ILO and Munich Re Foundation, *Publishers*
ISBN 978-85-7052-513-0

ESCOLA NACIONAL de SEGUROS

Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro

ESCOLA NACIONAL de SEGUROS
FUNENSEG

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

CGAP WORKING GROUP ON
MICROINSURANCE

International Labour Office
Geneva

Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro

Editado por
Craig Churchill

Introdução

Lares de baixa renda são vulneráveis a riscos e choques econômicos. Uma maneira pela qual eles podem se proteger é fazendo seguro. Ajudando essas famílias a administrar seus riscos, o microsseguro as ajuda a manter uma certa estabilidade financeira, mesmo em face de uma significativa vulnerabilidade. Se o combate à pobreza for realmente uma preocupação dos governos, dos filantropos, das agências de desenvolvimento e outras entidades, certamente os seguros serão uma das armas de seu arsenal.

Entre as populações de baixa renda, a distribuição de riscos e o seguro informal não são novidade. Esquemas para compartilhamento informal de riscos podem ser encontrados desde muito tempo atrás, mesmo em algumas das mais remotas localidades. No entanto, tais esquemas são geralmente limitados em seu alcance e cobrem apenas uma pequena parte das perdas. Um dos aspectos mais atraentes do microsseguro é buscar meios de alargar a faixa de famílias pobres que têm acesso ao seguro e, ao mesmo tempo, melhorar os benefícios daí decorrentes.

1 Pesquisando boas e más práticas

Para aprender como estender a cobertura de seguros às famílias de baixa renda, o Grupo de Trabalho sobre Microsseguros do CGAP lançou, em 2003, um projeto de pesquisa para documentar experiências neste tipo de operação em todo o mundo, identificando as boas práticas e as más práticas.[1] O projeto realizou uma série de estudos de casos abrangendo seguradoras, instituições microfinanceiras (MFIs) e programas de seguro para comunidades de todo o mundo, a fim de aprender sobre a oferta de seguros de vida e de saúde para os pobres. Embora outros tipos de seguros sejam relevantes no mercado de baixa renda, o estudo se fixou nestes dois tipos de risco – morte e doença – que são os que aparecem com mais frequência nas pesquisas de demanda.

O projeto se concentrou em organizações com no mínimo três anos de funcionamento e que cobrissem pelo menos 3.000 vidas, para assim poder avaliar seus resultados, e não apenas seus planos. O projeto focalizou principalmente experiên-

[1] Este projeto foi apoiado pelas seguintes organizações: SIDA, DFID, GTZ e OIT.

cias na África, na Ásia e na América Latina, procurando abranger microsseguradoras que empregassem diferentes modelos e estruturas de comercialização, tais como:

– Parcerias entre seguradoras e agentes de distribuição, tais como cooperativas e MFI's.[2]
– Companhias seguradoras regulamentadas operando no mercado de baixa-renda.
– Operadoras de assistência médica oferecendo serviços financiados e absorvendo o risco do seguro.
– Programas gerenciados por comunidades, que arrecadam fundos, arcam com o risco e administram um relacionamento com uma operadora de assistência médica.
– Programas de seguro patrocinados ou subsidiados pelo governo
– Instituições microfinanceiras (MFIs) de auto-seguro, que assumem o risco de oferecer seguros a seus clientes.

A amostragem potencial dos esquemas de microsseguros que satisfazem a estes critérios não é extensa. Muitos destes esquemas são novos ou têm produtos recentemente lançados. A maioria das microsseguradoras opera com os produtos mais simples de manejar, especialmente seguro de vida prestamista. Fora isto, o volume de microsseguro disponível vai se reduzindo à medida que a complexidade dos produtos aumenta. Pode-se dizer que os produtos mais desejados neste mercado mal atendido como, por exemplo, o seguro saúde, são exatamente aqueles que são menos oferecidos.

Não obstante, foi possível identificar e contatar um certo número de organizações que concordaram em se submeter ao exame minucioso de analistas externos. A maioria dos estudos de caso foi conduzida por uma dupla constituída de um especialista em seguros e um profissional de desenvolvimento, os quais, em conjunto, podiam analisar tanto os aspectos técnicos quanto os sociais da oferta de seguro aos pobres. Todas as duplas usaram as mesmas linhas de pesquisa e analisaram os resultados encontrados por comparação com um mesmo estudo de caso, de modo a facilitar o bom entendimento das lições encontradas nos diversos esquemas de microsseguro examinados.[3]

[2] Neste livro, a expressão "instituição microfinanceira" é usada para se referir a qualquer organização, formal ou informal, que realize transações de crédito e/ou poupança com famílias de baixa-renda. Estão incluídas, portanto, ONGs para microcrédito, cooperativas de crédito e poupança (SACCOs), bancos regulares que operam com microcrédito e outros. De acordo com a Cimeira do Microcrédito (www.microcreditsummit.org), no final de 2004 havia no mundo mais de 3.000 MFIs fornecendo crédito e outros serviços para 92 milhões de pessoas de baixa-renda, das quais 66 milhões estavam entre as mais pobres quando receberam seu primeiro empréstimo.

[3] Há uns poucos estudos de caso excepcionais estruturados de maneira diferente, para focalizar diferentes perspectivas no microsseguro. Por exemplo, o documento *Lessons learnt the hard way* (ICMIF, 2005) analisa nove seguradoras (que são ou foram membros da *International Cooperative and Mutual Insurance Federation*) que passaram por dificuldades de uma ou de outra espécie. Assim também, Leftley (2005) examina as experiências sob a perspectiva de uma empresa de assistência técnica, a *Opportunity International*, que ajudou numerosas MFIs a negociar parcerias com empresas seguradoras.

No total, vinte e cinco estudos de caso foram realizados, analisando as experiências de mais de 40 organizações que operam no setor de microsseguros, seja como garantidoras de riscos, seja como canais de distribuição, ou em ambas as atividades, conforme resumido na Tabela 1. Exemplos tirados destes estudos de caso foram usados ao longo deste livro para ilustrar lições e recomendações. Em vez de repetir as referências bibliográficas para esses estudos de caso, os leitores são avisados que, sempre que houver referência a um desses provedores de microsseguro, a experiência foi extraída do estudo de caso a ele associado. O Apêndice I especifica quais esquemas são referidos em quais estudos de caso.[4]

Este livro sintetiza as lições tiradas destas experiências. Tais lições foram analisadas por 38 autores de variada experiência (para conhecer suas biografias, ver Apêndice II) – incluindo professores e atuários, profissionais de seguro e de desenvolvimento – a maioria dos quais participa do Grupo de Trabalho do CGAP sobre Microsseguro. As conclusões e recomendações destes autores refletem suas opiniões pessoais e não constituem recomendações do Grupo como um todo.

Algumas das análises feitas foram inconclusivas. Os leitores atentos notarão diferenças de opinião numa variedade de assuntos, inclusive a respeito da utilidade do seguro de vida prestamista, a função de resseguro, a adequabilidade de políticas de dotações, os benefícios de produtos compostos, o entusiasmo de operadores de seguros comerciais pelo mercado de baixa renda, o incentivo para esquemas de seguro informais ou não-regulamentados, a exclusão de condições prévias e muitas outras.

Seja como for, apesar do fato de este livro cobrir diferentes produtos de seguro oferecidos por uma grande variedade de arranjos institucionais existentes em quatro continentes, está-se conseguindo chegar a um quadro mais claro do que seja o microsseguro, especialmente no que diz respeito aos desafios envolvidos na venda de seguros aos mais pobres, e no grau de viabilidade de muitas das soluções. As análises revelam que o microsseguro é realmente viável, e até lucrativo em determinadas circunstâncias; porém, para que o sucesso seja alcançado, é preciso superar um bom número de dificuldades.

2 Público-alvo

O público-alvo principal deste livro é composto de profissionais e operadores de seguros que estejam oferecendo seguro para pessoas de baixa renda ou estejam pensando em fazê-lo. O livro foi escrito na esperança de que eles possam aprender com aqueles que os precederam, tanto os que tiveram sucesso quanto os que falharam.

[4] Os estudos de caso estão disponíveis no site: www.microfinancegateway.org/section/resourcecenters/microinsurance.

Também se espera que este livro ajude aqueles que prestam apoio a quem esteja operando neste campo, como os que dão assistência técnica e as organizações doadoras. Ganhando um melhor entendimento dos desafios e das soluções potenciais na atividade de oferecer seguro aos pobres, espera-se que tais indivíduos e organizações possam usar seus recursos humanos e financeiros de modo mais eficaz, para assim expandir o acesso ao mercado segurador.

Uma terceira categoria de leitores é constituída daqueles a quem cabe traçar a política do setor e sua regulamentação. Sendo o microsseguro um novo campo de atividade, suas operações se dão num campo que não foi preparado para elas e que pode até lhes ser hostil. Pelo aprofundamento de seu conhecimento sobre o microsseguro, especialmente sobre as características que o distinguem do seguro comum, e sobre como o microsseguro amplia a rede de proteção social, legisladores e reguladores poderão engendrar um ambiente que favoreça e alimente um mercado para os microsseguros.

3 Estrutura deste livro

Este livro se divide em seis partes. A primeira, Princípios e Práticas, define o microsseguro, dá uma visão geral sobre como deve ser avaliado o risco no caso das famílias de baixa renda e explica a crucial função de proteção social deste tipo de seguro.

A Parte 2 apresenta um sumário das lições sobre produtos específicos tais como seguro saúde, seguro de vida de longo prazo e de curto prazo aliados a produtos de poupança e crédito. Nesta parte também se examina a adaptação de produtos de seguro a necessidades características de mulheres e crianças.

A terceira parte do livro examina em detalhe as operações em microsseguro. Compreende capítulos sobre formatação de produtos, marketing, cobrança de prêmios, comunicação de sinistros, fixação de preços, gerenciamento financeiro e de riscos, gestão, desenvolvimento organizacional e monitoração e controle de sinistros. Esta parte termina com um capítulo em benchmarking, no qual são examinados os índices de desempenho dos esquemas de microsseguros.

Microsseguros podem ser vendidos através de diversos tipos de estruturas institucionais. Na parte 4 tais estruturas são examinadas com vistas a determinar qual a mais adequada em cada caso. Estes capítulos analisam o modelo sócio-agente, a abordagem com base na comunidade, seguradoras que pertencem a redes de cooperativas de crédito e poupança, distribuidores varejistas e instituições de microcrédito. Um dos capítulos analisa as vantagens, desvantagens e conflitos de interesses nos variados arranjos organizacionais para proporcionar seguros-saúde.

A parte 5 avalia os papéis dos diversos participantes no processo, incluindo as organizações doadoras, agências reguladoras, governos, seguradoras e resseguradoras, bem como os que proporcionam assistência técnica. O livro termina com a parte 6, que apresenta um sumário das estratégias para se atingir um equilíbrio entre coberturas oferecidas, custos e preços; nesta parte também é apresentado um panorama dos possíveis desenvolvimentos do campo dos microsseguros.

Tabela 1 **Provedores de microsseguro e seus produtos**

Instituição *Início em microsseguro*	*País*	*Vidas cobertas** *(ano de referência)*
Activists for Social Alternatives (ASA) – 1993	Índia	55.000 (2004)
All Lanka Mutual Assurance Organization (ALMAO) – 1991	Sri Lanka	50.000 (2004)
American International Group Uganda (AIG Uganda) – 1997	Uganda, Tanzânia U. R., Maláui	1,6 milhão (2003)
Association d'Entraide des Femmes (AssEF) – 2003	Benin	2.300 (2004)
Bienestar Magisterial (BM) – 1969	El Salvador	75.000 (2003)
BRAC – Micro Health Insurance for Poor Rural Women in Bangladesh (MHIB) – 2001	Bangladesh	12.000 famílias (2004)
CARD Mutual Benefit Association (CARD) – 1994	Filipinas	580.000 (2003)
Christian Enterprise Trust Zambia (CETZAM) – 2000	Zâmbia	5.000 (2004)
Columna – 1993	Guatemala	54.000 (2004)
La Coordination Régional de Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) – 1989 (1ª MHO	Senegal	75.000 (2005)
Delta Life – 1988	Bangladesh	859.000 (2002)
La Equidad Seguros – 1970	Colômbia	30.000 (2004)
FINCA Uganda – 1997	Uganda	37.000 (2003)
Grameen Kalyan – 1996	Bangladesh	58.000 famílias (2004)
International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF)	Global	Não aplicável
Karuna Trust – 2002	Índia	61.000 (2004)
Madison Insurance – 2000	Zâmbia	30.000 (2003)
MAFUCECTO – 2004	Togo	556 (2004)

* Não seria adequado somar estes dados para estimar o número total de pessoas cobertas por microsseguro porque estes são apenas modelos de programas em operação e isto poderia resultar em uma contagem

Principal produto	*Tipo de Instituição/ Modo operacional*
Seguro de vida temporário (ligado a crédito)	Microfinanceira, mudou várias vezes do sistema parceiro-agente para auto-seguradora
Pecúlio e funeral	Seguradora privada criada por consórcio de associações de crédito e poupança; um arranjo informal licenciado em 2002
Morte acidental e invalidez, integrado com seguro de vida prestamista	Companhia seguradora privada oferecendo microsseguro em parceria com 26 microfinanceiras (MFI)
Saúde	Microfinanceira que oferece microsseguro conjugado
Saúde	Programa gerido por sindicato de professores para associados
Saúde	Programa de seguro não-regulamentado ligado a uma ONG prestadora de serviços médicos, com uma rede de clínicas, associada a uma ONG para microcrédito.
Vida, seguro de vida prestamista integrado com invalidez	Companhia mútua de seguros associada a uma MFI
Seguro de vida prestamista,	Microfinanceira ligada à OI (Opportunity International) funeral e seguro de bens que opera em conjunto com duas seguradoras privadas
Seguro de vida e invalidez	Seguradora possuída por associações de crédito
Saúde	Uma união de organizações mútuas de saúde
Pecúlio	Seguradora com fins lucrativos, operando diretamente no mercado de baixa renda
Vida e invalidez	Seguradora mútua que pertence a associações de crédito (que também usa o sistema parceiro-agente com uma MFI)
Morte acidental e invalidez, com seguro de crédito prestamista	MFI em parceria com AIG Uganda
Saúde	Seguro prestado por uma operadora de plano de saúde
Não aplicável	Rede global de cooperativas e companhias mútuas de seguros; as experiências de 9 empresas-membros estão descritas em um Estudo de Caso: ICMIF (2005) *Lições aprendidas através dos erros*
Renda diária durante uma hospitalização	ONG em parceria com seguradoras estatais (NIC), modelo parceiro-agente
Seguro de vida prestamista e funeral	Seguradora privada em parceria com 4 MFIs (microfinanceiras)
Seguro de vida prestamista	Departamento de seguros de uma Associação de Cooperativas de Crédito

dupla. Por exemplo, os números do TSKI e CETZAM também estão incluídos nos dados da OI, assim como, os números da FINCA Uganda estão incluídos na AIG Uganda.

Instituição *Início em microsseguro*	*País*	*Vidas cobertas* *(ano de referência)*
Maláui Union of Savings and Credit Cooperatives (MUSCCO) – 1980	Maláui	56.000 (2003)
Opportunity International (OI) – 2002	Global	2.700.000 (2005)
Pulse Holdings Ltd – 2001	Zâmbia	2.200 (2003)
Seguro Basico de Salud (SBS) 1999 – 2003	Bolívia	Não disponível
Seguro Integral (SI) – 2002	Paraguai	15.600 (2002)
Seguro Materno-Infantil (SMI) 1998 – 2001	Peru	350.000 (2001)
Shepherd – 1999	Índia	15.000 (2004)
ServiPerú – 1996	Peru	94.000 (2003)
Society for Social Services (SSS) – 1996	Bangladesh	27.000 famílias (2004)
Spandana – 1998	Índia	390.000 (2004)
Tao Yeu May's Mutual Assistance Fund (TYM) – 1996	Vietnam	68.000 (2004)
Tata-AIG – 2001	Índia	13.000 (2005)
Taytay Sa Kauswagan (TSKI) – 2002	Filipinas	330.000 (2004)
TUW-SKOK – 1998	Polônia	93.000 (2003)
L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) – 1999	Guiné	14.000 (2005)
L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) – 1998	Mali	40.000 (2005)
VimoSEWA – 1992	Índia	120.000 (2005)
Yasiru Mutual Provident Fund – 2000	Sri Lanka	24.000 (2004)
Yeshasvini Trust – 2002	Índia	1,45 milhão (2005)

Principal produto	*Tipo de Instituição/ Modo operacional*
Seguro de vida prestamista e seguro de previdência	Associação de cooperativas de crédito que opera um programa de seguros para prestamistas, gerindo ela própria os riscos
Poupança e coberturas de seguro ligadas a empréstimos	Provê assistência técnica a uma rede mundial de MFIs, todas usando o modelo parceiro-agente; o estudo abrangeu as experiências de 5 das microfinanceiras
Seguro de vida prestamista	Microfinanceira em parceria com uma empresa privada (Madison Insurance), no modelo parceiro-agente
Saúde	Sistema público de seguros, ligado basicamente a provedores de seguro-saúde
Saúde	Sistema público de seguros, ligado basicamente a provedores de seguro-saúde
Saúde	Sistema público de seguros, ligado a provedores de seguro saúde
Vida, gado e saúde	MFI em sociedade com seguradoras governamentais
Seguro de vida e de funeral integrados	Parceria entre corretores de seguros e uma seguradora privada
Saúde	Prestadora de serviços de saúde associada a uma MFI, para oferecer seguro conjugado
Seguro de vida prestamista, morte do cônjuge e perdas materiais (com limite)	MFI que oferece seguro conjugado (auto-seguro)
Seguro de vida prestamista com benefício de hospitalização	MFI que oferece seguro conjugado (auto-seguro)
Seguro de vida e seguro dotal	Seguradora privada, usando os modelos parceiro-agente e micro-agente
Seguro de vida e seguro de vida prestamista	Uma MFI associada à OI (Opportunity International) operando em conjunto com Cocolife, uma seguradora privada
Seguro de bens, poupança, morte acidental e invalidez	Companhia de seguros mútuos possuída por cooperativas de crédito
Saúde	União de MHOs (organizações mútuas de saúde)
Saúde	União de MHOs (organizações mútuas de saúde)
Seguro integrado de vida, saúde e patrimônio	Departamento de um sindicato que tem alternado entre os modelos parceiro-agente e auto-seguro
Seguro integrado de acidente, invalidez, vida e saúde	Programa não-licenciado oferecendo seguros em parceria com ONGs e organizações baseadas comunitárias
Saúde	Programa não-licenciado, em colaboração com governo estadual e cooperativas, benefícios disponíveis apenas através de uma rede de prestadores de serviços de saúde

Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro

Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro

Editado por
Craig Churchill

ESCOLA NACIONAL de SEGUROS
FUNENSEG

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

CGAP WORKING GROUP ON
MICROINSURANCE

International Labour Office
Geneva

A edição original desta obra foi publicada pela Secretaria Internacional do Trabalho, Genebra, sob o título "Protecting the Poor. A microinsurance compendium" © 2006 Organização Internacional do Trabalho.

Tradução para o português copyright © 2009 Escola Nacional de Seguros – Funenseg.

Traduzido e reproduzido de acordo com autorização.

Tradução para o português:
João Carlos Maria de Rezende Martins
Sandra Machado
Maurílio José de Freitas Leite Costa

Editoração Eletrônica:
Info Action Editoração Eletrônica Ltda. ME

Coordenação da edição brasileira:
Escola Nacional de Seguros – Funenseg
Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento

Catalogação da ILO em Dados da Publicação: microsseguro, seguro de vida, seguro saúde, baixa renda, países em desenvolvimento. 11.02.3

As designações empregadas nas publicações da OIT, segundo a praxe adotada pelas Nações Unidas, e a apresentação de material nelas incluída não significam, da parte da Secretaria Internacional do Trabalho ou Munich Re Foundation, qualquer juízo com referência à situação legal de qualquer país ou território citado ou de suas autoridades, ou à delimitação de suas fronteiras.

A responsabilidade pelas opiniões expressas em artigos assinados, estudos e outras contribuições recai exclusivamente sobre seus autores, e sua publicação não significa endosso por parte da Secretaria Internacional do Trabalho ou Munich Re Foundation às opiniões ali constantes.

Referências a firmas e produtos comerciais e a processos não implicam qualquer aprovação pela Secretaria Internacional do Trabalho ou Munich Re Foundation, e o fato de não se mencionar uma firma em particular, produto comercial ou processo não significa qualquer desaprovação.

Virginia Thomé – CRB-7/3242
Responsável pela elaboração da ficha catalográfica

P157 Protegendo a população de baixa renda: um compêndio de microsseguro/organizado por Craig Churchill ... /et al/; tradução de João Carlos Maria de Rezende Martins, Sandra Machado, Maurílio José de Freitas Leite Costa. – Rio de Janeiro: Funenseg, 2009.
662 p.; 29 cm

Tradução do inglês: "*Protecting the Poor. A micoinsurance compendium*". A edição original foi publicada pela Secretaria Internacional do Trabalho, Genebra e Munich Re. Foundacion, em 2006.
ISBN do livro em inglês: 978-92-2-119254-1 (ILO)
ISBN da tradução: 978-85-7052-513-0

1. Microsseguro. 2. Seguro de vida e microsseguro. 3. Seguro saúde e microsseguro. 4. Baixa renda e microsseguro. 5. Marketing e microsseguro. I. Churchill, Craig. II. Martins, João Carlos Maria de Rezende. III. Machado, Sandra. IV. Costa, Maurílio José de Freitas Leite. V. Título: Um compêndio de microsseguro. VI. Título.

09-0857 CDU 368-058:334.722

Foto da capa: M. Crozet, ILO

Conteúdo

Agradecimentos xvi
Tabela de acrônimos xix
Introdução 1

Parte 1 Princípios e Práticas 11

1.1 O que é seguro para os pobres? *(Craig Churchill)* **12**
1 Definindo o microsseguro 12
2 As duas faces do microsseguro 15
3 Três palavras que fazem grande diferença 22

1.2 A demanda por microsseguro *(Monique Cohen e Jennefer Sebstad)* **25**
1 Lidando com riscos 26
2 A importância de entender a demanda por microsseguros 29
3 Estratégias correntes: pontos fortes e pontos fracos 30
4 Oportunidades para os microsseguros 37
5 Conclusão 44

1.3 O aspecto da proteção social nos microsseguros *(Christian Jacquier, Gabriele Ramm, Phlippe Marcadent e Valérie Schmitt-Diabate)* **45**
1 Introdução 45
2 O que é seguridade social? O que é proteção social? 47
3 O que é microsseguro? 52
4 Potencial e limitação do microsseguro como um mecanismo de proteção social 53
5 Como se poderá usar o microsseguro para ampliar a proteção social? 55
6 Conclusão 62

Parte 2 Produtos e Serviços de Microsseguro 65

2.1 Desafios e estratégias para estender aos pobres o seguro-saúde *(Ralf Radermacher, Iddo Dror e Gerry Noble)* **66**
1 Formatação dos produtos 67
2 Venda dos produtos 81
3 Pós-venda do produto 86
4 Manutenção da estabilidade a longo-prazo 89
5 Conclusão 93

2.2 Poupança a longo-prazo e seguros *(James Roth, Denis Garand and Stuart Rutherford)* **94**
1 Ajudando os pobres a economizar 94
2 Seguros e poupança a longo-prazo 97
3 Aspectos principais para uma oferta de poupança a longo-prazo e seguro 103
4 Conclusão 108

2.3 Seguros vinculados a poupança e crédito *(Sven Enarsson, Kjell Wirén e Gloria Almeyda)* **111**
1 Produtos vinculados a empréstimos 112
2 Seguro vinculado a poupança 124
3 A questão da formatação e distribuição dos produtos 126
4 Conclusão 128

2.4 Atendendo às necessidades especiais de mulheres e crianças *(Mosleh Ahmed e Gabriele Ramm)* **130**
1 Riscos especiais que afetam as mulheres e as crianças (meninos e meninas) 130
2 Microsseguro para as necessidades especiais de mulheres e crianças 134
3 Medidas para melhorar a posição estratégica de mulheres e crianças 142
4 Conclusão 144

Parte 3 Operações de microsseguro 145

3.1 Desenho do produto e gerenciamento de risco do seguro *(John Wipf, Dominic Liber e Craig Churchill)* **146**
1 Pesquisa de mercado 147
2 Elegibilidade 150
3 Opções de prazos e pagamento 154
4 Benefícios 159
5 Gerenciamento de risco e controles de sinistros 168
6 Conclusões 173

3.2 Marketing do microsseguro *(Craig Churchill e Monique Cohen)* **175**
1 Principais mensagens de marketing 176
2 Técnicas de marketing 182
3 Serviço pós-venda 193
4 Marketing e seguro obrigatório 195
5 Conclusão 197

3.3 Cobrança de prêmio: Minimizar os custos de operação e maximizar o atendimento ao cliente *(Michael J. McCord, Grzegorz Buczkowski e Pryanka Saksena)* **199**
1 Formas de cobrança do prêmio 199
2 Frequência e momento da cobrança 207
3 Pagamentos do cliente 209
4 Controles de cobrança do prêmio 215
5 Conclusão 216

3.4 Processamento de Sinistros *(Michael J. McCord e Richard Leftley)* **218**
1 Introdução 219
2 Aviso de sinistros 222
3 Liquidação 228
4 Controles 233
5 Considerações sobre sinistros no desenho do produto 237
6 Conclusões 239

3.5 Precificação dos produtos de microsseguro *(John Wipf e Denis Garand)* **240**
1 Exigências de banco de dados para precificação (e gestão segura do microsseguro) 241
2 Componentes do preço, fatores chave e metodologia 247
3 Técnicas de Modelagem 254
4 Conclusões 255

3.6 Gestão de risco e financeira *(Denis Garand e John Wipf)* **256**
1 Os riscos inerentes aos produtos de seguro 256
2 Exigências de capital 263
3 Reservas 263
4 Resseguro 265
5 Gestão do investimento 267
6 Distribuição do Lucro 269
7 Conclusão 271

3.7 Desenvolvimento organizacional no microsseguro *(Craig Churchill e Richard Leftley)* **272**
1 Estrutura organizacional: Onde o microsseguro se encaixa? 273
2 Recrutamento: Onde buscar experiência adequada 276
3 Treinamento 281
4 Remuneração 282
5 Cultura institucional 287
6 Conclusões 288

3.8 Governança *(Zahid Qureshi)* **290**
1 Governança no microsseguro 290
2 Composição e experiência do conselho diretor 292
3 A infra-estrutura 295
4 Governança do microsseguro na prática 297
5 Conclusões 307

3.9 Controle de sinistros *(Zahid Qureshi e Gerry Noble)* **309**
1 Uma retrospectiva sobre prevenção de sinistro 309
2 Interesses convergentes 310
3 Melhorar a prevenção 312
4 Praticar a prevenção 314
5 Minimização: Uma precaução tomada a tempo 317
6 Avaliando o retorno sobre o investimento em prevenção 319
7 Conclusões 322

3.10 Indicadores de desempenho e *benchmarking* *(Denis Garand e John Wipf)* **323**
1 Marketing e distribuição 324
2 Gestão financeira e viabilidade 329
3 Eficiência e preço cobrado ao cliente 331
4 Gestão do investimento 334
5 Conclusões 335

Parte 4 Opções institucionais 337

4.1 Cooperativas e seguro: A vantagem mútua *(Klaus Fischer e Zahid Qureshi)* **338**
1 Introdução 338
2 O que é uma seguradora mútua? 343
3 A diferença cooperativa 344
4 Modelos e estágios do desenvolvimento do seguro 346
5 Produtos de seguro oferecidos no modelo rede cooperativa 347
6 Por que organizações mútuas desenvolvem redes, e como elas funcionam 349
7 Vantagens e desvantagens do modelo 353
8 Conclusão 358

4.2 O modelo sócio-agente: Desafios e oportunidades *(Michael J. McCord)* **359**
1 Por que um modelo sócio-agente? 360
2 Como funciona o modelo sócio-agente 361
3 O bom e o ruim 372
4 Vantagens e desvantagens 374
5 Conclusões 378

4.3 O modelo baseado na comunidade: Organizações mútuas de saúde na África *(Bénédicte Fonteneau e Bruno Galland)* **380**
1 O que é um modelo baseado na comunidade? 381
2 Por que esta abordagem era/é implementada na África Ocidental? 384
3 Qual é o grupo alvo do modelo baseado na comunidade? 386
4 As MHOs funcionam (bem) e causam um impacto significativo? 387
5 Quais são as origens dos problemas? 395
6 Qual é o valor agregado deste modelo? 400
7 Conclusão 401

4.4 Opções institucionais para vender microsseguro saúde *(Ralf Radermacher e Iddo Dror)* **403**
1 Opções institucionais 403
2 Valor, interesses e conflitos no processo comercial de seguro 417
3 Conclusão 424

4.5 Além de MFIs e modelos baseados na comunidade: Alternativas institucionais *(Richard Lefiley e James Roth)* **426**
1 Alternativas para aceitação de riscos 427
2 Alternativas administrativas 430
3 Alternativas de distribuição 435
4 Conclusões 440

4.6 Varejistas como canais de distribuição de microsseguro *(James Roth e Doubell Chamberlain)* **441**
1 Por que varejistas? Quais varejistas? 441
2 Distribuição de microsseguro/combinações de produtos para varejistas 443
3 Conclusões 451

4.7 Microsseguro: Oportunidades e armadilhas para as instituições de microfinanças *(Craig Churchill e James Roth)* **454**
1 Acordos institucionais 455
2 O tipo de seguro 462
3 Conclusões 469

Parte 5 O papel das outras partes interessadas (*stakeholders*) 471

5.1 O papel das organizações doadoras *(Alexia Latortue)* **472**
1 Uma análise estrutural 473
2 Características necessárias de uma Organização Doadora para um apoio eficaz ao microsseguro 474
3 Diferentes tipos de apoio ao microsseguro proporcionado por doadores 482
4 Conclusão 489

5.2 Um ambiente regulatório propício para o microsseguro *(Martina Wiedmaier-Pfister e Arup Chatterjee)* **490**
1 Histórico 491
2 Barreiras e dificuldades nas regulamentações existentes 496
3 A experiência em diversos países – um exame preliminar 502
4 Conclusões 506

5.3 O papel promocional dos governos *(Sabine Trommershaüser, Roland Lindenthal e Rüdiger Krech)* **510**
1 Estabelecimento de uma política, participação e construção de um consenso 511
2 Criando um ambiente favorável 513
3 Fortalecendo as instituições 518
4 Fornecendo assistência financeira 521
5 Observações Finais 524

5.4 O papel das seguradoras e das resseguradoras no apoio ao seguro para os pobres *(David M. Dror e Thomas Wiechers)* **526**
1 O benefício do resseguro 527
2 O envolvimento de seguradoras e resseguradoras no microsseguro 530
3 Como podem as seguradoras e as resseguradoras adicionar valor ao microsseguro? 535
4 Recomendações 542
5 Conclusão 545

5.5 Obtendo assistência técnica *(Richard Leftley e Richard Lacasse)* **547**
1 Por que a assistência técnica é necessária? 548
2 O que faz um fornecedor de AT? 549
3 Quem pode prestar assistência técnica ao microsseguro? 552
4 Conclusão: provendo assistência técnica de qualidade 558

Parte 6 Conclusões **565**

6.1 Estratégias para a sustentabilidade *(Craig Churchill e Denis Garand)* **566**
1 Limitar benefícios 567
2 Foco na eficiência 572
3 Diversificar as fontes de receita 578
4 Estabelecer um bom gerenciamento 582

6.2 O futuro do Microsseguro *(Felipe Botero, Craig Churchill, Michael J. McCord e Zahid Qureshi)* **585**
1 Os futuros clientes do microsseguro 587
2 Os futuros provedores do microsseguro 590
3 O panorama regulatório 597
4 O ambiente para o microsseguro 599
5 Abraçando o futuro 602

Apêndice I: Descrição dos provedores de microsseguro **606**
Apêndice II: Sobre os autores **622**
Bibliografia **630**

Lista de Tabelas

1 Provedores de microsseguro e seus produtos 6
2 Riscos prioritários em alguns países 27
3 Estratégias usadas frente aos riscos 32
4 Exemplos de sistemas de seguros informais em grupos 34
5 Teste para determinar se um risco é segurável 37
6 Tipologia dos canais para os microsseguros 58
7 Sumário das tarefas envolvidas no desenvolvimento de um produto, com as respectivas características 81
8 Sumário das tarefas de vendas e suas características 85
9 Sumário das tarefas relativas a serviços ao produto e suas características 89
10 Algumas taxas operacionais expressivas das microsseguradoras de saúde 92
11 Sumário das tarefas relativas a manutenção da estabilidade a longo-prazo 93
12 Duas seguradoras com seguros dotais 100
13 Sistema de proteção de empréstimos e auxílio funeral familiar do CARD MBA 117
14 Classes de benefícios para prêmios mínimos/máximos na Yasiru 121
15 Porção do mercado coberta por alguns programas voluntários de seguro de vida 122
16 Coberturas e preços (em rúpias) da VimoSEWA 138
17 Benefícios da Janashree Bima Yojana, da LIC 160
18 Benefícios do plano de seguros UniMicro, da UIIC 162
19 Benefícios do produto de microsseguro *Amparar,* da La Equidad 166
20 Teto do co-seguro e dos pagamentos efetuados por microsseguradoras do segmento saúde 170
21 Valores de benefício na MBA do CARD 173
22 Admissões por registro *versus* campanha anual 190

23 Lista de verificação (checklist) de marketing para gestores de microsseguro 197
24 Comparação das formas de cobrança do prêmio 206
25 Um exemplo do tempo de duração do trâmite das reclamações de sinistros 232
26 Evolução da taxa de mortalidade no seguro de vida da VimoSEWA 249
27 Experiência de sinistros do benefício infantil da VimoSEWA 254
28 Possível efeito de incompatibilidade do investimento no Fundo Provident do CARD – Um exemplo 269
29 Renda média mensal de funcionários da linha de frente (US$) 283
30 Comissões (% dos prêmios) sobre apólices de longo prazo na ALMAO e na Tata-AIG 284
31 Prevenção de sinistros de seguro dos segmentos vida e não-vida 313
32 A melhora no serviço aumenta a manutenção de clientes na VimoSEWA (Índia) 328
33 Exemplos de receita líquida 330
34 Coeficientes de despesa e de sinistros de alguns sistemas de microsseguro 333
35 Classificação de sistemas de microsseguro – Um exemplo 336
36 Estudos de caso que correspondem ao modelo rede cooperativa 339
37 Produtos de seguro oferecidos pelas redes de SACCO 349
38 Custo da ASA por apólice (janeiro/2005) 369
39 Lucro/prejuízo por apólice na ASA (janeiro/2005) 370
40 Desempenho de quatro sistemas de microsseguro em Zambia 370
41 Vantagens e desvantagens do agente em relação ao auto-seguro 375
42 Vantagens e desvantagens para uma seguradora 376
43 Vantagens e desvantagens para os segurados de baixa renda 377
44 Uma comparação de prêmios e benefícios de algumas MHOs 390
45 Motivações básicas e interesse principal durante o processo comercial 422
46 Seguro funeral da HTG 448
47 O auto-seguro melhora o rendimento por cliente? 461
48 Definição de Microsseguro na Índia 503
49 Fatores de parceria para companhias de seguro e de resseguro 543
50 Fatores de parceria para uma instituição do microsseguro 543
51 Vantagens e desvantagens do suporte da AT local a longo prazo 552
52 Os desafios que dificultam a expansão do microsseguro 586
53 A automação dos processos transforma as operações de seguros 594

Lista de Figuras

1 Janus: as duas faces do microsseguro 16
2 Impacto de choques na renda e nos bens de uma família 25
3 O impacto dos riscos 28
4 O entorno do microsseguro 46
5 Uma abordagem dinâmica do uso do microsseguro como ferramenta de expansão da proteção social 63
6 Seguro saúde – desenho do produto 67
7 Prestação de serviços modelo 1 – Seguradora paga o prestador (terceirizado) 75
8 Prestação de serviços modelo 2 – Seguradora e prestador integrados (transação financeira interna) 76

9 Prestação de serviços modelo 3 – (Seguradora reembolsa os clientes pelas despesas feitas) 77
10 Plano de seguro de casamento de filha: Delta Seguros de Vida Ltda 177
11 Folheto sobre marketing: Yeshasvini 178
12 Folheto sobre poupança garantida: TUW SKOK 180
13 Processo de marketing em três etapas 182
14 Desistências em relação ao microsseguro e acesso ao microcrédito 213
15 Processo normal de liquidação de sinistros do produto de microsseguro da Madison 220
16 O processo de sinistros na UMSGF 221
17 Formulário de reclamação de sinistro da Microcare e do Opportunity International 226
18 Momento em que ocorrem os sinistros na MBA do CARD 236
19 Prêmios por vendas na Kharif Hungama 286
20 Organograma da Tata-AIG 305
21 Ilustração de um dos 16 Mandamentos da Grameen 315
22 A lógica circular para manter o cliente 327
23 Distribuição de produtos de microsseguro no modelo rede de SACCO 340
24 A estrutura de uma rede mútua com sua carteira de subsidiárias funcionais 350
25 O sistema MHO 398
26 Modelos de provedores de seguro saúde 404
27a O modelo sócio-agente 407
27b O modelo sócio-agente com administrador terceirizado 407
28 O modelo de seguro beneficente 411
29 O modelo administrado pelo prestador 413
30 O modelo mútuo/baseado na comunidade 416
31 Três componentes do fornecimento de seguro 427
32 Processo de liquidação de sinistros do Yeshasvini 434
33 Microagentes, CRIGs e ONGs no processo de cobrança de prêmio 437
34 Estrutura analítica para o apoio de doadores ao microsseguro 473
35 A Estrela da Eficácia da Ajuda 475
36 O "que, quem e como" da assistência técnica do microsseguro 485
37 O modelo RIMANSI de assistência técnica às MBAs 557
38 Atingir o equilíbrio: o desafio do microsseguro 566
39 Perspectivas para o futuro 585

Lista de Quadros

1 Microsseguros e as MDG 14
2 Aplicando os "Doze Princípios" de Pralahad ao Microsseguro 17
3 Impactos em ricos e pobres no Vietnã 27
4 Os riscos e seu tratamento no Maláui 31
5 Estratégias para lidar com riscos no Vietnã 31
6 Gerenciamento de risco e endividamento excessivo na Geórgia 33
7 Associação a várias sociedades de funeral 35

8 O alto custo dos funerais em Zâmbia 36
9 Buscando entender a demanda por microsseguros no Sri Lanka 41
10 Queremos saber mais... 42
11 A extensão da proteção social através do microsseguro na Colômbia 56
12 Canais nas Filipinas 58
13 Desenvolvendo canais equilibrados no Senegal 59
14 O Sindicato Social Global (Global Social Trust) 59
15 O Plano Mestre do Camboja 60
16 Uma abordagem integrada para a proteção social no Senegal 62
17 Serviços de Saúde da BRAC – uma abordagem em três frentes 76
18 A experiência do CARD com anuidades 98
19 O programa de pensões da Grameen 102
20 Vendas mal feitas na África do Sul 105
21 Seguro de vida como alternativa para proteção de empréstimo 115
22 Cobertura para doença num seguro de vida-prestamista? 118
23 O Fundo Sugam da Shepherd 136
24 O alcance da Yeshasvini 140
25 Cobertura familiar da UMSGF 141
26 Desistências na Delta Life 156
27 Precificação com base em taxa fixa na Shepherd 159
28 Casamentos em massa 163
29 Definição de família em Uganda, de acordo com a UHC 164
30 Criar conscientização: A experiência da Associação de Seguros da África do Sul 183
31 Três etapas da estratégia de marketing da UMSGF 185
32 Diferenças regionais em Zâmbia 188
33 Desafios de vendas na TUW SKOK 191
34 Plano de associar prêmios de seguro a empréstimos 200
35 Pagamentos flexíveis do prêmio de seguro funeral na África do Sul 208
36 Pagamento dos prêmios em leite no Yeshasvini 210
37 Delta Seguros de Vida Ltda. – combinação de microcrédito e microsseguro 213
38 Recusa de sinistro: Um caso de documentação incompleta em Zâmbia 224
39 Frustração do beneficiário 225
40 Exigências para um pagamento adiantado na Columna 228
41 A grande quantidade de conferências durante o processo de liquidação de sinistros na Delta Cia. de Seguros Ltda. 231
42 Eficiências no seguro informal 233
43 Regulação e liquidação dos sinistros e HIV/AIDS 234
44 Problemas de precificação 241
45 Problemas no desenho do banco de dados 242
46 A importância do Sistema de Informações Gerenciais no seguro saúde: A experiência da AssEF 244
47 Índices de renovação da VimoSEWA 245
48 Processamento dos sinistros da VimoSEWA 246
49 Definição de reservas atuariais e capital 257
50 Exemplos de gestão de risco 262
51 Desenvolvimento organizacional: O que não deve ser feito 276

52 Critérios na seleção de microagentes na Tata-AIG 277
53 Funcionários da linha de frente da MBA do CARD 278
54 Modelo de terceirização da TUW SKOK 279
55 O que é governança corporativa? 291
56 Os quatro pilares da governança 292
57 Responsabilidades do conselho diretor 294
58 Confiar é bom, mas controlar é melhor 299
59 Antever os acontecimentos fatais 302
60 Adotando a perspectiva de sociedade 311
61 Promoção do bem-estar 314
62 Prevenção por intermédio de organizações irmãs: VimoSEWA 316
63 Enfrentando o desastre: A experiência japonesa 318
64 Microcare: Utilizar mosquiteiro de cama tratado com inseticida para reduzir sinistros de Malária 319
65 O grande valor dado do seguro 326
66 O que acabou com a Confederação Vida do Canadá? 331
67 Por que o seguro cooperativo é adequado aos mercados de baixa renda? 340
68 Administração de cancelamentos por prêmios não pagos e de sinistros: A diferença da mútua 355
69 Vendendo um conceito de seguro em Gana 362
70 Lista de verificação para cobrança de prêmio no modelo sócio-agente 365
71 A relação de vai-e-vem da ASA com o modelo sócio-agente 372
72 Perfis de MHOs principiantes 383
73 Uma variedade de perfis de associação 386
74 A população alvo de MHOs rurais 387
75 União Técnica de Mutualidade do Mali 391
76 Coordenação Regional das Organizações Mútuas de Saúde de Thiès 392
77 Rede de Saúde Aliança, Benim 392
78 Desempenho de MHO: Algumas tendências 394
79 O poder da ação coletiva 401
80 Plano de Seguro Saúde da Comunidade de Nkoranza 414
81 Fideicomisso Zambuko, Zimbábue 429
82 Comitê de sinistros da VimoSEWA 431
83 Os varejistas e as áreas rurais 449
84 Sistema de Privilégio para Sindicatos do AFL-CIO 450
85 Reduzir a vulnerabilidade do pobre: O caso da Shepherd, Índia 463
86 Desencadeando o papel de catalisador do setor privado com subsídio público 478
87 Fornecendo sustentação através das garantias dos doadores 479
88 As pesquisas da FinScope: Conhecendo o mercado 483
89 As lições aprendidas duramente: Ilustrações da Índia 486
90 O seguro informal na África do Sul 492
91 Formalização da ALMAO 494
92 Cooperativas de seguros em Maláui 495
93 Exigências de capital no Peru 497
94 Exigências para agentes e corretores 499
95 AIG Uganda 500

96 O ouvidor de seguros no Sri Lanka 514
97 Prestadores de serviços de saúde e as organizações mútuas de saúde (MHOs) em Mali 516
98 Supervisão na Guiné-Bissau 518
99 Facilitando as ligações da UNDP na Índia 519
100 Subsidiando o *Yeshasvini Trust* 522
101 Africa Re 524
102 O que as microsseguradoras ganham com o resseguro? 528
103 Um resumo do modelo de resseguro social 540
104 Análises atuariais de programas de microsseguro 551
105 Os 7 "C"s da assistência técnica 559
106 Parcerias de assistência técnica: DID e CIF 562
107 Ferramentas de gerenciamento para microsseguradoras 591
108 Avanços tecnológicos nos serviços bancários para os pobres 595

Agradecimentos

Esta publicação se beneficiou das experiências de pioneiros do microsseguro em todo o mundo. Sem a visão e a ousadia deles, não teríamos experiências ou lições para compartilhar. Sob o risco de omitir algum nome que tenha sido de valia, gostaria de reconhecer particularmente os esforços de Vijay Athreye, Mirai Chatterjee, Sathianathan Deveraj, Peter Palanisamy e dr. Devi Shetty (Índia), dr. Gerry Noble (Uganda), Aris Alip e John Wipf (Filipinas), Shafat Ahmed Chaudhuri e dr. Zafarullah Chowdhury (Bangladesh), Julio Medrano e Martha Bohorquez (Colômbia), Grzegorz Buczkowski (Polônia), William Bojórquez (Peru), Denis GArand (Canadá) e Ted Weihe, Michael McCord e os especialistas da CUNA Mutual (EUA). Eles estão entre os muitos pioneiros do campo, que têm procurado ou estão procurando um perfeito equilíbrio entre controles e custos, cobertura e preço, acessibilidade e capacidade para aquisição, para que os pobres possam ter seguros.

Este livro foi preparado sob os auspícios do Grupo de Trabalho sobre Microsseguros, parte do Grupo Consultivo de Assistência à Pobreza (CGAP).[1] Este Grupo de Trabalho foi uma iniciativa da ILO (OIT – Organização Internacional do Trabalho) que ocorreu durante o encontro do CGAP de 2000, em Edimburgo, e inclui organizações doadoras, seguradoras, e outras organizações e pessoas interessadas na coordenação de doações destinadas ao desenvolvimento e proliferação dos serviços de seguros para famílias de baixa renda em países em desenvolvimento. As principais atividades do Grupo de Trabalho incluem a compilação de diretrizes para as doações, contratação de pesquisas sobre aspectos-chave, publicação de um boletim trimestral sobre microsseguros e o gerenciamento do conteúdo do website chamado *Microinsurance Focus*.

[1] CGAP é um consórcio de 33 agências de desenvolvimento, públicas e privadas, trabalhando para expandir o acesso das pessoas pobres de países em desenvolvimento a serviços financeiros. A CGAP foi fundada para criar serviços financeiros permanentes para os pobres em larga escala (chamados de "microcrédito"). A estrutura e a escala global da CGAP fazem dela uma poderosa plataforma para gerar um consenso global em padrões e normas. Desta forma, CGAP é um centro de apoio para todo o setor de microcrédito, incubando e apoiando novas ideias, produtos inovativos, tecnologia de ponta, novos canais para distribuição dos serviços e soluções concretas para os desafios decorrentes da expansão dos serviços (ver o site www.cgap.org).

Este livro, produto de uma das atividades de pesquisa do Grupo de Trabalho, é o resultado de quatro anos de estudo do processo de prover seguro aos mais pobres, para entender as boas e as más práticas envolvidas. Começou como um projeto de pesquisa co-financiado pelo *DFID – Department for International Development* (Departamento para o Desenvolvimento Internacional, do Reino Unido), *GTZ – Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (Sociedade para a Cooperação Técnica, da Alemanha), SIDA – *Swedish International Development Cooperation Agency* (Agência Sueca para Cooperação Internacional) e *ILO – International Labour Organization* (Organização Internacional do Trabalho), sob o comando desta última. Graças a estas contribuições, este projeto produziu 25 estudos de casos sobre operações de microsseguros em todo o mundo, que constituem a base sobre a qual o livro se apoia. Em nome do Grupo de Trabalho, quero agradecer à administração e aos funcionários das instituições analisadas nos estudos de casos, que nos permitiram dissecar seus produtos e operações e tornar públicas suas tribulações e dificuldades ao longo do processo de fornecer ao público produtos de boa qualidade.

O Grupo de Trabalho esteve ativamente envolvido no desenvolvimento deste livro, com especial destaque para Michael McCord e Zahid Qureshi, que ajudaram a formatar seu conteúdo, a identificar os autores e a organizar suas contribuições. Além deles, cito Klaus Fischer, Denis Garand, Richard Leftley, Ralf Radermacher, Gaby Ramm, Jim Roth e John Wipf, que deram contribuições significativas ao livro como autores ou revisores de muitos de seus capítulos. Também julgo importante mencionar as valiosas contribuições de Ellis Wohlner, que fez a revisão de vários capítulos e repetidamente desafiou seus autores a refinar suas análises, e de Jeremy Leach, que deu importante assistência conceitual.

Mais de uma centena de pessoas contribuíram para o conteúdo deste livro, direta ou indiretamente, escrevendo ou revisando capítulos, ou redigindo estudos de casos que serviram como fonte principal de informação. Em reconhecimento a suas contribuições, cada capítulo traz os nomes de seus autores e revisores, enquanto o Apêndice I lista os estudos de casos e seus respectivos autores. Muitos colaboradores ofereceram seus esforços devido à sua dedicação ao aperfeiçoamento dos serviços de seguro ao alcance dos pobres. Muitas outras pessoas ajudaram na administração do projeto, na revisão, na diagramação e na editoração.

Este livro não teria sido feito sem o apoio financeiro, técnico e logístico da Fundação Munich Re. Esta Fundação e o Grupo de Trabalho do CGAP sobre microsseguros realizaram uma conferência em 2005, na qual muitas ideias e experiências foram apresentadas a um seleto auditório de especialistas em seguros e microsseguros. Este fórum ofereceu uma oportunidade para se debater ideias e explorar interpretações, melhorando significativamente a qualidade desta obra. A Fundação Munich Re, em especial Dirk Reinhard e Thomas Loster, também trouxe seu apoio à redação, edição, diagramação e impressão deste livro.

Nos bastidores, Priyanka Saskena deu uma significativa assistência administrativa, editorial e técnica. Houve também importantes contribuições de Baldwin Beenakkers e Nalina Ganapathi, do Programa Social de Crédito da OIT, Rosemary Beattie, Charlotte Beauchamp e May Hofman Öjermark, das Publicações da OIT, e Andrew Lawson e John Brown do Departamento de Línguas da Munich Re. O Índice foi organizado por John Dawson. Por fim, mas não menos importante, quero agradecer a Bernd Balkenhol e Sarah Labaree, que me permitiram dedicar a este projeto muito mais tempo do que havíamos inicialmente previsto.

Craig Churchill
Programa Social de Finanças
Setor de Emprego, OIT
Genebra, Suíça

Tabela de Acrônimos

AAC/MIS	Cooperat. "Américas Association"/Sociedade de Seguros Mútuos
AD&D	Morte acidental e invalidez
ADB	Banco de Desenvolvimento da Ásia
AFL-CIO	Federação Americana do Trabalho – Congresso das Organizações Industriais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG	American International Group
AIMS	Sistema automatizado de gestão de seguros
AKAM	Agência de Microfinanças Aga Khan
ALM	Compatibilização Ativo-Passivo
ALMAO	Organização para Seguros Mútuos All Lanka (Sri Lanka)
ARDCI	Centro para o Desenvolvimento Rural e Agrícola de Catanduanes (Filipinas)
ASA	Ativistas para Alternativas Sociais
ASCA	Associação para poupança e crédito
AssEF	Associação Feminina de Ajuda Mútua (Benin)
ATM	Caixa Bancária Automática (Caixa Eletrônica)
BM	Bem-Estar para Professores
BMZ	Ministério Federal para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (Alemanha)
BOP	Base da pirâmide (BDP)
BRAC	Comitê para o Progresso Rural de Bangladesh
CARD	Associação de Benefício Mútuo (Filipinas)
CARE	Cooperativa para Assistência e Socorro para Todos (em toda parte)
CBO	Organização baseada na Comunidade
CCA	Associação Canadense para Cooperação
CEO	Executivo Chefe (de uma organização)
CETZAM	Empreendimento Fiduciário Cristão Zâmbia
CGAP	Grupo de Consultores para Assistência aos mais Pobres
CHR	Fundo Comunitário para a Saúde (Zâmbia)
CICS	Reclamações com acordo encaminhado
CIDR	Centro Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento (França)
CIF	Centro de Inovações Financeiras
CMF	Centro de Microfinanças
CoP	Peso colombiano
CPI	Índice de Preços ao Consumidor
CRIG	Grupo comunitário rural de seguros
CRMST	Coordenação Regional de Mútuos de Saúde de Thiès (Senegal)
CSG	Grupo Padrão de Comissários
CSR	Responsabilidade Social Corporativa
CU	União Creditícia
CUNA	Associação Nacional de Uniões Creditícias

DAC	Comitê de Assistência para o Desenvolvimento
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
DID	Desenvolvimento Internacional Desjardins (Canadá)
FAQ	Perguntas Mais Frequentes
FCFA	Franco da Comunidade Financeira Africana (moeda)
FDCF	Fundo do Desafio de Aprofundamento Financeiro
FFP	Fundo Financeiro Privado (Bolívia)
FHPL	Plano de Saúde Familiar, Ltda. (India)
FINCA	Fundação para Assistência à Comunidade Internacional
FSB	Conselho para Serviços Financeiros (Africa do Sul)
GK	Grameen Kalian (Bangladesh)
GLICO	Gemini Seguros de Vida de Ghana
GNF	Francos da Guiné (moeda)
GPS	Sistema de Pensões Grameen (Bangladesh)
GRET	Grupo para a troca e a pesquisa tecnológica (França)
GTZ	Sociedade para a Cooperação Técnica (Alemanha)
GUPR	Reserva para prêmios correspondentes a riscos não-expirados
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (HIV)
IAIS	Associação Internacional dos Supervisores de Seguros
IBNR	Sinistros incorridos mas não avisados
IBSL	Superintendência de Seguros de Sri Lanka
IC	Comissário de Seguros
ICD	Diagnóstico Internacional sobre Sinistros
ICMIF	Federação Internacional de Seguro Cooperativo e Mútuo
ID	Carteira de Identidade (RG)
IDB	Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
ILO	Organização Internacional do Trabalho (OIT)
IRDA	Agência para o Desenvolvimento e Regulação de Seguros
IT	Tecnologia da Informação (TI)
ITN	Redes tratadas com inseticidas
JCCU	União Japonesa de Cooperativas de Consumidores
K	Kwacha (moeda do Malawi)
KSK	Kasagana Ka (Filipinas)
LIC	Companhia de Seguros de Vida da Índia
LKR	Rúpias do Sri Lanka (moeda)
MAF	Fundo de Assistência Mútua
MBA	Associação de benefícios mútuos
MDGs	Metas de Desenvolvimento para o Milênio (MDM)
MFI	Instituição de microfinanças
MHIB	Microsseguro de Saúde para Mulheres Pobres de Bangladesh
MHO	Organização Mútua de Saúde
MIAN	Associação de Microsseguradoras da Holanda
MIS	Sistema de Informações Gerenciais
MIX	Centro de Informações sobre Microfinanças
MMF	Fundo Mútuo dos Associados
MORO	Convenção de Agentes de Resseguro
MOUS	Memorandos de Entendimento
MUSCCO	União de Cooperativas de Poupança e Crédito do Maláui
NACSCU	Associação Nacional de Cooperativas de Crédito (Polônia)

NGO	Organização Não-Governamental (ONG)
NHHP	Plano de Saúde do Hospital Nsambya (Uganda)
NIC	Companhia Nacional de Seguros (Índia)
NUCS	União Nacional de Sociedades de Cooperação
OECD	Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento
OI	Opportunity International
OIBM	Banco Opportunity International do Malawi
PAD	Provisão para desvios adversos
PC	Computador pessoal
PCC	Sociedade com Carteiras Segregadas
PDA	Assistentes Eletrônicos Pessoais
Php	Peso (moeda das Filipinas)
PHR	Parceria para Reforma da Saúde (EUA)
PML	Perda máxima provável
POGI	Interface de Grupo Organizado PhilHealth
PPP	Parceria Público-Privada
PRSP	Documento sobre estratégia para reduzir a pobreza
Q	Quetzal (moeda da Guatemala)
R	Rand (moeda da África do Sul)
RBC	Capital baseado em risco
RIMANSI	Soluções para Gerenciamento de Risco (Filipinas)
ROSCA	Associação de Poupança e Crédito Rotativo
RS	Serviços de Resseguro
Rs	Rúpias (moeda da Índia)
SA	África do Sul
SACCO	Cooperativas de Poupança e Crédito
SAIA	Associação Sul-africana de Seguros
SBS	Seguro Básico de Saúde (Bolívia)
SEEP	Promoção e Instrução para Pequenas Empresas
SEWA	Associação de Mulheres Autônomas
SHG	Grupo de Auto-ajuda
SI	Seguro Integral (Paraguai)
SIDA	Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional
SK	Shashtho Kormis (paramédicos de saúde em Bangladesh)
SKOK	União de Cooperativas de Poupança e Crédito
SMI	Seguro Materno-Infantil
SOCODEVI	Sociedade de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (Canadá)
SS	Shashtho Shebikas (trabalhadores comunitários da Saúde em Bangladesh)
SSS	Sociedade para os Serviços Sociais
STEP	Estratégias e Instrumentos contra a Exclusão Social e a Pobreza
TA	Assistência Técnica
TOT	Treinamento de Multiplicadores
TPA	Administrador terceirizado
TPD	Invalidez total e permanente
TSKI	Taytay Sa Kauswagan (Filipinas)
TUW SKOK	Companhia de Seguros Mútuos da União de Cooperativas de Poupança e Crédito
TV	Televisão
TYM	Tao Yeu May (Viet Nam)
UEMOA	União econômica e monetária da África Ocidental

UHC	Cooperativa de Saúde de Uganda
UIIC	Companhia Unida de Seguros da Índia, Ltda.
UK	Reino Unido
UMASIDA	(organização da Tanzânia)
UMSGF	União das Mútuas de Saúde da Guiné Florestal
UNCTAD	Conferência sobre Comércio e Desenvolvimento das Nações Unidas
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US$	Dólar Norte-americano (moeda)
USA	Estados Unidos da América
UTM	União Técnica da Mutualidade do Mali
VHS	Serviço Voluntário de Saúde (India)
WHO	Organização Mundial de Saúde (OMS)
WWF	Fundação Feminina Mundial (Colômbia)
ZI	Zloty (moeda polonesa)
ZOC	Centros Zonais de Operações

1 Princípios e Práticas

1.1 O que é seguro para os pobres?

Craig Churchill

O autor deseja agradecer às seguintes pessoas por suas úteis sugestões: Bernd Balkenhol (OIT), Felipe Botero (Metropolitan Life), Alexia Latortue e Aude de Montesquiou (CGAP), e Gaby Ramm (consultora).

1 Definindo o microsseguro

Pessoas de baixa renda vivem em ambientes cheios de riscos, vulneráveis a muitos perigos, entre os quais doenças, morte acidental e invalidez, perda de bens por furto ou incêndio, perdas agrícolas e desastres, tanto naturais quanto causados por seres humanos. Os pobres são mais vulneráveis do que o resto da população, assim como também são os menos capazes de enfrentar a crise quando ela ocorre.

Pobreza e vulnerabilidade reforçam uma à outra, numa espiral descendente. A exposição a tais riscos não apenas pode causar perdas financeiras significativas, como também uma desgastante preocupação sobre quando, e se, uma perda poderá ocorrer. Em virtude desta perpétua apreensão, os pobres têm menos capacidade para aproveitar oportunidades que podem gerar renda e reduzir sua pobreza.

Embora os lares pobres tenham seus meios informais para gerenciar riscos, tais estratégias informais geralmente não produzem proteção suficiente. Muitas das estratégias para gerenciamento de riscos como, por exemplo, diversificar seus recursos financeiros e humanos por diversas atividades que gerem renda, acabam resultando em baixo retorno. As maneiras improvisadas para lidar com riscos tendem a cobrir somente uma pequena parte das perdas, de modo que os pobres têm de lançar mão do apoio de diversas origens. Ainda assim, a proteção informal para riscos não proporciona defesa contra uma série de perigos que, infelizmente, ocorrem com frequência com os pobres. Antes que determinada família tenha se recuperado de uma crise, ela se vê às voltas com outra.

O microsseguro oferece proteção a pessoas de baixa renda contra riscos específicos em troca do pagamento regular de um prêmio proporcional ao custo e à probabilidade do risco envolvido. Esta definição é essencialmente a mesma que se usa para os seguros em geral, exceto quanto ao mercado-alvo especificado: pessoas de baixa renda. No entanto, tal especificação provoca uma grande diferença, como será demonstrado neste capítulo e no restante deste livro.

Quão pobres devem ser essas pessoas para que os seguros que venham a fazer sejam classificados como micro? A resposta varia para cada país, mas pode-se di-

zer, de maneira geral, que tais pessoas são ignoradas pela atividade regular de seguros, são pessoas que não têm tido acesso aos produtos do mercado tradicional de seguros. Dentre elas, destacam-se as pessoas que trabalham na economia informal e que não têm acesso ao seguro convencional ou aos benefícios da previdência social, seja por seus empregadores, seja pelo governo, através deles. Como é mais fácil oferecer um seguro a pessoas que tenham um rendimento previsível, mesmo que pequeno, do que oferecê-lo a quem trabalha na economia informal e tem ganhos irregulares, este últimos constituem, por assim dizer, a linha divisória que delimita os microsseguros.

O microsseguro não é indicativo do tamanho da organização tomadora do risco, embora alguns dos operadores sejam de fato organizações pequenas, e até informais. Há exemplos, no entanto de grandes organizações que operam nesta modalidade, como a AIG Uganda, a Delta Life, em Bangladesh, e todas as companhias seguradoras da Índia.[1] Essas grandes seguradoras têm um produto ou uma linha de produtos especialmente destinada a pessoas de baixa renda.

Um importante aspecto dos microsseguros, que será explorado em detalhe na Parte 4, é que eles podem ser comercializados por vários tipos de canal, incluindo programas baseados em pequenas comunidades, associações de crédito e outros tipos de microfinanceiras, assim como grandes seguradoras multinacionais. De fato, uma das maiores seguradoras mundiais, a Allianz, lançou recentemente uma iniciativa para prover seguros às camadas pobres da Índia e da Indonésia, em parceria com o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP) e a organização alemã Gesellschaft für Technische Zuzammenarbeit (GTZ).

Tampouco o microsseguro se refere ao escopo do risco conforme é percebido pelos clientes. Em si mesmos, os riscos não são "micro" para as famílias atingidas. O microsseguro pode cobrir uma variedade de riscos diversos, que inclui doença, morte e perda de bens – basicamente qualquer risco passível de ser segurado.[2] Este livro, no entanto, usa uma definição menos abrangente, pois está focalizado principalmente nos seguros de vida e de saúde, pois, pesquisas sobre demanda na maioria dos países identificaram esses riscos como as principais preocupações das populações de baixa renda (*ver Capítulo 1.2*).

Frequentemente, as pessoas usam o termo "seguro" de maneira mais vaga, para se referir a técnicas gerais de prevenção e gerenciamento de riscos. Por exemplo, economias que estejam guardadas para uma emergência podem ser denominadas um "fundo de seguro". Neste livro, porém, o termo "microsseguro" é definido como algo mais próximo dos seguros tradicionais, isto é, operando através de um *pool* ou consórcio, ou seja, a distribuição do risco. Essencialmente, os membros do *pool* que não sofreram perdas pagarão as perdas daqueles que as so-

[1] Como será descrito no Capítulo 5.2, as seguradoras indianas devem, por lei, alocar um percentual de seu portfolio de seguros a pessoas "dos setores social e rural", o que, na prática, significa famílias de baixa renda. Consequentemente, todas as seguradoras indianas estão envolvidas com microsseguros, de uma forma ou de outra e, por isto, muitas inovações interessantes nesta área vêm da Índia.

[2] Os Capítulos 1.2 e 2.1 descreverão as características dos riscos seguráveis.

freram. O seguro reduz a vulnerabilidade dos segurados, na medida em que perdas imprevisíveis são substituídas por pagamentos pequenos e regulares. Porém, este aspecto de envolver o gerenciamento de um fundo consórcio torna os seguros um serviço financeiro bem mais complexo do que poupança ou crédito.

Uma vez que o microsseguro é apenas uma das diversas ferramentas que os lares pobres dispõem para gerenciar seus riscos, as organizações que queiram realmente ajudar os mais pobres a se proteger contra riscos devem avaliar se a oferta de microsseguros é a resposta mais apropriada àquela necessidade. Para riscos que resultem em pequenas perdas ou para riscos com alta probabilidade ou alta frequência de ocorrência, uma poupança ou um empréstimo emergencial seriam mais apropriados. A poupança e o crédito são também mais flexíveis do que um seguro, pois podem ser usados para riscos variados e diferentes (e para o aproveitamento de oportunidades). Por outro lado, a cobertura provida por um seguro será mais completa do que a que uma família pobre poderá fazer por conta própria. Assim, para grandes perdas potenciais, participar de um consórcio de risco com muitas outras pessoas é um meio mais eficiente de obter proteção do que tentar proteger-se a si mesmo independentemente.

É preciso ter cuidado para não exagerar os efeitos do seguro no desenvolvimento social. Por si mesmo, o seguro não pode eliminar a pobreza. Contudo, se fazemos com que ele fique disponível para as pessoas mais pobres, em associação com outras ferramentas para o gerenciamento de riscos, um programa de seguros de vida e de saúde voltado para os pobres poderá trazer uma valiosa contribuição para que as Metas de Desenvolvimento do Milênio (*MDG – Millennium Development Goals*) sejam atingidas (*Quadro 1*).

Quadro 1

Microsseguros e as MDG

As MDG, estabelecidas pela ONU no ano 2000, registram mais de 40 indicadores quantificáveis para avaliar o progresso do desenvolvimento econômico e social global no ano 2015. Essas metas servem como uma referência do desenvolvimento, para ajudar os que traçam as políticas, as organizações doadoras e os agentes do desenvolvimento a focalizar sua atenção nos objetivos mais críticos.

Algumas dessas metas serão mais facilmente atingíveis se algum tipo de seguro for disponibilizado para as famílias mais pobres, como por exemplo:

- Delimitar o número de pessoas cuja renda é menor do que US$ 1.00 por dia.
- Delimitar o número de pessoas sujeitas a fome
- Garantir que todas as crianças possam completar o curso fundamental
- Eliminar a disparidade entre meninos e meninas nos cursos fundamental e médio
- Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças abaixo de cinco anos.

– Reduzir em três quartos a taxa de mortalidade no parto
– Deter e reverter a expansão do HIV/AIDS
– Deter e reverter a expansão da malária e outras doenças

Por exemplo, o seguro pode ajudar a reduzir a proporção de pessoas sujeitas a fome e cuja renda seja inferior a 1 dólar por dia. Embora os especialistas em desenvolvimento tendam a focalizar os esforços na promoção do desenvolvimento econômico como a maneira de atingir estas metas, é forçoso que reconheçam que ganhos econômicos podem ser rapidamente perdidos quando as pessoas mais vulneráveis sofrem uma perda ou uma crise. É necessário complementar os esforços para aumento da produtividade com outros esforços no sentido de prover proteção.

Talvez ainda mais diretamente, o microsseguro possa ajudar a enfrentar outros objetivos relativos a saúde como reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das grávidas e combater doenças como o HIV/AIDS, malária e outras. Os sistemas de microsseguro para saúde tipicamente provêem imunizações, treinam atendentes para partos e tornam possível que mulheres paguem transporte e hospitalização em partos difíceis.

Alguns desses sistemas fornecem informações valiosas e recursos para a prevenção de riscos. Promovendo educação sobre riscos e aquisição de hábitos salutares, eles podem reduzir a ocorrência de doenças e estender a expectativa de vida (*ver Capítulo 3.9*).

É interessante notar que o microsseguro também pode ajudar na promoção da igualdade sexual e no aumento do poder das mulheres (*ver Capítulo 2.4*). Se o seguro pode evitar que famílias pobres recaiam na pobreza ou nela continuem, tais famílias podem se ver livres da necessidade de escolher qual dos filhos enviar à escola. Além disto, a poupança de longo prazo e a aquisição de apólices de seguro ajudarão os mais pobres a acumular recursos que poderão ser usados para pagar a instrução de filhas e filhos.

2 As duas faces do microsseguro

Há duas variedades principais de microsseguros – uma, que tem seu foco em estender proteção social às pessoas de baixa renda diante da ausência de um sistema governamental adequado; e outra, que oferece um serviço financeiro vital às mesmas pessoas, desenvolvendo um modelo de negócio que permita a formação de um segmento de mercado lucrativo (ou sustentável) para as seguradoras comerciais ou cooperativas.

Essas duas variedades, no entanto, têm muita coisa em comum. Pode-se pensar nelas segundo o modelo de Janus, o antigo deus romano de portas e do início das coisas, que é representado com duas faces, olhando em sentidos opostos (*Figura 1*), sobre um só corpo. Quer se veja o microsseguro sob o ângulo da proteção social ou do mercado, seu corpo é basicamente o mesmo. Daí, um livro sobre as operações de microsseguro deve tirar lições e experiência dos dois aspectos.

Figura 1 **Janus: as duas faces do microsseguro**

Um novo mercado para as seguradoras

Proteção social para os trabalhadores na economia informal

2.1 Aprofundando o acesso aos serviços do seguro: um novo mercado

O guru da caracterização deste "novo mercado" é C. K. Prahalad (2005), que afirma em seu livro *The fortune at the bottom of the pyramid* que o "setor privado, em seu desejo de alargar a cobertura de mercado, há de inventar novos sistemas dependendo da natureza do mercado". Pralahad vê as mais de quatro bilhões de pessoas vivendo com menos de US$ 2.00 por mês como uma oportunidade de mercado, desde que os provedores de produtos e serviços, incluindo as corporações multinacionais, sejam capazes de introduzir novos modelos de negócio que estejam ao alcance dos consumidores de baixa renda.

Esta linha de pensamento não é nova para os que se dedicam às microfinanças, desde que a Prodem, uma ONG boliviana, criou o Banco Sol, o primeiro banco comercial dedicado ao mercado de baixa renda. A criação deste banco começou uma revolução que inspirou pelo menos 39 outras ONGs a criar instituições financeiras regulamentadas (Fernando, 2004) e inúmeros bancos comerciais e organizações financeiras buscaram atingir camadas mais baixas da população.

Além das microfinanças, Pralahad buscou exemplos de outros setores, como construção, bens de consumo e serviços de saúde. Com base em estudos de caso que introduziram inovações de sucesso, Pralahad identificou princípios básicos a serem considerados nas inovações para atingir a BDP – Base da Pirâmide (BOP, em inglês). Embora ele não tenha analisado casos relacionados a operações com seguros, seus "Doze Princípios para Inovação no Mercado BDP" são perfeitamente aplicáveis ao fornecimento de microsseguros (*Quadro 2*).

Quadro 2

Aplicando os "Doze Princípios" de Pralahad ao Microsseguro

1. Um novo entendimento da relação preço-desempenho

Obviamente, os pobres não podem pagar preços altos, mas isto não significa que eles mereçam produtos de baixa qualidade. No caso dos microsseguros, pode-se até arguir que o mercado de baixa renda precisa de produtos de melhor qualidade (por exemplo, rápida regulação dos sinistros, poucos sinistros negados) a fim de vencer a apreensão de pagar agora para receber um incerto benefício futuro. Pralahad afirma também que o mercado BDP está surpreendentemente alerta para a confiança inspirada por determinada marca, algo que as microsseguradoras precisam ter sempre presente em seu esforço para assegurar uma reputação de confiança.

2. Combinando tecnologia moderna com a infra-estrutura existente

Embora seja um processo ainda incipiente no campo dos microsseguros, diversas instituições de microfinanças estão experimentando tecnologias modernas (máquinas eletrônicas para dados biométricos, cartões inteligentes, agendas eletrônicas e dispositivos automáticos de venda) para otimizar eficiência e produtividade. Certamente, as microsseguradoras irão pelo mesmo caminho.

3. Escala das operações

No modelo de negócios para a BDP, a base para obter retorno sobre o investimento será o volume de negócios. Mesmo que o lucro por unidade seja minúsculo, quando ele se multiplicar por um enorme volume de vendas, tornar-se-á atrativo para os investidores. Este aspecto se encaixa às mil maravilhas com a aplicação da Lei dos Grandes Números ao seguro, pois quando o universo de risco é muito grande, os sinistros que vierem a ocorrer estarão mais perto da estimativa de sinistros. Quando as projeções podem ser feitas com um alto grau de confiabilidade, o preço dos produtos não precisa incluir uma grande margem para eventuais erros, o que tornará o seguro algo mais ao alcance dos pobres.

4. O aspecto ambiental

Pralahad assinala que alguns aspectos dos produtos de seguros nos países desenvolvidos não serão aplicáveis no gigantesco mercado da BDP. Em consequência, as inovações deverão minimizar o uso de embalagens e considerar os impactos do produto no meio-ambiente. Tal princípio pode não ter uma aplicação direta nos microsseguros, mas certamente existe aí uma conexão. Muitos dos riscos aos quais os pobres são vulneráveis são ligados a mudanças climáticas.

5. O microsseguro requer uma abordagem diferenciada
Produtos e serviços destinados ao mercado BDP não devem ser uma mera versão simplificada ou mais barata dos produtos tradicionais. Por exemplo, um exame sobre como famílias de baixa renda utilizam uma indenização paga pela seguradora mostrará diferenças fundamentais entre o mercado de microsseguros e o mercado convencional. Em vez de receber um pagamento em dinheiro, os pobres podem preferir benefícios em serviços (por exemplo, serviço funerário, alimentos), talvez ao longo de um certo período de tempo.

6. Inovações processuais
Quando se formata um produto para o mercado BDP, é necessário adaptar não apenas o produto, mas também o processo, uma vez que, tipicamente, a infra-estrutura de que os pobres dispõem é limitada. Nos microsseguros, por exemplo, deve-se levar em conta que o prêmio não é a única despesa. O custo indireto para ter acesso ao produto e usá-lo, incluindo transporte e horas perdidas e não pagas pode ser mais alto do que o custo direto.

7. Descomplicando o trabalho
O setor de serviços é naturalmente intensivo em mão-de-obra; ainda mais os que se situam na BDP, dada a escala das operações. Uma vez que o custo da mão-de-obra pode representar mais da metade do total das despesas operacionais, uma das maneiras de conter os custos é simplificar as operações de forma que os produtos possam ser vendidos e disponibilizados na pós-venda por empregados menos qualificados. Tal abordagem cai como uma luva nos microsseguros, pois a clientela também deseja produtos mais simples e fáceis de entender.

8. Investindo na educação dos clientes potenciais
Pralahad é explicito sobre a importância de criar consumidores na BDP através da educação e da criação de um sentimento de necessidade, usando mecanismos inovadores para atingir as pessoas que estejam na "zona obscura da informação". Assim tem sido a experiência das microsseguradoras, que precisam explicar a seus clientes como funciona o seguro e quais os benefícios que eles terão.

9. Produtos formatados para condições hostis (precárias)
Os produtos e serviços para uso do mercado BDP precisam levar em conta a precariedade das condições sanitárias e da infra-estrutura disponível (por exemplo, interrupções no serviço de iluminação, água sem tratamento). Para os prestadores de microsseguro, isto implica em investir em medidas preventivas contra perdas, como promover entre os segurados comportamentos pessoais de menor risco, melhor higiene, uso de água purificada e outras medidas que diminuam possíveis sinistros relativos à saúde e à vida.

10. Adotar inter-faces simplificadas, amigáveis
Os mercados BDP são muito heterogêneos, falam uma miríade de línguas com grande variedade de níveis de instrução. Para bem servir a tal mercado é necessária uma abordagem muito cautelosa para tornar fácil o uso do serviço pelas famílias de baixa renda. O formulário de adesão ao microsseguro deve ser curto e simples, o vendedor deve poder ajudar em seu preenchimento. Maior desafio, porém, será simplificar a documentação para reclamação de sinistros, de forma a facilitar o acesso dos clientes aos benefícios mas, garantir as seguradoras contra fraudes.

11. Distribuição
Um dos grandes desafios no serviço aos consumidores do BDP é colocar o produto no mercado; acresce que as seguradoras são geralmente fracas em distribuição. A melhor solução para este problema é a colaboração com outra organização que já tenha transações financeiras com famílias de baixa renda, de modo que a seguradora possa se valer de uma estrutura já existente para atingir os pobres.

12. Desafiar a Sabedoria Convencional
Resumindo, para bem servir ao mercado de baixa renda, as seguradoras têm de rever suas regras habituais sobre as necessidades dos clientes, a formatação dos produtos, os sistemas de vendas e até o modelo de negócio. Existe aí um mercado viável, mas as seguradoras precisam aprender sobre ele e desenvolver novos paradigmas para servi-lo.

Para entender claramente como desenvolver novos modelos de negócio para os microsseguros, é necessário descobrir por que os modelos tradicionais de seguros não chegam aos pobres. Embora o setor de seguros esteja começando a notar que as famílias de baixa renda constituem um vasto mercado ainda não explorado, as seguradoras têm encontrado inúmeros obstáculos que precisam ser superados para que possam oferecer microsseguros em larga escala.

Além dos problemas associados a altos custos das transações e sistemas de distribuição inapropriados, conforme descrito no Quadro 2, os produtos disponibilizados em geral não têm as características específicas para atender ao mercado de baixa renda, especialmente a irregularidade de renda dos que trabalham na economia informal. Outros aspectos de formatação dos produtos que atrapalham o efetivo atendimento aos pobres são a adequada fixação dos montantes segurados e a linguagem obscura das condições e exclusões impressas na apólice.

Geralmente se admite que homens e mulheres de baixa renda são mais vulneráveis a riscos do que os não-tão-pobres; no entanto, as seguradoras, em geral, não dispõem de dados para interpretar corretamente tal vulnerabilidade. Em consequência, elas tendem a incluir em seus preços, inicialmente, uma robusta margem de erro, que será ajustada quando as reclamações sobre sinistros começarem a chegar. Mas a inclusão desta margem de erro, somada aos altos custos adminis-

trativos necessários no atendimento ao mercado de baixa renda, pode fazer os prêmios ficarem caros demais.

As seguradoras admitem, com ou sem razão, que o mercado de baixa renda não tem recursos para fazer seguro. É interessante notar que, quando o mercado segurador se tornou amplo, no final do século XIX, ele era considerado um serviço financeiro para os pobres. Os ricos não precisavam de seguro porque podiam bancar seus próprios riscos. Desde então, em algum momento da evolução do seguro e de sua sofisticação, os ricos reconheceram sua própria vulnerabilidade e aquela percepção sobre o mercado mudou.

As seguradoras não têm mecanismos apropriados para controlar alguns riscos que ocorrem no mercado de baixa renda, como uma seleção adversa ou eventuais fraudes. Por exemplo, os métodos de documentação de reclamações de sinistros e as técnicas de verificação aplicadas no caso de uma apólice de vida de US$ 100,000 não serão adequadas para uma de US$ 500.

Um dos maiores desafios do processo de estender o mercado de seguros aos pobres é educar os consumidores potenciais e superar sua desconfiança. Muitos encaram com ceticismo o pagamento de prêmios por um produto intangível que promete benefícios futuros que talvez nunca venham a ser solicitados – além de uma arraigada desconfiança nas companhias seguradoras. Criar uma consciência sobre o valor de se possuir um seguro é uma tarefa que custa dinheiro e consome tempo. Diga-se também que a citada desconfiança existe também no outro sentido. Em geral, o pessoal que trabalha nas seguradoras não está familiarizado com as necessidades e preocupações dos pobres. A cultura e os incentivos das companhias de seguros privilegiam os vendedores que obtêm apólices de maior valor e se voltam para clientes mais rentáveis, ao passo que a venda de seguros aos pobres é retratada como algo ridículo.

O mercado de baixa renda tem, no entanto, grande potencial, se as seguradoras conseguirem lidar com os pontos citados com inovações eficientes e eficazes. Ainda que estes obstáculos sejam significantes e atemorizadores, eles podem ser superados – eles estão sendo superados – por várias seguradoras formais e informais por todo o mundo, as quais estão desenvolvendo novas técnicas para atingir um vasto e mal atendido mercado.

2.2 Provendo proteção social para os trabalhadores informais

Mesmo com inovações significativas nos modelos de negócios dos seguros, na formatação dos produtos e nos canais de comercialização, fique claro que nem tudo e nem todos podem ser segurados com base nos princípios de mercado. E nem seria o caso. De fato, os governos têm uma responsabilidade fundamental de prover segurança social ao corpo de cidadãos.

Proteção social é o outro lado do microsseguro. Geralmente inclui vários programas e políticas governamentais para reduzir a pobreza e a vulnerabilidade através

de uma diminuição dos riscos a que as pessoas estão sujeitas e uma melhoria em sua capacidade de se proteger a si mesmas. A expressão "proteção social" se refere aos benefícios que a sociedade provê aos cidadãos, incluindo:

– benefícios referentes a desemprego e invalidez
– proteção universal da saúde
– benefícios à maternidade
– pensões para os idosos
– proteção para as crianças e os deficientes

Contudo, mais da metade da população do mundo se encontra excluída de qualquer tipo de proteção social, sejam programas de contribuições, sejam aqueles pagos com a arrecadação de impostos. Em algumas partes do mundo, a situação é particularmente severa. Na região sub-sahariana e no sul da Ásia, estima-se que a cobertura legal da segurança social atinja somente 5 a 10% da população ativa (OIT, 2001).

Países em desenvolvimento têm de enfrentar grandes desafios para prover uma segurança social abrangente. A grande maioria das pessoas trabalha na economia informal, de modo que não existe um mecanismo eficaz para sua sistemática inclusão. Como essas pessoas são autônomas ou trabalham em atividades informais, não há um empregador que faça contribuições para um fundo de pensão, de desemprego ou de saúde. Por outro lado, esses trabalhadores não têm capacidade financeira para cobrir o custo total de um sistema de segurança social. Além disto, em muitos países em desenvolvimento o governo não tem recursos para criar uma infra-estrutura adequada (por exemplo, hospitais, postos de saúde) nem para pagar as despesas decorrentes dos programas de proteção social.

O microsseguro, visto como um mecanismo de proteção social, procura preencher este hiato, dando alguma cobertura aos excluídos – que seria mais eficaz se suplementada por serviços governamentais que facilitassem um efeito redistributivo. Na ausência de uma proteção social formal, o microsseguro responde a uma necessidade urgente, embora não isente o governo de suas responsabilidades. Como descrito no Capítulo 1.3, o microsseguro pode criar vias de contato e entrega que levem os programas governamentais (e subsídios) à economia informal, assim contribuindo para integrar os sistemas de proteção social formal e informal.

Consequentemente, qualquer que seja a face de Janus pela qual se olhe o microsseguro, a intenção será sempre a de reduzir a vulnerabilidade dos trabalhadores pobres, estimulando o setor público (proteção social) e o privado (o novo mercado) para atingir o alvo a que nenhum dos dois, até agora, mostrou-se capaz de chegar: dar segurança aos pobres. Com efeito, considerando que as duas faces fazem parte da mesma cabeça, é razoável que se procurem áreas de convergência para criar modelos ou sistemas alternativos para proteger os pobres, tais como parcerias público-privadas, associações mútuas e cooperativas e incentivos governamentais para corrigir eventuais efeitos negativos do mercado.

3 **Três palavras que fazem grande diferença**

Não importa qual a perspectiva sob a qual se esteja considerando a questão – seja ela a do mercado ou a da proteção social – os aspectos operacionais da extensão dos seguros aos lares de baixa renda são essencialmente os mesmos. As características-chave descritas a seguir ilustram como o seguro para os pobres difere do seguro convencional e dos programas costumeiros de proteção social:

Deve ser importante para os riscos principais das famílias de baixa renda
É claro que a cobertura deve estar ligada às áreas de maior vulnerabilidade dessas famílias, mas com frequência o que as seguradoras ou os assistentes sociais oferecem não está realmente focado nas necessidades dos pobres. O seguro desemprego, por exemplo, pode ter expressão para trabalhadores diaristas avulsos? Será que as seguradoras comerciais realmente sabem quais os riscos que mais preocupam homens ou mulheres pobres, o que os mantém acordados à noite?

Tão abrangente quanto possível
Enquanto as companhias de seguro tendem a excluir pessoas de alto risco, os programas de microsseguro geralmente visam a ser inclusivos. Tal perspectiva faz sentido quando o microsseguro é visto como uma extensão dos programas de proteção social do governo. Com efeito, para que o microsseguro cumpra sua função social, é necessário que ele ofereça proteção naquilo que os lares vulneráveis precisam mais. Pode-se perguntar, porém: a inclusão é possível em microsseguros baseados no mercado? Como as somas seguradas são pequenas, o custo para identificar pessoas que representem alto risco, como as que têm doenças pré-existentes, pode ser mais alto do que a melhoria de risco que se obtenha por sua exclusão. Além disto, caso se pretenda que o microsseguro atinja o tremendo volume de clientes que deve ser atendido para que as MDM (Metas de Desenvolvimento pra o Milênio) sejam atingidas, um grande número de exclusões e restrições pode se transformar em apenas um estorvo que antes minará a eficiência, ao invés de uma ferramenta importante para controlar os riscos.

Prêmios módicos
No fim, os programas de microsseguros devem estar ao alcance dos pobres, pois de outra forma eles não irão aderir ao programa e nem se beneficiar da cobertura. Várias estratégias podem ser empregadas para baratear o microsseguro, incluindo o estabelecimento de menores pacotes de benefícios, permitindo o pagamento do prêmio em prestações compatíveis com o fluxo de caixa da família e suplementando os prêmios com subsídios governamentais. Sob a perspectiva da proteção social, a função re-distributiva do rico para o pobre, teoricamente, ajudará a tornar as contribuições suportáveis pelos mais pobres. No modelo de mercado, as seguradoras poderão se dispor a aceitar baixos retornos a curto-prazo, ou até perdas, para que o mercado possa se desenvolver.

Grupando para obter eficiência

Os seguros em grupo são mais baratos do que a cobertura individual, mas, como encontrar grupos de pessoas na economia informal? Ainda que a economia informal seja conhecida como um setor desorganizado, há nela certos agrupamentos que podem ser usados, como associações de mulheres, grupos informais de poupança, cooperativas, associações de pequenos negócios e outros semelhantes. Algumas microsseguradoras usam tais grupos de modo mais eficaz do que as seguradoras convencionais, apoiando-se neles para a seleção de segurados e para redução de riscos tais como uso abusivo e velhacarias.

Regras e restrições simples e claramente definidas

Um presidente (CEO) de uma importante seguradora americana admitiu, certa vez, que nem mesmo ele entendia os dizeres da apólice de seguro residencial de sua empresa. Os contratos de seguro são cheios de condições complexas e benefícios condicionais escritos em tal jargão jurídico que até mesmo advogados têm dificuldade em entender. Ainda que a justificativa para a "escrita miúda" possa ser proteção ao consumidor, se estes não entendem o que está escrito, o propósito da escrita fica frustrado. Ademais, o que esteja escrito pode servir de desculpa para que a seguradora não pague um sinistro. Assim sendo, há muitos motivos para que as condições do microsseguro sejam estabelecidas de maneira simples e direta, de forma que qualquer um possa ter um entendimento claro do que está coberto e do que não está.

Requisitos de fácil obtenção para documentação de reclamações sobre sinistros

O processo para receber os benefícios de um departamento de previdência social ou de uma seguradora tende a ser tão árduo e desencorajador que só os mais persistentes reclamantes se dispõem a persegui-lo. Tais obstáculos são prejudiciais para os lares de baixa renda, porque as pessoas não podem passar dias sem trabalhar, correndo atrás de documentos oficiais. Embora os controles sejam indispensáveis para evitar reclamações fraudadas, para que o microsseguro cumpra sua utilidade é indispensável que a apresentação de legítimas reclamações seja fácil.

Estratégias para superar a desconfiança dos clientes

Por fim, as microsseguradoras devem adotar estratégias que possam superar a apreensão habitual do pessoal de baixa renda com relação os seguros. Um dos caminhos básicos para atingir tal objetivo é educar os clientes, ensinando-lhes como funcionam os seguros e quais os benefícios que eles podem trazer. É igualmente importante, contudo, cumprir as obrigações contratadas e criar uma cultura de seguros entre os pobres. Para criar um mercado que confie nos microsseguros será necessário evitar ações que reforcem as críticas usuais às seguradoras, que têm fama de serem rápidas na cobrança e lentas no pagamento. De fato, as microsseguradoras precisam desenvolver sistemas que resultem em pagamentos

sem delongas, que minimizem ou evitem a rejeição de reclamações e que forneçam serviços que ganhem a confiança de um mercado desconfiado.

Tanto para oferecer proteção social quanto para construir um mercado viável, os programas de seguros para os pobres têm de achar um modo de equilibrar três objetivos conflitantes: (1) prover **cobertura** para as necessidades da população-alvo, (2) manter baixos os **custos** para a seguradora, e (3) minimizar o **preço** de aquisição (inclusive os custos da transação para os clientes) de maneira a melhorar tanto a acessibilidade quanto a capacidade para comprar. A harmonização destes objetivos implica em escolhas difíceis e, para fazê-las corretamente, o melhor método é envolver no processo aqueles que, em última análise, serão os beneficiários da cobertura.

Em suma, o microsseguro deve ser formatado de maneira que ajude os pobres a gerenciar seus riscos. Com este objetivo primordial presidindo a formulação da mente, o microsseguro emerge claramente como algo distinto do seguro convencional e dos programas de proteção social. Talvez, quando essas atividades apareceram, tanto o seguro social como o comercial se fundamentavam na ideia de proteger os pobres. Por exemplo, algumas das grandes seguradoras de hoje nasceram nos anos 1800 como programas de proteção mútua entre operários de fábrica. Entretanto, com o passar dos anos, os esforços para evitar fraudes e uso indevido criaram um labirinto de regras e requisitos burocráticos que minaram sua eficácia e sua adequação aos pobres. A isto se somaram, no aspecto da visão de mercado, os esforços para maximizar o lucro dos acionistas, que levaram as empresas para longe de sua clientela original, em busca de clientes mais rentáveis.

Desta forma, o microsseguro pode ser descrito como uma campanha de retorno às origens, focada na necessidade que o público vulnerável tem de gerenciar seus riscos, ajudando este público a gerenciá-los através da solidariedade da partilha de riscos. Embora nem todos os programas de microsseguro operem fielmente sobre esses valores, quanto mais eles se aproximarem deles, tanto melhor trarão benefícios àqueles que mais precisam deles.

1.2 A demanda por microsseguro

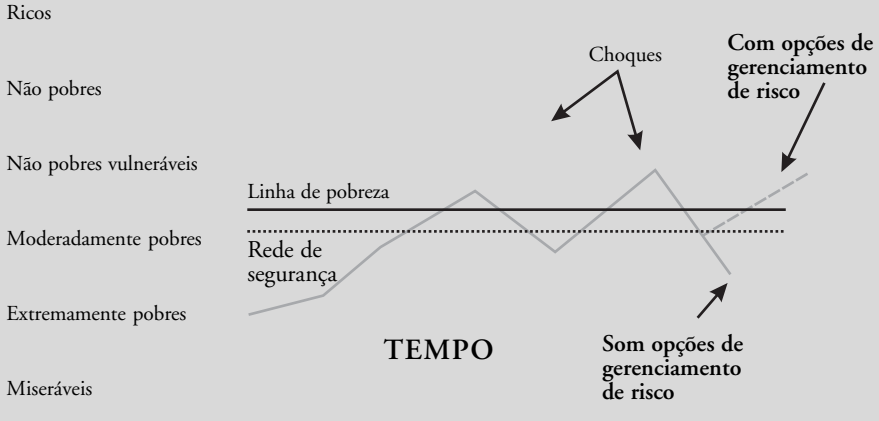
Monique Cohen e Jennefer Sebstad

As autoras agradecem as percepções e comentários de Frank Bakx (Rabobank Foundation), Michel Matul (Micro Finance Center) e Michael McCord (Microinsurance Centre).

Os riscos estão sempre presentes na vida dos pobres. Quando confrontados com um choque, os pobres sacam sobre suas reservas financeiras, físicas, sociais e humanas para enfrentar as despesas resultantes. Na ausência de instrumentos preventivos para gerenciar os riscos (ex ante), na maioria dos casos eles têm de recorrer a uma dentre várias opções disponíveis após o fato (ex post). Uma estratégia comum é tomar um empréstimo a um usurário ou a uma instituição microfinanceira; também podem pedir ajuda a parentes ou amigos. Poucos serão os que têm acesso a serviços formais de seguros.

Os pobres lutam diuturnamente para melhorar suas vidas. É um processo vagaroso e gradual pontuado por tentativas de avanço. Continuamente assoberbados por pressões financeiras, os lares de baixa renda aprendem que impactos podem facilmente erodir suas economias. Como resultado, sua trajetória para escapar da pobreza segue um caminho em zigue-zague: em tempos de aumento de renda, eles avançam; como resultado de impactos e dificuldades financeiras, quando às vezes a despesa ultrapassa as receitas, eles regridem (*Figura 2*). O papel do mi-

Figura 2 **Impacto de choques na renda e nos bens de uma família**



Fonte: adaptado de McCord, 2005

crosseguro, como o de qualquer instrumento eficaz para lidar com riscos, é o de mitigar tais dificuldades, que são um obstáculo na luta para escapar da pobreza. Ao enfrentar uma adversidade, os pobres geralmente recorrem a uma variedade de recursos, como economias e créditos formais e informais, além de procurar serviços extras ou oportunidades de ganho, para fazer face a suas despesas. Para bem pensar sobre a necessidade de seguro para os pobres é importante que se conheçam as estratégias que eles usam para lidar com seus riscos. Este capítulo explora os riscos a que as pessoas de baixa renda estão sujeitas, analisa os meios comumente usados para gerenciar esses riscos e descreve algumas perspectivas sobre como o seguro pode melhorar a capacidade dos pobres de lidar com riscos.

1 Lidando com riscos

1.1 Impactos e eventos estressantes

Vulnerabilidade está intimamente associada com pobreza e pode ser descrita como a capacidade de os indivíduos e as famílias lidarem com o risco.[1] A demanda por microsseguro está diretamente relacionada com a vulnerabilidade; ela nasce dos próprios riscos e da maneira com que eles são enfrentados nos lares de baixa renda. Pesquisar o impacto de ocorrências de risco e a maneira pela qual os pobres lidaram com a situação ajuda a entender a demanda por seguro.

Riscos ocorrem de várias formas, por exemplo uma doença, a morte de alguém da família, um incêndio ou um furto. São adversidades que ocorrem com frequência e que criam pressões sobre as finanças da família, que vêm se somar aos apuros habituais para enfrentar as despesas regulares, como comida, aluguel ou mensalidades escolares. Quando tais pressões excedem a capacidade financeira da família, ela precisa procurar fontes externas de financiamento. Em alguns casos, o microsseguro pode ser uma opção para tapar este buraco.

A diferença entre microsseguro e seguro convencional é que o primeiro é usado por gente mais pobre, com menos reservas financeiras e com uma renda que flutua bastante ao longo do tempo. Os pobres são mais vulneráveis a tais impactos porque suas reservas são escassas não apenas para enfrentar as consequências imediatas, mas, também, as despesas secundárias para que possam retornar a suas condições anteriores (*Quadro 3*). Uma vez que suas reservas estejam esgotadas, os lares de baixa renda são forçados a comportamentos cada vez mais reativos. Eles reagem a cada nova crise com mecanismos cada vez mais estressantes (*Figura 3*). O desafio do microsseguro é possibilitar que esses comportamentos reativos sejam substituídos por comportamentos pró-ativos.

[1] Risco é definido como a probabilidade de uma perda, ou a perda em si mesma.

Quadro 3

Impactos em ricos e pobres no Vietnã

Choques de pouca importância para os não-pobres podem ser devastadores para quem esteja abaixo da linha de pobreza. No Vietnã, pobres e ricos podem estar sujeitos às mesmas doenças. No entanto, comparados aos ricos, os pobres tendem a ficar doentes com mais frequência e, portanto, os custos serão mais altos tanto em valor absoluto quanto relativo à renda familiar. Eles também se veem frente a escolhas mais difíceis: altos custos de saúde podem deixar a família sem recursos para pagar a escola de seus filhos.

Fonte: adaptado de Tran e Yun, 2004.

1.2 Priorizando os riscos

Embora em diferentes países, e mercados dentro deles, as pessoas priorizem o risco de diversas maneiras, os lares de baixa renda consistentemente identificam suas maiores preocupações com a perda de algum arrimo de família ou com doenças (*Tabela 2*). Incapacitação também é importante, mas, é geralmente computada sob a rubrica saúde. Tais choques incluem tanto os que podem ser previstos quanto os que não podem. Por sorte, muitos dos riscos dominantes se enquadram bem na proteção por seguro.

Tabela 2

Riscos prioritários em alguns países

País	*Riscos prioritários*
Uganda	Doença, morte, invalidez, perda de bens, risco de empréstimos
Maláui	Temor da morte (especialmente por HIV/AIDS), insegurança alimentar, doença, educação
Filipinas	Morte, velhice, doença
Vietnã	Doença, catástrofes, acidentes, doença/morte de gado
Indonésia	Doença, educação das crianças, colheitas ruins
Laos	Doença, doença do gado, morte
Geórgia	Doença, prejuízo nos negócios, furto, morte de familiar, pensão de aposentadoria
Ucrânia	Doença, invalidez, furto
Bolívia	Doença, morte, perda de bens (incluindo perda de colheita em áreas rurais)

Fonte: Enarson e Wirén, 2005; Matul, 2004; Matul e Tounistky, 2006; Mekong Economics, 2003; McCord, 2005; McCord et al., 2005b; Sebstad e Cohen, 2001.

Embora não seja de se estranhar o predomínio de doença, é fácil que se perca de vista seu duplo impacto em termos de perda de rendimento e aumento das despesas. Para famílias com crianças doentes, pequenas despesas podem rapidamente subir e provocar um grande impacto financeiro. Acidentes e doenças crônicas como malária e HIV/AIDS exigem somas grandes.

Essas esmagadoras pressões financeiras frequentemente têm de ser suportadas por mulheres, muitas das quais assumem a responsabilidade principal pelo bem-estar de suas famílias.

Figura 3 **O impacto dos riscos**

Fonte: Cohen e Sebstad, 2005.

2 A importância de entender a demanda por microsseguros

Em suas primeiras incursões no mercado de baixa renda, as seguradoras ofereceram seus produtos formais num formato diminuído. Na ausência de uma pesquisa de mercado, os prestadores de microsseguro não deram muita atenção à compatibilidade entre seus produtos e as preferências dos consumidores. O resultado foi a oferta de produtos que não estavam bem adaptados ao mercado. Junto com isto, vieram a baixa persistência e a baixa taxa de renovação.

Um melhor entendimento da demanda traz uma formatação de produtos apropriados e identifica os passos que devem ser dados para assegurar a adoção destes produtos pelos pobres. Através de pesquisas de mercado pode-se melhorar a aceitação dos produtos com os quais os clientes potenciais não estão familiarizados através da determinação dos tipos de seguro de que os grupos de baixa renda têm necessidade, que tipos estão ao alcance de sua bolsa e, portanto, quais os produtos vendáveis.

A gama de tópicos para uma pesquisa sobre demanda por microsseguros pode ser bem larga, dependendo de para quê se pretenda usar os dados e do tempo e dos recursos disponíveis. A pesquisa envolve três níveis, cada um visando a um aspecto particular da demanda: 1) entender as necessidades dos clientes, inclusive a maneira pela qual eles lidam habitualmente com a questão; 2) pesquisa específica sobre produtos; e 3) uma análise global do mercado potencial.

O primeiro nível deve ser focalizado no **entendimento das necessidades dos clientes**, e quais os riscos que faz sentido segurar para diferentes grupos de pobres. Envolverá os seguintes pontos:

- Principais riscos das pessoas pobres,
- Impacto destes riscos,
- Mecanismos existentes para enfrentá-los,
- Eficácia destes mecanismos,
- O papel que o microsseguro (ou outros serviços financeiros) pode representar.

Neste nível, a pesquisa dará ênfase aos processos em uso para enfrentar riscos. Informações sobre as práticas correntes e estratégias financeiras usadas pelas pessoas para se prepararem para as ocorrências e como enfrentá-las ajudam a identificar as vulnerabilidades do mercado-alvo. O exame destes mecanismos, especialmente os de seguros informais com base em grupos, que envolvem distribuição de riscos, porão à mostra atributos positivos daqueles seguros que poderão ser incorporados na formatação de microsseguros mais formais. Por outro lado, um melhor conhecimento dessas estratégias ajudará a perceber quais os riscos que poderão ser mais bem enfrentados pelo uso de poupança e empréstimos de emergência. A partir da identificação de necessidades básicas, este tipo de pesquisa determina os atributos apropriados ao produto, tais como o tipo e o valor da cobertura, as exclusões, os modelos de entrega, o valor dos prêmios,

as opções de pagamento, procedimentos para cobrança de prêmios e procedimentos para reclamações.

O segundo nível, **pesquisa específica sobre produtos**, pode ser executado em conjunto com o desenvolvimento e teste de um protótipo e/ou a efetiva venda de determinado tipo de seguro. As pesquisas sobre produtos existentes, que devem ser feitas após o produto estar no mercado por algum tempo, deverão apurar a satisfação e a fidelidade dos consumidores. O foco será a receptividade do produto pelo público, e deverá gerar informações que poderão ser usadas na formatação, distribuição e acessibilidade (em preço) de novos produtos ou no aperfeiçoamento dos existentes. A ênfase deve ser posta em apurar até que ponto os produtos vão ao encontro das necessidades, preferências e capacidade financeira das pessoas de baixa renda (Sebstad et al. 2006).

O terceiro nível de pesquisa se dirigirá ao **tamanho do mercado potencial** para determinado produto de microsseguro.[2] Será estimado o número de compradores potenciais de apólices numa determinada área geográfica, que tenham capacidade para pagar. Será fundamental segmentar o mercado por tipo de seguro e estimar a incidência de sinistros para uma população específica, numa região geográfica definida e dentro de um determinado intervalo de tempo. Estas informações fornecerão elementos para avaliar a exequibilidade financeira de determinado produto, o número necessário de segurados para torná-lo rentável, o preço a ser praticado e demais dimensões do produto dentro do mercado.[3] Este nível de pesquisa também pode pesquisar o uso corrente de seguros, o conhecimento sobre eles e as diferentes atitudes em relação aos conceitos e ao setor de seguros. A pesquisa sobre estes temas ajudará a dimensionar o mercado potencial a curto e médio prazo. Também indicará os segmentos do mercado que tenham usos específicos para os seguros e eventuais problemas de atitude com respeito ao microsseguro. As informações colhidas servirão para formular estratégias que atraiam clientes potenciais.

3 Estratégias correntes: pontos fortes e pontos fracos

Para lidar com impactos e eventos estressantes recomenda-se que sejam tomadas medidas de precaução, embora isto nem sempre seja possível, especialmente entre os pobres. Opções para proteção antecipada contra riscos podem incluir:

- Diversificação das fontes de rendimento,
- Acumular economias e bens, estocar alimentos, investir em moradia e em plano de saúde
- Fortalecer as redes sociais,
- Participar de programas de empréstimos, associações para o bem-estar e outros sistemas informais de seguro em grupo,

[2] Os autores agradecem a Michal Matul por sua contribuição a esta seção.
[3] Tais dimensões incluem publicidade, posicionamento, praça, pessoas e processo.

– Aderir a programas formais de seguro ou de pensão ou outro sistema formal de segurança social,
– Gerenciar cuidadosamente seus recursos, controlando o consumo e mantendo aberto o acesso a variadas fontes de crédito.

Todas estas opções são largamente usadas; no entanto, quando a entrada de recursos é limitada, as famílias pobres com frequência administram os impactos e desastres ex post (*Quadro 4*).

Quadro 4

Os riscos e seu tratamento no Maláui

O povo do Maláui tem plena consciência de que a melhor precaução contra doenças é cuidar bem da saúde de pessoas e animais. No entanto, neste país paupérrimo, a falta de serviços médicos e veterinários, e de acesso a serviços financeiros adequados, é um obstáculo. Adicionalmente, os malauianos veem sua capacidade de lidar com riscos ainda mais diminuída pela falta de transportes e pela precariedade das comunicações.

Fonte: adaptado de Enarsson e Wirén, 2005.

As opções para lidar com perdas ex post são variadas e criativas. Algumas ferramentas tradicionais para lidar com riscos em regime de auto-seguro foram sendo adaptadas, com o passar do tempo, para atender a novas doenças como HIV/AIDS, novas dificuldades como a privatização dos serviços de saúde e mudanças no mercado de serviços financeiros. Cada uma destas ferramentas tem aspectos que podem ser aplicados às famílias de baixa renda, embora os níveis de cobertura e de efetividade possam variar com as opções feitas. São poucos os lares pobres que se limitam a um instrumento para enfrentar os riscos. Eles misturam e emparelham várias opções, dependendo do risco, da perda e de suas posses (*Quadro 5*).

Quadro 5

Estratégias para lidar com riscos no Vietnã

No Vietnã, usam-se com frequência empréstimos para problemas de saúde. A venda de porcos, um importante bem, é frequentemente usada para pagar despesas como mensalidades escolares. Economias podem ser importantes, mas são limitadas. Manter dinheiro em casa é algo desaconselhável pela constante pressão para usá-lo. A próxima estratégia importante é manter suas economias num grupo, como numa associação de crédito e poupança do tipo da ROSCA (*rotating savings and credit association*), embora isto seja visto basicamente como uma medida acautelatória.

Fonte: adaptado do Mekong Economics, 2003.

Como mostra a Tabela 3, as estratégias para lidar com riscos, tanto as ex ante (acautelatórias) quanto as ex post (enfrentando perdas já ocorridas), geralmente

envolvem uma mistura de medidas intrafamiliares (auto-seguro) e interfamiliares, baseadas em grupo (seguros formais e informais). Os tipos e a combinação de estratégias que um indivíduo ou uma família usa serão um reflexo de sua vulnerabilidade. Os prós e contras destes instrumentos são discutidos abaixo.

Tabela 3 **Estratégias usadas frente aos riscos**

Estratégias	*Tipos de risco*		
	Morte	*Saúde*	*Bens*
Auto-seguro	Serviços financeiros Prestamista	Serviços financeiros Renda corrente Família/amigos Venda/empenho de bens Prestamista Compressão de despesas	Serviços financeiros Renda corrente Venda de bens Medidas acautelatórias
Mecanismos informais com base em grupos	Associações de bem-estar (cooperativas para funeral) ROSCAs	Associações de bem-estar Empréstimos de igreja Captadores de fundos ROSCAs	Associações de bem-estar Milícias Guarda particular
Seguro formal	Parcerias entre seguradoras e MFIs	Parcerias entre seguradoras e MFIs Compra de seguro saúde	Parcerias entre seguradoras e MFIs Compra de seguro para a propriedade
Proteção social		Saúde pública Indenização por invalidez	Polícia

3.1 Auto-seguro

O Auto-seguro, que não tem um mecanismo de distribuição de risco, é uma estratégia comum de gerenciamento de riscos entre pessoas de todos os níveis de renda. Por exemplo, dificuldades econômicas que podem causar, em curto prazo, um aumento das despesas domésticas podem comumente ser mitigadas através de crédito, economias ou rendimentos adicionais. Tais mecanismos geralmente funcionam melhor em situações nas quais os riscos têm grande probabilidade de ocorrer, mas, as perdas causadas são relativamente pequenas.

Sacar as economias é mais barato do que usar de crédito para as necessidades esperadas. No entanto, a estratégia de usar poupança é também limitada. É difícil para as famílias pobres juntar recursos suficientes para enfrentar adequadamente os riscos. Os que conseguem alguma poupança relutam em usá-la, pois lutam para preservar aquilo que juntaram com dificuldade tendo em vista um determinado propósito, tal como investir num negócio ou na construção de uma casa (Sebstad e Cohen, 2001). Um estudo feito na Tanzânia mostrou que muitas pessoas com poupanças significativas preferem pedir emprestado a usá-las quando se veem em face de contingências inesperadas (Millinga, 2002). Na Bolívia, muitos pobres urbanos respondem a uma crise pedindo empréstimos (Velasco e del Granado, 2004). Em contraste, na Áfri-

ca do Sul, a poupança tem um papel preponderante no gerenciamento de riscos (Bester et al., 2004).

De uma maneira geral, a solução "crédito" não é boa para perdas maiores, como tratamentos médicos caros ou eventos catastróficos que atingem simultaneamente grande número de pessoas. Contra tais perdas é preciso adotar outras formas de proteção social, assistência a desastres (defesa civil) ou apoio público (Churchill, 2005; Siegel et al., 2001). Uma área na qual o crédito se mostrou eficaz como gerenciamento de riscos foi na concessão de empréstimos de emergência, como os que foram introduzidos no Mali pela organização francesa CIDR. Produto financeiro muito popular nas áreas rurais, os empréstimos são procurados para superar um obstáculo comum na busca de assistência médica, isto é, a necessidade de pagar o transporte até um centro médico. Outra estratégia para enfrentar riscos é garantir o acesso a múltiplas fontes de microcrédito. Tal recurso, porém, tem suas limitações. Os clientes que estejam pagando um empréstimo não podem se candidatar a outro. Há também o risco de um cliente contrair uma dívida superior a sua capacidade de pagamento (*Quadro 6*).

Quadro 6

Gerenciamento de risco e endividamento excessivo na Geórgia

Uma pesquisa na Geórgia revelou que os meios mais usados para lidar com riscos são o excessivo recurso a empréstimos e a venda de bens domésticos. Em longo prazo, o crescimento das dívidas e a diminuição dos ativos aumentam a vulnerabilidade da família. Este é um fenômeno típico de países em processo de transição político-social, nos quais os pobres recentes, lentos em desenvolver suas próprias maneiras de administrar os riscos, ainda esperam que governos ineficientes os ajudem.

Fonte: adaptado de Matul, 2004.

Pedir emprestado a parentes e amigos é um recurso largamente empregado para enfrentar impactos inesperados. No entanto, os montantes disponíveis são geralmente pequenos, especialmente se os possíveis emprestadores estiverem na mesma crise. Além disto, o apoio dado sempre vem com uma expectativa de reciprocidade que, em longo prazo, pode criar novas pressões.

Quando as pessoas enfrentam uma crise tomando empréstimos, estarão comprometendo uma parte de sua renda futura. Se esta cair, a família será forçada a mobilizar mais trabalho (inclusive o de crianças), vender bens ou se afundar ainda mais em dívidas. A hipótese de inadimplência raramente é considerada. As pessoas pobres geralmente se esforçam muito para manter seu acesso ao microcrédito, no mínimo para assegurar que terão acesso a novo empréstimo em futuros apertos (Sebstad e Cohen, 2001).

A venda de bens deve ser um recurso extremo. Com isto, a família perderá sua base produtiva e capacidade de gerar rendimento futuro. Quando os bens de produção são vendidos, a retomada do processo produtivo é bem mais difícil e

estressante. Como foi observado na Albânia, a venda de tais bens para pagar despesas e dívidas é feita com grandes descontos. A família será então novamente castigada quando for buscar fundos para repor os bens vendidos.Uma combinação de impactos sucessivos com reservas exauridas reduz a possibilidade da família retomar a atividade produtiva, recuperar-se e estar pronta para encarar futuros riscos (Cohen e Sebstad, 2005).

As pessoas também buscam o auto-seguro através de outras medidas preventivas. Na África Oriental, os comerciantes investem em grades para suas lojas e em vigilantes noturnos; alternativamente, dormem em suas lojas ou simplesmente levam para casa suas mercadorias ao encerrar o expediente (Cohen e Sebstad, 2005).

3.2 Mecanismos informais em grupos

Em muitos países, as famílias de baixa renda usam diversos tipos de associações de bem-estar para compartilhar os riscos (Tabela 4). Sua finalidade é o apoio mútuo em tempos de crise. Sejam baseadas em grupos étnicos, sejam em áreas geográficas, elas ajudam seus membros a gerenciar seus fluxos de caixa ou partilhar riscos. Muitas delas são organizadas segundo estatutos bem definidos e exigem contribuições para se ter direito de acesso aos recursos do grupo, em dinheiro ou em serviços, para determinada necessidade.

Tabela 4 **Exemplos de sistemas de seguros informais em grupos**

País	*Nome da associação*	*Atuação*
Uganda	*Munno mukabi* (amigos em necessidade)	Requisitos para um enterro, incluindo comida para o velório e embalsamação do corpo
Filipinas	*Damayan*	Sociedades para o bem-estar e enterro
África do Sul	Sociedades para funerais ou enterros[4]	Apoio emocional e ajuda nos preparativos
Indonésia	*Arisans*	Seguro saúde

Quando ocorre um falecimento, as sociedades beneficentes têm se mostrado especialmente aptas para uma pronta resposta. Porém, elas têm uma fraqueza, porque, isoladamente, oferecem uma cobertura limitada e, também, uma série de emergências pode exaurir suas reservas. Como resultado disto, as famílias geralmente pertencem a várias sociedades, incorrendo em altos custos para pagar as taxas de associação (*Quadro 7*).

[4] As sociedades para enterros ou funerais são diferentes das funerárias, que lidam com o corpo, e do seguro-funeral, que provê fundos, embora algumas funerárias ofereçam seguro como um benefício em serviço.

Quadro 7 **Associação a várias sociedades de funeral**

Na África do Sul, as pessoas desejam possuir várias apólices porque cada uma pode ser insuficiente ou cobrir diferentes despesas funerárias. Ser membro de várias sociedades beneficentes também é comum. A primeira servirá para cobrir o custo do funeral, a segunda para suprir alimentos para as crianças, a terceira para enfrentar impactos secundários, manter a família abastecida, as crianças na escola e ajudar na recuperação financeira.

Fonte: adaptado de Bester et al., 2004

Às vezes, uma família sai de uma associação informal para funeral em grupo em sua comunidade, porque foi socialmente excluída ou porque é pobre demais para participar. Na falta deste tipo de apoio, um seguro de vida se torna, com frequência, uma necessidade mais importante do que é para os que não são excluídos social ou economicamente.

Mecanismos informais baseados em grupo também incluem ROSCAs (Associações de Poupança e Crédito Rotativo) e Associações de Poupança e Crédito (ASCAs), usadas como instituições para poupança. Dependendo do valor das contribuições, elas podem ser úteis quando a quantia necessária é relativamente grande. No entanto, estas organizações podem não ter flexibilidade bastante para prover os fundos quando eles são mais necessários, uma vez que os associados têm de entrar numa fila para obter o crédito. Na Indonésia, em caso de emergência, os associados podem requerer uma antecipação na fila, mas o valor que irão receber será diminuído (McCord et al., 2005b). Quando o mecanismo da ROSCA não pode responder prontamente a uma emergência, seus associados comumente criam uma reserva social de capital contra a qual qualquer deles pode sacar em caso de necessidade.

3.3 Seguro formal

O microsseguro é uma nova opção para as famílias de baixa renda. Projetado basicamente para dar proteção à saúde e às despesas com falecimento, esse novo produto até agora tem tido um grau de sucesso variado. Seu mercado-alvo são os indivíduos e famílias pobres que estejam na linha da pobreza ou em seu entorno. Embora as pessoas que estejam bem abaixo da linha de pobreza sejam as que mais precisem de um seguro, elas geralmente não têm condições de pagar por ele.

O tipo mais comum de microsseguro é o microsseguro de vida-prestamista. Como discutido no Capítulo 2.3, é um seguro comum em associações de crédito e outras MFIs, para cobrir a parte não-paga de um empréstimo caso o prestamista morra. Embora o seguro de vida-prestamista possa ser uma boa fonte de receita para uma MFI, os tomadores com frequência questio-

nam o valor do produto e veem nele uma proteção para o emprestador, e não para o tomador.[5]

O seguro-funeral (*ver também Capítulo 2.3*) é popular especialmente em países onde o alto custo de funerais e enterros pode causar pesado endividamento a uma família (*Quadro 8*).

Quadro 8

O alto custo dos funerais em Zâmbia

Em Zâmbia, a seguradora Madison desenvolveu um seguro-funeral que é distribuído através de MFIs. Considerando que os funerais em Zâmbia podem custar entre US$ 300 e US$ 500 (o PIB per capita é de US$ 900), este novo serviço foi um acréscimo bem-vindo aos serviços oferecidos aos pobres. Nas palavras de um cliente: "Thandizo (o novo produto) é um dos melhores serviços que tenho obtido da Pulse (um dos agentes MFIs usados por Madison). Tenho certeza de que não terei de lutar para pagar os custos de funeral de qualquer membro de minha família incluído no seguro e, assim, o rendimento de meu negócio não será afetado."

Fonte: adaptado de Manje, 2005.

Em algumas partes da África e em outros locais, as mulheres ficam especialmente vulneráveis se ocorre a morte do marido, quando perdem seus bens para os parentes (por não haver direitos de propriedade ou talvez o conhecimento necessário sobre a maneira de exercê-los). Para muitas mulheres, a prioridade é um seguro de vida para seus maridos. Caso ocorra a morte delas próprias, elas temem que os maridos, em vez de usar a indenização paga pelo seguro para a educação de seus filhos, como era a intenção, usem-na para arranjar outra esposa. Cada vez mais, ao se preparar para a própria morte, as mulheres estão designando amigos como beneficiários e instruindo-os para usar o dinheiro para pagar a educação das crianças e outras necessidades (Cohen e Sebstad, 2005).

A procura por seguro saúde é grande, mas, sua comercialização é difícil (*ver Capítulo 2.1*). As pessoas querem coberturas abrangentes, mas, com frequência falta-lhes capacidade para pagamento e acesso a serviços de qualidade. Como observado por nepaleses, "na falta de bons serviços de saúde, fazer um seguro saúde é um desperdício" (Simkhada et al., 2000). Acresce que, como discutido no Capítulo 1.3, o papel do Estado como provedor de segurança na saúde não pode ser ignorado. Em muitos países, ele continuará sendo importante para determinar qual o papel que o seguro saúde representará.

[5] Há bastante suporte para este argumento. O número de sinistros pagos anualmente é em geral bem pequeno. Além disto, muitas MFIs colocam um limite de idade para adesão ao programa, buscando assim que os clientes estejam fora do programa quando o risco de sua morte se tornar alto.

A despeito de seu potencial, a demanda efetiva pelos microsseguros ainda não está bem determinada. Muitos microsseguros são vendidos junto com empréstimos, e o prêmio é incluído na taxa de abertura de crédito. Tal fato gera dois efeitos: 1) as pessoas geralmente não estão conscientes sobre quanto estão pagando, e para quê, e 2) quando um cliente pára de pedir empréstimo, ele perde sua cobertura de seguro.

3.4 Proteção social

Para muitos dos trabalhadores pobres, os serviços governamentais de saúde podem ser uma opção para cobrir os riscos inerentes à saúde e a invalidez. No entanto, muitas famílias optam por serviços privados em vez de serviços públicos de má qualidade. De fato, considerando que as famílias de baixa renda, em alguns países, arcam com 80% do custo de sua saúde, muitas dentre elas veem aí uma óbvia oportunidade para os microsseguros (McCord, 2005).

Em países de transição, o declínio da proteção social universal abriu uma brecha e uma oportunidade para o microsseguro. Apesar do declínio do papel do Estado como provedor de saúde pública, o comportamento das pessoas ainda está demorando a mudar. Poucas famílias incluem despesas com saúde em seu orçamento doméstico (Matul, 2006).

Os governos têm obrigação de alocar fundos para a proteção dos desamparados e daqueles sem condições de gerar rendimento suficiente para gerenciar seus riscos. Para este mercado, as seguradoras privadas nunca serão uma opção.

4 Oportunidades para os microsseguros

Para descobrir onde os microsseguros podem constituir uma opção viável na gama de estratégias para gerenciar riscos, é necessário determinar primeiramente quais os riscos que são mais tratáveis através de seguro. O teste ICMIF (da Federação Internacional de Seguro Cooperativo e Mútuo) para riscos seguráveis sugere uma abordagem da questão (*Tabela 5*).

Tabela 5

Teste para determinar se um risco é segurável

- ☐ A perda ocorre de modo imprevisível?
- ☐ A perda é definida em ocasião e valor?
- ☐ A perda cria um significativo impacto na renda?
- ☐ O número de unidades similares sujeitas ao risco é grande?
- ☐ É possível estimar a probabilidade de ocorrer a perda?
- ☐ A distribuição do risco atrairá grande número de clientes sem probabilidade de sinistros (satisfaz o critério da seleção adversa)?
- ☐ A perda é uma perda real para os segurados (se não há casa, não há seguro de casa)?
- ☐ A perda pode ser catastrófica para a seguradora? O mesmo risco afeta mais de uma pessoa ou uma família simultaneamente? O risco é idiossincrático?

Fonte: ICMIF, 2005.

A próxima questão é onde o microsseguro pode agregar valor para o cliente. Na análise antecedente, foi sugerido que o gerenciamento de riscos ocorre geralmente após o sinistro (ex post) e não antes (ex ante) nas famílias pobres. A opção mais comum é o auto-seguro, mas sua eficácia é baixa, porque cobre apenas uma parte dos prejuízos. Isto tem, em curto prazo, um efeito negativo nos rendimentos e nos bens, e em longo prazo afeta a capacidade para enfrentar riscos futuros. As pessoas vão levando a vida com grande dificuldade, tentando se antecipar um pouco a uma próxima crise. Aumentando a cobertura das perdas, um seguro pode ir ao encontro de uma necessidade e assim reduzir as tensões associadas à pobreza.

Os analistas de dados de demanda precisam ser cuidadosos na interpretação dos resultados. Embora os pobres passem por muitos riscos e usem mecanismos imperfeitos para enfrentá-los, isto não necessariamente significa uma demanda por seguros. Nem sempre a experiência com seguros informais baseados em grupo é transferível para o microsseguro. Por exemplo, de acordo com McCord e Buczkowski (2004), embora os membros do CARD MBA nas Filipinas participem em programas tipo damayan, eles têm pouco conhecimento sobre os conceitos e produtos dos seguros formais.

O exame das estratégias para gerenciamento de riscos dá uma percepção sobre os atributos que podem ser usados na formatação e venda de produtos de microsseguro. Esta seção considerará seis aspectos da procura por seguro: 1) cobertura, 2) acessibilidade, 3) tempestividade, 4) fixação do preço e sua modicidade, 5) educação do cliente e 6) segmentação do mercado.

4.1 Cobertura

Cobertura para saúde é de alta prioridade para as famílias de baixa renda na maioria dos países. Os tipos de seguro mais comuns à disposição dos pobres incluem o seguro de vida e o funeral. Em grau menor, há iniciativas nos campos da proteção da saúde, do gado, das colheitas e da propriedade.

Embora o nível de cobertura varie para diferentes produtos, nenhum deles dá proteção completa para as famílias de baixa renda. Muitos clientes gostariam de uma cobertura mais ampla, mas não podem pagar por ela. Na África do Sul, onde existe o seguro-funeral, o custo de um funeral é geralmente coberto por rendimentos, economias, empréstimos e doações, nesta ordem. Benefícios provenientes de seguros, em dinheiro ou em serviço, vêm em quinto e sexto lugar, e representam menos de 20% das despesas (*Financial Diaries*, 2005).

Mesmo tendo acesso aos seguros, as famílias de baixa renda continuarão a cobrir o custo dos choques por uma cesta de serviços financeiros formais, informais e auto-seguro. No desenvolvimento de produtos de seguros é importante se dar conta da complementaridade entre diferentes serviços financeiros e entre diferentes provedores de proteção social, a fim de perceber como eles podem ser usados em conjunto para melhor gerenciar os riscos.

Embora algumas apólices deem cobertura para invalidez, o seguro geralmente provê um único pagamento e não uma reposição de rendimentos ou salários perdidos. Isto gera grande preocupação entre os trabalhadores pobres quando sua saúde afeta sua capacidade de ganhar dinheiro.

Programas flexíveis que oferecem diferentes níveis e tipos de cobertura dão mais opções aos segurados, mas, por outro lado, são mais complexos para administrar e necessitam um melhor nível educacional nos clientes e nos funcionários. Os níveis de cobertura e as características dos produtos, em especial as exclusões, raramente são explicadas com clareza ou são entendidas pelo mercado-alvo. Por exemplo, em Uganda, o desconhecimento dos segurados quanto ao produto adquirido era generalizado, como verificado junto às MFIs que ofereciam coberturas bancadas pela AIG Uganda. Muitos não estavam cientes sobre todos os benefícios incluídos no produto e, com frequência, não faziam distinção entre as pessoas da família cobertas pela apólice e o beneficiário da indenização caso o segurado morresse por acidente. Eles consideravam todas essas pessoas como beneficiárias do seguro (McCord et al., 2005a).

4.2 Acessibilidade

O auto-seguro é a única opção aberta a todos. Os seguros informais baseados em grupos dependem de confiança e reciprocidade, dois fatores também importantes para o sucesso de empréstimos por grupos de solidariedade. O acesso está sempre vinculado ao ser parte de uma rede social. Os grupos servem de base para a distribuição dos riscos e de plataforma para administrar a regularidade das contribuições e o pagamento de indenizações. Tornar-se membro de um grupo é uma via importante para que os pobres possam acumular um capital social e ter acesso a um seguro informal. Não se sabe até que ponto os grupos existentes podem servir de base para expandir o acesso ao microsseguro. Alguns programas mútuos de saúde têm seguido esta rota (*ver Capítulo 4.3*).

A capacidade para obter certidões de nascimento e de óbito, ou carteiras de identidade, também afetam a acessibilidade ao microsseguro. A obtenção de documentação para instruir uma reclamação de sinistro pode representar um desafio ainda maior para as pessoas pobres, especialmente em áreas remotas onde os sistemas burocráticos não funcionam bem, ou em regiões onde grassam conflitos que afetam a segurança e a mobilidade das pessoas. O acesso ao seguro também pode ser afetado pela complexidade dos processos para reclamações e pagamentos. Os seguros formais são frequentemente estorvados com problemas de pagamento de sinistros. O processo de reclamação de sinistros costuma ser sentido como complexo e impessoal por gente cuja experiência prévia em lidar com instrumentos para gerenciamento de riscos é apenas tratar com suas associações comunitárias de bem-estar.

Até agora, as MFIs têm tido um importante papel no desenvolvimento do microsseguro e em fazê-lo acessível aos grupos de baixa renda. Elas levam a vantagem de já terem contato com esses grupos. Há, porém, uma limitação: nem todos os tipos de seguro interessam às MFIs (em termos de reduzir a inadimplência). Outra limitação é que os seguros vendidos por provedores de microcrédito estão geralmente ligados aos empréstimos que fazem e, portanto, disponíveis apenas para seus clientes. Para que o microsseguro se torne disponível para todas as famílias de baixa renda será preciso desvincular este serviço da concessão de crédito, e separar o pagamento dos prêmios da liberação do empréstimo.

4.3 Tempestividade

Por definição, lares de baixa renda são aqueles vulneráveis a impactos em virtude de não terem reservas para cobrir despesas imprevistas. Consequentemente, o pronto ressarcimento das indenizações é crucial para a aceitabilidade do produto. As pessoas da África Oriental e Meridional dão preferência a associações beneficentes porque, para verificar um falecimento, elas pedem pouca ou nenhuma papelada, e os pagamentos são feitos imediatamente. Em contraste, as seguradoras levam meses para pagar sinistros.

4.4 Precificação e capacidade para pagamento

Há evidência de que a demanda por microsseguros é alta e que existe disposição para se pagar por ele. Em alguns países as pessoas estão especialmente interessadas em seguros acoplados a um processo de amealhar recursos. Na Indonésia, por exemplo, a maior prioridade é por um produto que dê segurança a uma poupança feita para educação, com pagamentos a serem feitos conforme a necessidade de pagar certas taxas educacionais (McCord et al., 2005b).

Como os consumidores de microsseguro estão cada vez mais seletivos e heterogêneos, há necessidade de estruturar o pagamento de prêmios de uma forma que faça sentido para os tomadores de apólices. Como discutido no Capítulo 3.3, as seguradoras farão bem se buscarem montar um programa de pagamentos dos prêmios ajustado ao fluxo de caixa dos lares de baixa renda. Neste aspecto, alguns mecanismos informais têm se mostrado mais aptos a se adaptar às necessidades da clientela do que os prestadores de microsseguro. Na Albânia, por exemplo, a organização Opportunity International descobriu que um determinado produto havia falhado não porque as condições ou o preço fossem inaceitáveis, mas, sim porque os prêmios tinham de ser pagos por antecipação. Esta condição não se alinhava com as possibilidades de caixa dos tomadores potenciais (Leftley, 2002).

Então, como determinar a capacidade para pagar? Como notaram Matul e Tournitsky (2006), ela não diz respeito apenas a uma questão de níveis de renda, mas, a um intenso fator subjetivo. O nível de conhecimento sobre finanças in-

fluencia fortemente o que as pessoas pensam que podem pagar; o conhecimento da clientela sobre os tipos de seguro influencia o que eles julgam estar recebendo pelo preço pago.

Existe uma crescente evidência de que alguns tomadores de seguro são muito perceptivos sobre o valor do custo e dos benefícios de uma apólice de microsseguro. Em três países da África Ocidental, o CIDR (francês) descobriu que a contribuição de uma família para um seguro saúde se situa consistentemente em torno de 1,5 a 2,5% da renda familiar. Quando o valor do prêmio passa de 2%, as famílias reduzem o número de pessoas cobertas pelo seguro, evitando aumentar o pagamento do prêmio (Galland, 2005a). Na Ucrânia, uma pesquisa de mercado mostrou que uma diminuição do prêmio de 30% teve como resposta um acréscimo de 10% em tomadores de seguro (Matul, 2006). De fato, pesquisas de mercado são muito importantes para avaliar a capacidade e a vontade de pagar por seguros (*Quadro 9*).

Quadro 9

Buscando entender a demanda por microsseguros no Sri Lanka

Os segurados da Yasiru no Sri Lanka, concluíram que o pagamento de benefícios não estava em proporção com os prêmios que lhes eram cobrados e que a apólice não deixava claro o número de membros da família dentro da cobertura. Uma avaliação das preferências dos clientes levou a um reajuste das condições das apólices, para garantir uma melhor relação entre prêmios e benefícios e também uma maior clareza quanto ao número de membros da família cobertos.

Fonte: adaptado de Fokoma, 2004.

A pobreza limita o número e montante das obrigações financeiras que uma pessoa pode contrair. A experiência de um programa de seguros no Nepal (ligado a MFIs) sugere que muitas famílias pobres acham excessivo pagar um prêmio de seguro junto com a amortização de um empréstimo. Os segurados que já tinham seus seguros saúde não queriam pagar por um segundo seguro saúde voluntário (CMF, 2005). Contudo, a natureza obrigatória de muitos produtos de seguro torna difícil predizer a demanda (e a boa vontade em pagar) entre as famílias de baixa renda por seguros voluntários, nos diferentes níveis de prêmios.

4.5 Educação do Cliente

Que os pobres gerenciam seus riscos não é novidade, mas, para muitas pessoas, usar um seguro com esta finalidade é. Daí resulta que sua adoção traz um desafio para clientes e agentes. Entre os que já ouviram falar de seguros, há considerável ceticismo. Para muitas famílias pobres, o seguro é visto como algo para os ricos. De fato, a confiança no setor de seguros é, em geral, baixa, e avaliações negativas são abundantes. Há uma relutância em pagar adiantado por um serviço que tal-

vez não se venha a receber, especialmente um serviço intangível cuja natureza talvez nem sequer se entenda. Para quem já teve experiência com seguros ou já ouviu sobre a experiência de outros, o escopo limitado da cobertura e a longa demora na regulação e liquidação dos sinistros só fazem aumentar a percepção negativa. Em algumas culturas, não é socialmente aceitável cuidar de eventos negativos: discutir sobre doenças e morte é atrair má sorte.

Se se deseja que o microsseguro tenha sucesso, há uma necessidade vital de educar os consumidores, para mudar essas percepções. O conhecimento e as atitudes de famílias pobres e de agentes de seguro precisam ser melhorados. Ainda que algumas organizações que vendem microsseguros deem aos clientes potenciais informações descrevendo prêmios, benefícios e procedimentos para reclamação de sinistros, isto terá um valor limitado caso falte aos clientes – e frequentemente também aos agentes de seguro – um entendimento básico sobre seguros e gerenciamento de riscos. Como indicado no Quadro 10, muitas pessoas pobres têm interesse em aprender mais sobre seguros.

O sucesso na adoção dos microsseguros não é uma simples questão de assegurar-se que os produtos são apropriados e ao alcance financeiro dos pobres, mas depende também de um certo nível de conhecimento financeiro que permita aos consumidores avaliar o que estarão obtendo quando pagam o prêmio. Mudar o conhecimento, a competência e as atitudes dos consumidores em relação aos seguros, e criar uma cultura sobre o assunto será importante para adoção deste serviço financeiro formal.

Quadro 10

Queremos saber mais...

1. Maláui

Embora os membros da MUSCCO soubessem o que é seguro, não necessariamente eles sabiam o que era uma apólice de seguro. Eles queriam mais informações sobre seguros, incluindo seus custos e benefícios (Enarsson e Wirén, 2005).

2. Uganda

A maioria dos segurados não sabia quanto estavam pagando, quais as coisas que estavam cobertas ou como apresentar reclamações. O agente segurador (de uma MFI) também pouco sabia e, por isto, raramente podia dar alguma ajuda (Cohen e Sebstad, 2005).

3. Guatemala

Os segurados da Columna disseram que queriam ser mais bem informados, mas a empresa não satisfez esta necessidade (Herrera e Miranda, 2004).

4.6 Não existe tamanho único

Pesquisas sobre demanda mostraram que generalizações que abranjam diferentes países e regiões são perigosas no que diz respeito a serviços financeiros para gerenciamento de riscos. O critério de "tamanho único" não se aplica. Por exemplo, no Nepal e na Indonésia há uma demanda limitada por seguro de vida e funeral, porque os custos de um funeral se mantêm num nível que as famílias podem bancar (Simkhada et al., 2000; McCord et al., 2005b). Em contraste, tal tipo de seguro tem alta procura em Uganda e na África do Sul. Em ambos os países, o nível de gastos associados aos ritos funerais é alto; ao mesmo tempo, os sistemas tradicionais de apoio comunitário têm estado sob grande pressão especialmente nas regiões afetadas por HIV/AIDS (Sebageni, 2003; Bester et al., 2004).

Estudos sobre a demanda também mostraram que diferentes segmentos de mercado têm distintas prioridades de seguros. Aquela abordagem tipo "tamanho único" que caracteriza muitos produtos de seguro de vida geralmente não considera diferenças de sexo, local de residência e fase da vida em que o segurado se encontra. Por exemplo, para mulheres pobres de meia-idade, um seguro de vida para seus maridos provavelmente tem mais importância do que o mesmo seguro para elas próprias.[6] As clientes do SEWA Bank na Índia tiveram sucesso no debate sobre este ponto e conseguiram apólices de seguro de vida para seus maridos, embora o gerente do banco tenha pensado que elas não conseguiriam pagar por elas. Na medida que canais alternativos de venda forem sendo usados para alcançar os trabalhadores pobres, como os que estão descritos nos Capítulos 4.4 e 4.5, outros segmentos de mercado serão atingidos, trazendo uma demanda por produtos diferentes ou com outras características.

A experiência com famílias carentes ilustra a importância de atividades complementares em diferentes segmentos de mercado, não apenas para mitigar perdas resultantes de riscos seguráveis (por exemplo, perda da vida), mas também para ajudar a acumular e proteger bens – fortificando assim a capacidade, em longo prazo, das famílias para gerenciar riscos. Eventos importantes como casamentos, mensalidades escolares e despesas com a moradia, com frequência, exercem grande pressão financeira, especialmente para as mulheres. Fazer um seguro dotal ou de poupança pode ser uma solução. Estes produtos "dotais" oferecidos por seguradoras na Indonésia, em Bangladesh e em Ghana, por exemplo, ganharam popularidade entre os pobres (embora o mesmo não tenha ocorrido no Sri Lanka). Eles permitem o acúmulo de reservas, ao mesmo tempo em que protegem os poupadores contra possíveis perdas. Contudo, eles não estão livres

[6] Muitos prestamistas de microfinanceiras preenchem essas características, mas, os regulamentos das MFIs podem estabelecer que elas deixem o programa aos 55 ou 60 anos, quando elas pararão de contribuir e seus filhos não mais receberão benefícios caso elas morram. Sob estas circunstâncias, o que têm elas a ganhar com um seguro de vida?

dos riscos em longo prazo associados à macroeconomia e à estabilidade das corporações, e podem não ser o modo mais barato para os pobres gerenciarem seus riscos (*ver Capítulo 2.2*).

5 Conclusão

O crescente número de estudos de demanda está formando uma base confiável de informações que podem ser usadas para estimar a demanda do mercado e para formatar produtos adequados a determinados países. Isto tem permitido aos provedores de seguros por de lado o processo de simplesmente adelgaçar produtos existentes, destinados originalmente à classe média, e, em seu lugar, desenvolver produtos e serviços destinados a bem servir a "base da pirâmide" (BDP).

O mercado para o microsseguro é vasto. Todos os participantes – seguradoras, seus agentes, segurados – têm muito a lucrar com um mercado bem servido. Porém, levará algum tempo até que todos trabalhem em sintonia. Na ausência de uma forte cultura sobre seguros entre as famílias carentes, a demanda em muitos lugares ainda está se desenvolvendo. Onde o seguro produziu efeito positivo entre as famílias de baixa renda – com coberturas adequadas, acessibilidade, preços acessíveis e condições bem compreendidas – ele encontrou notável e crescente sucesso. Ele reduz a vulnerabilidade dos pobres, permitindo que eles tenham um comportamento pró-ativo, em vez de reativo, e assim possam planejar para o futuro. Com melhor controle financeiro, os pobres terão mais opções. As pesquisas sobre as necessidades da clientela devem continuar a ter um papel fundamental no desenvolvimento, com sucesso, de produtos de microsseguro.

1.3 O aspecto da proteção social nos microsseguros

Christian Jacquier, Gabriele Ramm, Phlippe Marcadent e
Valérie Schmitt-Diabate[1]

Os autores agradecem os comentários feitos por Bruno Galland (CIDR) e Rüdiger Krech (GTZ).

1 Introdução

O acesso à seguridade social é um direito humano fundamental. Além disto, seguridade social e proteção social são dois fatores cada vez mais reconhecidos no debate global como indispensáveis para redução da pobreza, desenvolvimento econômico sustentável, globalização justa e trabalho digno. A este respeito, a Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização enfatizou que é indispensável aceitar que um mínimo de proteção social seja parte integral da base sócio-econômica da economia global. A proteção social é também uma ferramenta-chave para que as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) sejam atingidas.

Daí decorre que proteção social é muito mais do que apenas um instrumento para as pessoas gerenciarem riscos. É uma ferramenta abrangente e coletiva para reduzir a pobreza, a desigualdade e a vulnerabilidade. Ela promove equidade e solidariedade por meio de redistribuição. E provê razoável acesso a serviços de saúde, garantia de rendimentos e serviços sociais básicos. Todavia, mais da metade da população do mundo não desfruta de qualquer forma de proteção social.

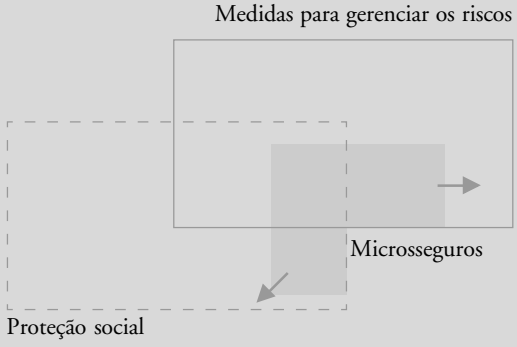
Estando excluídas de proteção social, comunidades locais estão tomando iniciativas para organizar programas de microsseguro. A distribuição é feita através de várias organizações e cobrem vários riscos e contingências, incluindo saúde, maternidade, vida e invalidez. Alguns dos programas não se limitam a ser instrumentos para gerenciamento de risco, mas têm potencial para contribuir na extensão da proteção social a grupos excluídos. Além disto, tais programas podem aperfeiçoar a coordenação dos provedores de proteção social (assistência médica) e aportar recursos suplementares que melhoram a proteção social como um todo. Isto é particularmente necessário quando o Estado tem capacidade financeira e institucional limitadas.

[1] Este capítulo é adaptado de um documento a ser publicado pela OIT e pela GTZ intitulado *O papel do microsseguro como ferramenta para enfrentar riscos no contexto da proteção social*. Exemplos referentes ao

Os programas de microsseguro podem ser componentes dos sistemas de proteção social, como ilustrado pela Figura 4, ainda que isto tenha algumas implicações:

– Os programas de microsseguro podem assumir certas funções de proteção social, tais como redistribuição através de subsídios cruzados internos ou canalizando subsídios públicos para seus membros.
– Os programas de microsseguro não devem ser avaliados apenas pelos aspectos técnicos (por exemplo, viabilidade financeira) mas também por sua capacidade para atingir resultados de proteção social; o impacto sócio-econômico desses programas em seus membros e no público em geral deve ser levado em consideração.
– Um mercado não-regulamentado pode não trazer um pacote de benefícios que seja eficaz para os pobres.
– Os programas de microsseguro podem ter um papel importante em dar a seus membros poder de decisão, participando na formatação dos produtos, na escolha do pacote de benefícios, no estabelecimento de preços accessíveis e na organização do programa.

Figura 4 **O entorno do microsseguro**



No entanto, programas de microsseguro isolados e auto-financiados têm grandes limitações em sua capacidade de se tornarem mecanismos de proteção social sustentáveis e eficientes, capazes de atingir grandes segmentos das populações excluídas. Seu potencial pode, no entanto, ser aumentado se forem incluídos pelos governos nas estratégias nacionais de proteção social, ligando-os a outros componentes de proteção, de forma a criar, progressivamente, um sistema mais coerente, eficiente e equitativo.

Este capítulo explorará as relações entre a proteção social e o microsseguro, começando pela definição de segurança social e proteção social. Dentro desse contexto, o capítulo definirá o microsseguro e prosseguirá ilustrando seu potencial e suas limitações. Finalmente, serão apresentados alguns exemplos sobre como o microsseguro pode ser usado para estender proteção social às populações excluídas e superar algumas de suas limitações inerentes.

2 O que é seguridade social? O que é proteção social?

2.1 Definição, objetivos e funções principais

De acordo com a OIT (2000), **seguridade social** é a proteção que uma sociedade dá a seus membros através de uma série de medidas públicas:

- Compensação por uma ausência (ou grande diminuição) de rendimentos do trabalho resultante de várias contingências (nomeadamente doença, maternidade, acidente de trabalho, desemprego, invalidez, velhice ou morte do arrimo da família),
- Prover serviços de saúde,
- Prover benefícios para famílias com filhos[2]

A **proteção social** não inclui apenas a previdência social pública, mas também programas privados não-oficiais com objetivos similares, tais como sociedades de benefícios mútuos e planos de pensão de categorias profissionais, desde que as contribuições para estes programas não sejam totalmente determinadas pelas forças do mercado.

Esta definição de proteção social é apenas uma dentre várias abordagens possíveis.Outras organizações, como o Banco Mundial e o Banco de Desenvolvimento da Ásia usam concepções mais holísticas de proteção social ("gerenciamento social dos riscos"). Eles incluem uma gama mais ampla de contingências – qualquer coisa que afete a segurança de rendimentos de um indivíduo – o que, naturalmente, se entrecruza com outras políticas setoriais, tais como educação ou trabalho. Esta visão mais abrangente inclui não apenas os mecanismos de proteção, mas também intervenções para promover um aumento de posses ou de oportunidades econômicas (como programas de microfinanciamento, sustentação de preços ou subsídios a commodities). De fato, os conceitos sobre proteção social estão ainda em discussão, por exemplo, na Rede sobre a Diminuição da Pobreza apoiada pelo Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OECD.

Independentemente desta ou daquela definição, a proteção social é uma importante ferramenta para evitar a pobreza e fortificar a capacidade dos pobres para

[2] A OIT tem várias convenções de previdência social que tratam da implementação prática deste direito humano. A mais importante é a Convenção de Padrões Mínimos de Seguridade Social, 1952 (nº 102). Ela define nove campos de previdência social e as respectivas contingências cobertas: cuidados médicos, auxílio doença, auxílio desemprego, auxílio à velhice, auxílio a acidente do trabalho, auxílio-família, auxílio-maternidade, auxílio-invalidez e auxílio ao sobrevivente. Além disto, introduz o conceito de mínimas condições de previdência social que devem ser atingidas por todos os estados-membros. Para levar em conta as diferentes condições das várias nações, as convenções da OIT sobre previdência social contêm cláusulas de flexibilidade com relação à população coberta e o escopo e nível dos benefícios concedidos. Também dão às nações total liberdade na organização de seus esquemas de segurança social. Em outras palavras, estas convenções afirmam o direito de todos à previdência social, mas reconhecem as dificuldades práticas em implementar este direito, face às realidades sociais existentes pelo mundo afora.

escapar dela. Por exemplo, algumas medidas de proteção social consistem numa transferência direta de fundos aos mais pobres (identificados por meio de testes sobre os meios de que dispõem), o que tem um efeito direto, pelo menos, temporariamente, sobre a pobreza. A proteção social também reduz a pobreza mediante seu impacto positivo sobre o desempenho econômico e a produtividade. Tal medida pode ser vista como um fator produtivo por três razões principais (OIT, 2005b):

1. A proteção social ajuda as pessoas a **lidar com riscos importantes** e perda de rendimento. Com este efeito, ela pode melhorar e manter a produtividade dos trabalhadores, além de criar possibilidades de novos empregos. Por exemplo, sistemas de saúde ajudarão a manter os operários em boa saúde e curar os que ficarem doentes. Similarmente, programas referentes a acidentes do trabalho ajudam a prevenir acidentes e doenças, além de reabilitar trabalhadores acidentados.
2. A proteção social pode ser uma ferramenta fundamental para **propiciar mudanças na economia** e no mercado de trabalho. Exemplificando, o seguro-desemprego cria um sentimento de segurança envolvendo os trabalhadores, que lhes dá coragem para tomar decisões mais arriscadas que podem resultar em maiores rendimentos para eles e para a economia.
3. A proteção social pode **estabilizar a economia** ao prover rendimentos que tenham sido interrompidos, diminuindo os efeitos recessivos de uma baixa de consumo e, assim, evitando um agravamento da situação pela falta de confiança dos consumidores e seu efeito negativo na demanda doméstica. Por exemplo, o seguro-desemprego e as pensões ajudam a manter algum poder de compra após a perda do emprego ou a aposentadoria.

A proteção social sustenta princípios positivos como a solidariedade, a dignidade e a igualdade. A **solidariedade** aparece quando todos contribuem para um pecúlio comum de acordo com sua capacidade e sacam dele conforme sua necessidade (dentro de limites fixados pelas regras internas do programa). A solidariedade também pode aparecer pela redistribuição de fundos arrecadados por impostos. O nível de solidariedade irá depender da natureza dos instrumentos usados: enquanto os impostos e contribuições relativos à renda são usualmente progressivos, os impostos sobre consumo e os prêmios de preço global têm efeito regressivo.

A proteção social está ligada ao princípio de **dignidade**, pois dá às pessoas o direito a uma vida decente a despeito dos fatores adversos que possam afetá-las. Diferentemente da caridade, a proteção social integra as pessoas num processo de troca, segundo o qual elas têm o direito de receber e a obrigação de dar. Sua dignidade é reconhecida por lhes ser dado o direito de contribuir. A proteção social é também ligada ao princípio da **igualdade** (inclusive de sexo) e da não-discriminação quando direitos iguais são dados a todas as pessoas sujeitas aos mesmos riscos e mesmas aflições.

A junção dos princípios de solidariedade, dignidade e igualdade dentro da proteção social ajudam a estimular a coesão social, a inclusão e a paz, que são pré-requisitos para um crescimento econômico estável em longo prazo. Ademais, o papel integrador da proteção social traz para o centro da sociedade indivíduos ou grupos antes excluídos, dando-lhes apoio para encontrar emprego e para se tornarem ativos e, possivelmente, até contribuintes (Piron, 2004). Finalmente, a proteção social pode ser uma ferramenta para dar poder e participação na economia formal por meio de representação, tanto na economia formal (com programas legais de proteção social) quanto na informal (com programas de proteção social baseados na comunidade). Tal participação é um caminho para reforçar a democracia.

A concepção da OIT sobre proteção social (definição e funções) é compartilhada por muitas instituições pelo mundo afora. Recentemente, as mais importantes federações e organizações representando o setor de cooperativas e seguros mútuos formaram a Aliança Internacional para Extensão da Proteção Social.[3] Seus valores, visões e princípios estão juntados no "Consenso de Genebra" 2005, onde está reconhecido que "segurança social é um direito humano fundamental e universal". O Consenso também enumera os princípios e valores básicos com relação à segurança social – tais como solidariedade, redistribuição, papel no desenvolvimento econômico e social, importância da eficiência, relevância, boa governança e viabilidade financeira – e sugere que os valores do movimento cooperativo e mutualista sejam mantidos em alta consideração (por exemplo, justiça social, extinção da exclusão e discriminação, atividade sem ter o lucro por objetivo, participação e busca de uma voz ativa).

2.2 Disjunção (hiato) entre direito e realidade

A definição de seguridade social como um direito humano parte dos princípios da universalidade e da igualdade: todo ser humano tem igual direito à seguridade social, o que implica em duas condições.

1. Os Estados têm obrigação de tomar medidas que garantam tal direito.
Eles devem tomar as medidas legislativas, administrativas, orçamentárias judiciais e quaisquer outras para assegurar que este direito será garantido a suas populações. Tal obrigação não significa que o Estado tem de prover proteção social diretamente; mas, ele deve facilitar ou encorajar ações de terceiros neste sentido. A obrigação se refere mais à conduta: os governos devem dar os passos

[3] Seus membros incluem a ISSA (International Social Security Association), a AIM (Association Internationale de la Mutualité), a ICA (International Cooperative Alliance), a ICMIF (International Co-operative and Mutual Insurance Federation), a IHCO (International Health Co-operative Organization), WIEGO (Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing) e a OIT. Para mais detalhes sobre a International Alliance, ver www.social-protection.org.

necessários para garantir um determinado direito. A obrigação também pode se referir a um resultado: os governos precisam alcançar determinados objetivos para satisfazer a determinado padrão. Ademais, há uma obrigação da comunidade internacional, ainda não reconhecida oficialmente, de dar apoio aos governos carentes de recursos para garantir os direitos humanos, inclusive os relativos à seguridade social. Este princípio está em linha com a ideia que levou à criação do Fundo Global contra a Malária, a Tuberculose e a HIV/AIDS.

2. Todos têm direito a um nível mínimo de proteção social, **sem exceção ou discriminação**. Esta franquia inclui um acesso equitativo à proteção social independentemente das condições de idade, sexo, saúde, residência, ocupação ou nível de renda do indivíduo. Este direito a um mínimo nível de proteção social é frequentemente usado para justificar projetos de transferência de valores dos mais ricos para os mais pobres.

Apesar disto tudo, em muitos países em desenvolvimento o nível de proteção social é melancolicamente baixo: ela alcança apenas uma pequena parte da população e oferece proteção contra uma limitada gama de riscos. Na África sub-sahariana e na Ásia Meridional, apenas 5 a 10% da população estão cobertos por um sistema legal de segurança social, compreendendo geralmente aposentadorias e acesso a serviços médicos (OIT, 2001). Em alguns dos países da área, o percentual da população coberta está até mesmo encolhendo, devido a políticas de ajuste estrutural, privatizações e desenvolvimento da economia informal.

Até a última década, as estratégias de proteção social estavam baseadas na premissa de que a economia formal iria progressivamente avançar sobre a economia tradicional, e que, portanto, a seguridade social iria progressivamente cobrir uma maior porção da força de trabalho. Isso, no entanto, não tem acontecido. Em muitos países em desenvolvimento, a maioria dos postos de trabalho criados na última década ocorreu na economia informal (OIT, 2002a). Hoje em dia, o emprego informal compreende de metade a três quartos de todos os postos de trabalho não-agrícolas nos países em desenvolvimento. Se incluirmos o emprego informal na agricultura, a proporção aumenta significativamente, por exemplo, de 83 para 93% na Índia, de 55 para 62% no México e de 23 para 34% na África do Sul (OIT, 2001). Apesar das tentativas feitas por alguns países, a extensão da cobertura legal de segurança social aos trabalhadores na economia informal tem sido insuficiente.

2.3 Prioridade para estender a cobertura de proteção social

É, portanto, necessário encontrar outros meios de transformar o direito à proteção social numa realidade. Na conferência da OIT em 2001, governos e organizações representativas de empregados e empregadores de 160 países acordaram um novo consenso de seguridade social; eles concordaram admiravelmente que a mais alta prioridade deveria ser dada para políticas e iniciativas que levassem a seguridade social àqueles que não têm nenhuma, e propuseram várias maneiras de chegar a este objetivo.

Quando esses grupos não puderem receber cobertura imediata, o seguro – numa base voluntária, se possível – ou outras medidas, como assistência social, poderiam ser introduzidas e integradas com o sistema de previdência social em estágio posterior, quando o valor dos benefícios tenha sido demonstrado e quando tal integração for economicamente sustentável. Cada grupo tem diferentes necessidades e alguns têm uma capacidade de contribuição muito pequena. Para que a ampliação do sistema de previdência social tenha sucesso, será preciso levar em conta essas diferenças. O potencial do microsseguro também deve ser rigorosamente explorado: mesmo que ele não possa ser a base e um sistema de previdência social abrangente, poderá ser um primeiro passo útil, especialmente para atender à urgente necessidade das pessoas com relação a cuidados médicos. Políticas e iniciativas para extensão da cobertura deveriam fazer parte de uma estratégia para uma previdência social integrada, de âmbito nacional (OIT, 2001).

Por uma sugestão surgida na Conferência, a OIT lançou em 2003 uma "Campanha Global de Previdência Social e Cobertura para Todos".

Em face da presente situação, na qual um grande (e crescente) número de pessoas está fora da proteção social, é necessário imaginar estratégias pró-ativas para ampliá-la. Tais estratégias têm por objetivo aumentar o número de pessoas cobertas e o escopo da proteção oferecida. Vários mecanismos podem ser usados para implementá-las, tais como:

- Programas de previdência social podem estender os benefícios existentes ou ampliá-los aos grupos excluídos, numa base voluntária ou compulsória. A inclusão desses grupos poderá melhorar a eficácia do sistema através de uma governança e um desenho de produtos mais adequados.
- Podem ser criados programas especiais de seguridade social para os grupos excluídos.
- Podem-se implementar benefícios universais cobrindo toda a população-alvo sem qualquer condição (por exemplo, idade máxima) ou verificação de renda.
- Programas de assistência social dirigidos a grupos vulneráveis específicos também podem ser implementados: dispensas, pensões sociais/benefícios em di-

nheiro, transferências condicionais de fundos (por exemplo, baseadas em frequência escolar)
– Uma opção complementar é estimular e apoiar o desenvolvimento do microsseguro e outros sistemas de previdência social descentralizados e inovadores para prover proteção social através de comunidades, de parceiros sociais[4] e outras organizações da sociedade civil.

---

3 **O que é microsseguro?**

Como descrito no Capítulo 1.1, um programa de microsseguro pode ser constituído por uma organização, como uma sociedade de benefícios mútuos. Pode ser também um conjunto de instituições trabalhando em colaboração, como seguradoras e microfinanceiras oferecendo seguro aos pobres. Ou pode ser um produto de seguro oferecido por uma organização que opera em outras atividades, como uma cooperativa agrícola que ofereça seguro a seus associados.

Programas de microsseguros são frequentemente iniciados por organizações de sociedade civil. A cooperação entre estas organizações e programas formais de proteção social (por exemplo, seguradoras), instituições públicas (departamentos de saúde, trabalho e assuntos sociais) e prestadores de serviços (serviços de saúde, administrações terceirizadas) tem sido cada vez mais comuns. Às vezes até municipalidades ou autoridades locais se envolvem na oferta de microsseguro.

Para que um programa seja interessante do ponto de vista da proteção social, alguns de seus beneficiários deveriam ser excluídos de programas formais de proteção, particularmente trabalhadores informais e rurais, e suas famílias. Um sistema de microsseguros difere dos programas que dão proteção social legal aos trabalhadores do mercado formal. Associar-se não é compulsório (embora possa ser automático). Os membros contribuem, pelo menos em parte, com os prêmios necessários para pagar os benefícios. Sendo geralmente baixa sua capacidade para contribuir, a cobertura oferecida por esses programas é – na ausência de subsídios – geralmente limitada, compreendendo um número pequeno de riscos cobertos e baixos níveis de benefícios.

Como se discutiu no capítulo anterior, os trabalhadores da economia informal e suas famílias tipicamente desejam cobertura para doença e morte; a procura de proteção para outros riscos não é tão difundida, embora possa ser significativa em certos mercados (como a cobertura para gado e safras em áreas rurais). Em termos de disponibilidade, nem todos os produtos de microsseguro estão disponíveis em todos os países. Alguns produtos podem ser bem comuns numa região, mas quase inexistentes em outra. Por exemplo, microsseguro de

[4] A OIT é um fórum incomparável para os governos interagirem com as organizações de empregados e empregadores, também conhecidos como parceiros sociais. Na governança tripartite da OIT, essas organizações falam em pé de igualdade com os governos na lavratura das políticas e dos programas.

vida raramente é encontrado na África Ocidental, mas é relativamente desenvolvido em alguns países asiáticos.

A seguir, alguns dados sobre microsseguro levantados em (2003/2004) em 11 países africanos, na Índia, em Bangladesh, no Nepal e nas Filipinas (OIT/STEP 2003/2004):

– O microsseguro saúde é predominante na África (100 por cento dos programas pesquisados) e nas Filipinas (70% dos programas forneciam seguro saúde); esta modalidade fica em segundo lugar na Índia (56% dos programas) e no Nepal (52%), sendo menos importante em Bangladesh (39%);
– O microsseguro de vida é o mais comum em Bangladesh (72 por cento dos programas pesquisados forneciam esta modalidade), nas Filipinas (66 por cento) e na Índia (60%); é menos comum no Nepal (38%); e
– Exemplos de microsseguro para safras foram encontrados somente na Índia (dois programas em 2004); planos de pensão existiam na Índia (4% dos programas pesquisados) e nas Filipinas (24%).

4 Potencial e limitação do microsseguro como um mecanismo de proteção social

Nem todo microsseguro cumpre o papel de ampliar a proteção social. Alguns produtos – tais como microsseguro de bens, de gado, de moradia e de crédito, este último cobrindo apenas o saldo devedor de empréstimos – embora certamente benéficos, não proporcionam proteção social em seu sentido estrito.Em contraste, outros produtos que se referem a saúde, vida, aposentadoria e invalidez estão ligados às nove contingências especificadas na Convenção sobre Seguridade Social (nº 102) da OIT e, portanto, têm um papel na extensão da proteção social.

4.1 Contribuições positivas do microsseguro para a extensão da proteção social

Onde os governos têm uma capacidade financeira e institucional limitada, os programas de microsseguro podem levantar recursos suplementares (financeiros, de mão-de-obra etc) que beneficiam o setor de proteção social como um todo. Mais especificamente, o microsseguro saúde ajuda a melhorar o acesso a cuidados médicos abaixando as barreiras financeiras que atrasam ou impedem tal acesso. Em alguns casos, a qualidade do serviço é até melhorada, por exemplo quando os programas assinam acordos com os prestadores de serviços médicos especificando a qualidade do atendimento. Contratos com os prestadores também tornam mais claros os valores cobrados e tendem a melhorar a administração do setor de saúde.

O microsseguro também tem vários efeitos positivos na participação da sociedade civil e na concessão de poderes dos grupos sócio-ocupacionais, inclusive

mulheres. Por exemplo, como muitos dos programas são estabelecidos e operados por associações femininas, eles contribuem para fortalecer a capacidade de elas resolverem suas necessidades de saúde inclusive aquelas ligadas à sua função reprodutiva.

Além disto, como mecanismo para ampliar a proteção social, o microsseguro apresenta outras vantagens comparativamente aos programas clássicos de previdência social:

1. O microsseguro pode alcançar grupos excluídos da previdência social legal, tais como os trabalhadores na economia informal e os trabalhadores rurais.
2. O custo operacional para atingir estas populações pode ser menor, uma vez que os programas de microsseguro são, com frequência, operados por organizações descentralizadas da sociedade civil, muitas vezes administradas por voluntários e localizadas na vizinhança das moradias da população-alvo.
3. Os benefícios oferecidos pelo microsseguro são frequentemente formatados em parceria com a população-alvo. Esta participação é especialmente expressiva nas Associações de Benefícios Mútuos, nas quais o pacote de benefícios é votado pela Assembleia Geral. Em outros programas, os grupos-alvo são geralmente consultados através, por exemplo, de inquéritos domiciliares. Daí resulta que o microsseguro corresponde, com frequência, às necessidades da população e à sua capacidade de pagamento.
4. Os programas comunitários em geral têm menos problemas com fraudes e abusos do que um sistema centralizado de proteção social, pois os membros geralmente se conhecem, pertencem à mesma comunidade e partilham dos mesmos interesses. Por outro lado, tais programas podem ter dificuldade em receber contribuições regulares, o que resulta em problemas de baixa fidelização e desafios a sustentabilidade. Alguns programas remediam a questão de baixa renovação fazendo contratos de seguro em grupo com grupos ocupacionais organizados (por exemplo, cooperativas).

O desenvolvimento do microsseguro está em andamento, com uma proliferação de novas organizações, principalmente na Índia. Por exemplo, o levantamento OIT/STEP (2004) encontrou 60 programas de microsseguro abrangendo 5,2 milhões de pessoas. O levantamento está sendo atualizado; o atual (2006) número de programas chega a 71, cobrindo mais de 6,8 milhões de pessoas na Índia, e 240 outros programas em 8 países da Ásia cobrindo 25 milhões de pessoas. Isto indica que tais programas respondem a uma demanda real e conseguem resolver um certo número de problemas, pelo menos em nível local.

4.2 Limitações atuais do microsseguro como mecanismo de ampliação de proteção social

Apesar das vantagens citadas, algumas características do microsseguro limitam a contribuição que ele possa dar na ampliação da proteção social.

1. Embora esteja se tornando mais encontradiço, muita gente que está fora da proteção social legal ainda não está coberta pelo microsseguro. De fato, muitos dos programas de microsseguro (particularmente na África) têm grande dificuldade em estender seu alcance geográfico ou sócio-ocupacional e aumentar o número de seus associados.
2. Muitos programas de microsseguro têm pouca viabilidade e sustentabilidade. Estes dois pontos têm ligação (especialmente na África) com um gerenciamento deficiente, por falta de recursos para contratar uma equipe competente, e com sistemas inadequados de informações, que torna difícil o acompanhamento das operações.
3. A capacidade de contribuição dos associados é muito baixa, o que conduz a benefícios muito limitados, a não ser que haja subsídios.
4. A maioria dos programas não pode assumir as funções usualmente desempenhadas pelos sistemas legais de segurança social – como redistribuição entre os segmentos rico e pobre da população – porque as contribuições que recebem são em geral fixadas em valor único. Além disto, poucos programas atingem os segmentos mais pobres dos grupos excluídos, pois estes não podem contribuir.
5. Em muitos países, a estrutura das leis e regulamentos não é adequada para esses programas e, portanto, não facilita sua expansão.
6. Os programas de microsseguro são geralmente organizações autônomas. Seus objetivos podem não estar alinhados com a estratégia governamental para a questão da seguridade social, e seus administradores podem não querer participar do sistema nacional de proteção social, por temerem a perda de autonomia de seus programas.

5 Como se poderá usar o microsseguro para ampliar a proteção social?

Um número cada vez maior de governos considera o microsseguro como uma ferramenta para a extensão de proteção social, e incluem este mecanismo em suas estratégias para ampliá-la. Em diversos países o microsseguro já é parte do processo para implementar progressivamente sistemas de proteção social mais coerentes e integrados:

– Na Índia, o uso do modelo parceiro-agente é o preceituado (*ver Capítulo 5.2*) e isto aumentou a aceitação do seguro pelos grupos-alvo;

– No Senegal, os programas de microsseguro são mencionados na estratégia nacional para a proteção social como um mecanismo-chave para estender a proteção social;
– Em Rwanda e Ghana, o Estado implementa programas nacionais de proteção social da saúde através de organizações mútuas de base distrital e comunitária;
– Na Colômbia, o governo dá subsídios que permitem aos pobres comprar seguro saúde e até estimula a competição entre prestadores de microsseguro e outras organizações para servir o mercado de baixa renda (*Quadro 11*).

Quadro 11

A extensão da proteção social através do microsseguro na Colômbia

No bojo da reforma do sistema de saúde pública na Colômbia em 1993, foi introduzido um programa especial (Régimen Subsidiado de Salud) para financiar cuidados médicos para os grupos pobres e vulneráveis que não têm condições de contribuir para o sistema geral de seguros.

Os fundos são levantados através de contribuições de solidariedade coletadas através do programa de contribuições sociais para a previdência, às quais se juntam vários subsídios governamentais. Eles são então encaminhados a várias instituições, inclusive 8 associações de benefícios mútuas federadas sob um órgão nacional, Gestarsalud, que presentemente cobre 60% do mercado, "cajas de compensación" (20% do mercado) e diversas seguradoras comerciais privadas, que também cobrem 20% do mercado. Hoje em dia, este vitorioso programa subsidiado cobre 18,5 milhões de pessoas.

Fonte: adaptado de Pérez, 1999.

Há três maneiras de superar as limitações mencionadas acima. Primeiro, é necessário continuar a desenvolver o microsseguro para aumentar a população coberta, melhorar o pacote de benefícios e fortificar as capacidades dos programas. Segundo, é necessário desenvolver os canais com outros agentes e instituições. Terceiro, o microsseguro necessita ser mais integrado em sistemas coerentes e equitativos de proteção social.

5.1 Desenvolvimento ulterior do microsseguro

A continuação do desenvolvimento do microsseguro terá várias consequências para todos os envolvidos, inclusive aqueles que promovem e operam os programas, e também para o Estado.

Para promotores e operadores, este desenvolvimento poderá significar uma mudança na maneira pela qual os programas vêm operando. A administração precisa se tornar mais profissional para que os programas possam lidar com a crescente complexidade do atendimento às necessidades do grupo-alvo. Uma das maneiras de se conseguir isto é terceirizar algumas funções gerenciais com organizações especializadas. Pode também significar montar novos programas visando a organizações maiores, como sindicatos, cooperativas e associações profissionais. Programas mais robustos poderão prover coberturas mais amplas, particularmente para cobrir riscos maiores, como hospitalização, além de serem mais sustentáveis por terem mais capacidade para acumular reservas financeiras.

Como descrito no Capítulo 5.3, o Estado também pode apoiar o desenvolvimento do microsseguro, ajudando na promoção e na sensibilização da opinião pública (particularmente da população-alvo). Outras medidas governamentais poderiam incluir:

- Reforçar a capacidade dos programas de microsseguro através de um gerenciamento aperfeiçoado e de sistemas de monitoração,
- Fortalecer a viabilidade e a capacidade financeira dos programas, por exemplo, através de resseguro ou de fundos garantidos,
- Criar estruturas de apoio como associações ou redes que possam dar suporte técnico e treinamento aos programas de microsseguro,
- Facilitar a troca de informações entre os vários operadores para garantir que experiências de sucesso poderão ser reproduzidas em outros grupos ou outras áreas geográficas,
- Formular recomendações sobre formatação: pacote de benefícios, critérios de admissão de associados, administração, métodos de pagamento aos prestadores de cuidados da saúde, e
- Estabelecer sistemas para produzir informações (estatísticas, índices) que poderão ser usados pelos programas para calcular com mais precisão o custo de seus produtos.

5.2 O desenvolvimento de canais de comunicação

Uma estratégia-chave para fortalecer o microsseguro e compensar algumas e suas fraquezas é criar canais de comunicação entre seus operadores e outras organizações, instituições ou sistemas. A Tabela 6 fornece alguns exemplos, classificados conforme o tipo de mecanismo usado e os parceiros potenciais.

Tabela 6 **Tipologia dos canais para os microsseguros**

Mecanismos	*Agentes*/parceiros
– Subsídios (locais, nacionais, internacionais)	– Outros programas de microsseguros, federações de programas
– Contrato com prestadores de seguro saúde	– Organizações de sociedade civil, mútuas, MFIs, sindicatos, cooperativas, associações etc
– Terceirizar funções gerenciais	– Prestadores de serviços, por exemplo, assistência médica, TPAs (administração terceirizada)
– Assistência técnica	– Setor privado, indústria farmacêutica
– Consolidação financeira (resseguro, fundos garantidos)	– Governo central e local
– Distribuição dos produtos de seguro	– Programas de saúde pública
– Distribuição de serviços preventivos (imunização, tratamento e teste para AIDS, assistência social).	– Programas de assistência social, transferências de dinheiro
– Discussão e ajuste de preços	– Programas de seguridade social, seguradoras públicas e privadas
– Troca de informações, práticas	– Cooperação internacional
– Regulamentos, controle	

O compartilhamento de funções ou responsabilidades de acordo com as principais competências de cada qual pode criar complementaridades, economia de escala e tornar os programas mais eficientes. Exemplos de canais incluem: a Yeshasvini, na Índia, terceiriza funções de gerência com uma TPA (*ver Capítulo 4.6*); em muitos países, seguradoras formais distribuem seus produtos através de organizações comunitárias (*ver Capítulo 4.2*); a criação de economias de escala e poder de barganha através do agrupamento de vários programas de microsseguro, como é o caso da nascente federação africana (*ver Capítulo 4.3*); e o direcionamento de subsídios através de associações de benefícios mútuos na Colômbia (*Quadro 11*).

Ligações funcionais também podem ser estabelecidas com outros organismos componentes da segurança social para melhorar a coerência do sistema no âmbito nacional. Como exemplo, pode-se citar a prestação de serviços sociais através de parceiros selecionados e a distribuição de segurança social (*Quadro 12*)

Quadro 12 **Canais nas Filipinas**

A Philippines Health Insurance Corporation, conhecida como PhilHealth, recebeu o encargo de alcançar uma cobertura integral até 2012. Seu desafio preeminente é prover cobertura de saúde a trabalhadores da economia informal, cujo número é estimado entre 19,6 a 21,7 milhões, ou seja, entre 70 e 78% da população economicamente ativa.

Em resposta a este desafio, em 2003 PhilHealth aprovou uma resolução sobre um projeto piloto de parcerias com grupos organizados. A parceira, que recebeu o nome de PhilHealth Organized Group Interface (POGI)é vista como uma abordagem inovadora para alcançar os trabalhadores da economia informal atra-

vés de cooperativas. Está sendo testada com onze cooperativas que fazem o marketing e a cobrança de prêmios para a PhilHealth.

Fonte: adaptado de GTZ-ILO-WHO, 2005.

Um canal crítico para se atingir os objetivos de proteção social são os prestadores de assistência médica. A descentralização deste setor pode facilitar acordos contratuais entre os prestadores de microsseguro e os de cuidados médicos em nível local. Para garantir que tais acordos sejam eficazes e mutuamente benéficos, no entanto, pode ser necessária uma intervenção do governo (*Quadro 13*)

Quadro 13

Desenvolvendo canais equilibrados no Senegal

No Senegal, a maioria das organizações mútuas de saúde tem acordos contratuais com prestadores de saúde. Com frequência, no entanto, tais relações são desequilibradas, porque as mútuas não têm um meio eficaz de compelir os prestadores a cumprir suas obrigações.

Para resolver este problema, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de formular uma política nacional para tais contratos, contendo diretrizes e ferramentas concretas que facilitassem o processo de contratação, as quais incluem estágios na formulação do acordo, seu conteúdo mínimo, obrigações dos contratantes (incluindo aspectos financeiros e procedimentos para faturamento e pagamento), métodos e ferramentas de controle e o papel do Estado. Em 2006 foi criado um Grupo de Trabalho para escrever a primeira minuta deste instrumento a ser apresentada aos participantes do processo para darem seu parecer.

Como ilustrado no Quadro 11, mecanismos para redistribuir subsídios podem ajudar os programas de microsseguro a prover um pacote mínimo de proteção social às famílias mais pobres ou indivíduos com baixa capacidade para contribuir ou alto risco social (por exemplo, os idosos, os doentes crônicos, certos grupos ocupacionais). Tais mecanismos proporcionam um acesso equitativo à proteção social independentemente das características dos indivíduos ou de sua capacidade financeira. Além de seu papel redistributivo, os referidos subsídios tornam os programas de benefício do microsseguro mais atraentes, o que ajuda a atrair novos associados. Uma vez que uma redistribuição a nível nacional pode não ser suficiente em países pobres, será útil que se considere uma distribuição internacional (*Quadro 14*).

Quadro 14

O Sindicato Social Global (Global Social Trust)

A missão do Sindicato Social Global é reduzir sistematicamente a pobreza nos países em desenvolvimento através de uma parceria que patrocina e investe no desenvolvimento de programas nacionais sustentáveis de proteção social para

pessoas e grupos excluídos dos benefícios econômicos do desenvolvimento. A ideia básica é solicitar a pessoas dos países mais ricos a contribuir, voluntariamente, com uma modesta quantia (digamos, 0,2% de sua renda mensal) para um Sindicato Social Global que será organizado sob a forma e uma rede mundial de sindicatos nacionais apoiados pela OIT. O Sindicato investirá estes recursos para organizar programas de proteção social básica nos países em desenvolvimento e patrocinar benefícios concretos durante um período definido até que os programas se tornem auto-suficientes. Para mais informações, veja-se: http://www.ilo.org/public/english/protection/socfas/research/global/global.htm

5.3 Integração dos sistemas de proteção social de forma coerente e equitativa

O provimento de seguridade social aos cidadãos continua sendo uma obrigação central da sociedade. Através de leis e regulamentos, os governos são responsáveis por assegurar que o público tenha acesso a uma certa qualidade de serviços. Isto não significa que todos os programas de seguridade social tenham de ser operados por instituições públicas ou semi-públicas (mistas). Os governos podem delegar sua responsabilidade a organizações nos setores público, privado, de cooperativas ou a ONGs.

O que é necessário, no entanto, é uma clara definição do papel de cada um dos diferentes agentes no provimento de seguridade social. Tais papéis deveriam ser complementares, ao mesmo tempo em que buscassem um nível de cobertura e proteção que fosse o mais alto possível. Por exemplo, um plano de desenvolvimento para a seguridade social definiria o escopo e cobertura dos serviços através de agências governamentais, previdência social, seguradoras privadas, empregadores e programas de microsseguro. Neste contexto, o governo e os parceiros sociais deveriam reconhecer explicitamente o microsseguro como uma ferramenta de proteção social e integrá-lo às estratégias nacionais para proteção social, melhoria dos níveis de saúde pública e redução da pobreza (por exemplo, PRSP no Senegal). Também deveria ser reconhecido o papel do microsseguro saúde numa política geral de financiamento da saúde coordenada pelo Estado. O objetivo final de uma tal política será o acesso universal a serviços de saúde baseado em múltiplas estruturas de financiamento (*Quadro 15*).

Quadro 15 **O Plano Mestre do Camboja**

O governo do Camboja reconhece o potencial do seguro social de saúde como um importante método para financiar os serviços de saúde. Para atingir a cobertura universal para a saúde, o Plano Mestre Cambojano para o Seguro Social de Saúde recomenda uma abordagem pluralística que compreende: (1) seguro social de saúde compulsório numa estrutura de segurança social para trabalhadores dos setores público e privado, e seus dependentes, (2) seguro voluntário, através

do desenvolvimento de programas de seguro saúde comunitários e (3) assistência social através do uso de fundos próprios e, posteriormente, fundos públicos para comprar seguro saúde para a população economicamente inativa ou indigente.

Fonte: adaptado do relatório WHO Camboja, 2003.

O projeto e a adoção de uma estrutura legal apropriada é um passo fundamental para se chegar à integração. Tal estrutura deverá especificar o papel do microsseguro no sistema de proteção social e introduzir um elenco de regras e instituições para a supervisão dos programas de microsseguros. Estruturas legais podem contribuir para o desenvolvimento destes programas, embora estruturas com altos requisitos financeiros ou intensa supervisão das autoridades públicas possam ter o seu desenvolvimento prejudicado. Buscando um equilíbrio apropriado, o programa ILO/STEP está apoiando a organização de uma estrutura regional em oito países da UEMOA (*Union économique et monétaire d'Afrique de l'Ouest*) que possa desenhar e implementar uma legislação que regule o funcionamento de organizações de benefícios mútuos e apoie seu desenvolvimento.

Para os que operam em microsseguros, a integração com o sistema de proteção social tem várias consequências. Os pacotes de benefícios oferecidos deverão incluir cobertura contra uma ou mais contingências listadas na Convenção 102. Além disto, quando a legislação definir um pacote mínimo garantido de proteção social, os programas deverão prover as respectivas coberturas para todos seus membros. Os regulamentos internos das microsseguradoras deverão obedecer aos princípios de equidade definidos na legislação (se houver). Regras como a exclusão de participantes após uma certa idade ou o cálculo de prêmio com base no risco individual do segurado poderão não estar de acordo com os princípios estabelecidos. Se os programas de microsseguro recebem apoio financeiro público eles serão cobrados pelo uso eficiente desses fundos públicos. Isto implicará numa estrita aplicação das regras estabelecidas para gerenciamento e contabilidade. Os operadores de microsseguro deverão também aceitar que suas contas sejam submetidas a uma auditoria pública ou independente.

Em termos mais gerais, é necessário que os promotores e operadores de microsseguro se envolvam – seja diretamente, seja através de federações que representem seus interesses – em consultas nacionais e em negociações com o Estado e outros participantes no desenho e na implementação de estratégias nacionais de proteção social. Esta integração deve ocorrer num clima de confiança entre operadores dos programas, redes de programas, outras organizações representando os segurados (sindicatos, cooperativas etc) e o governo (*Quadro 16*).

Quadro 16 **Uma abordagem integrada para a proteção social no Senegal**

No Senegal, muitos participantes contribuíram para acelerar o processo de ampliação da proteção social, entre eles o Estado, os governos locais, parceiros sociais e outras organizações da sociedade civil, organizações doadoras e prestadores de serviços médicos.Vários eventos foram significativos:

– Em 2003, foi aprovada uma lei sobre organizações mútuas de saúde; foi criada uma estrutura nacional para o desenvolvimento das MHOs, como também foi criado um comitê nacional para o diálogo social.
– Em 2004, foi lançada uma campanha global sobre segurança social e cobertura para todos. O sindicato dos caminhoneiros incluiu itens sobre proteção social em sua plataforma. Além disto, foi aprovada uma lei dispondo sobre a estrutura e implementação de um programa de proteção social para trabalhadores rurais (*Loi d'Orientation Agro-Sylvo Pastorale*).

Estes eventos foram integrados na estruturação lógica da estratégia nacional para extensão da proteção social e gerenciamento de riscos (SNPS/GR) formulada em 2005 com a participação ativa de um grande número de interessados. Esta estratégia visa a ampliar a proteção social de 20 para 50 por cento da população até 2015 através de novos programas concebidos para melhor atender às necessidades prioritárias dos trabalhadores da economia informal.

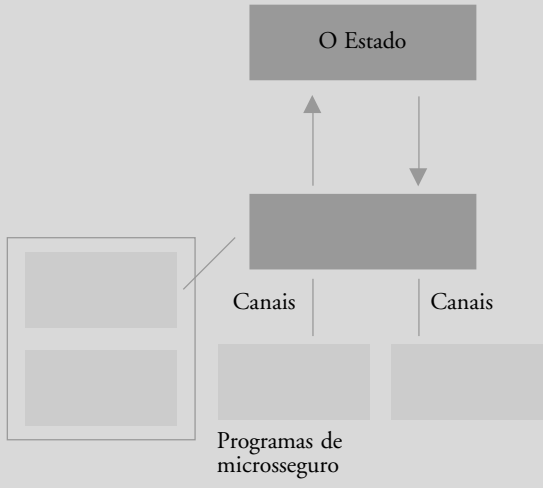
Tais eventos, e a formulação de uma estratégia nacional, resultaram em 2006 em estudos de viabilidade para projetar e estabelecer, a nível nacional, dois programas de proteção social, um para os caminhoneiros e suas famílias (população-alvo de 400.000) e outro para trabalhadores rurais e suas famílias (população-alvo de 5 milhões).

6 Conclusão

O microsseguro é um instrumento que pode ser usado para estender a proteção social aos excluídos. Ele se torna particularmente importante nas situações em que faltam ao governo recursos e capacidade para prover proteção social. Mesmo em situações em que existem recursos disponíveis, se o governo apoia o microsseguro como mecanismo de proteção social, como na Colômbia, ele pode ser um meio mais eficiente de proteção social do que os serviços fornecidos inteiramente pelo governo. Para que o microsseguro possa atingir seu potencial e superar suas limitações, será necessária uma abordagem dinâmica baseada num tripé, como mostra a Figura 5:

– **Iniciativas de baixo para cima**: para estimular o desenvolvimento do microsseguro na base, será preciso sensibilizar o público, os políticos, as organizações doadoras e as agências de desenvolvimento, tanto quanto os parceiros sociais e outros militantes da proteção social sobre como o microsseguro opera e sua contribuição potencial à proteção social.
– **O desenvolvimento de canais** com as intervenções governamentais, com outros programas de microsseguros, com prestadores de serviços médicos e de outros serviços, instituições de previdência social, programas de assistência social, etc, poderá fortalecer a sustentabilidade dos programas e também aumentar sua eficácia.
– **Iniciativa de cima para baixo**: para realizar seu potencial de proteção social, é preciso que políticos e outros enxerguem o microsseguro dentro do contexto mais amplo dos sistemas ou estratégias coerentes de proteção social nacional.

Figura 5 **Uma abordagem dinâmica do uso do microsseguro como ferramenta de expansão da proteção social**



Como um dispositivo independente para gerenciamento de risco, o microsseguro não é suficiente para proteger os pobres contra riscos. Será preciso conceber uma estratégia global de proteção social numa colaboração entre governo, setor privado, profissionais da saúde, parceiros sociais e outras organizações da sociedade civil. O microsseguro poderá atingir pleno sucesso quando usado em complemento a outros instrumentos de gerenciamento de riscos, tudo baseado numa abrangente avaliação de riscos.

Embora as operações dos programas de microsseguros sejam basicamente as mesmas, não importando quais sejam seus objetivos, no contexto da proteção

social o microsseguro deverá ser avaliado e monitorado diferentemente dos programas que se orientam para bens, gado ou moradia por exemplo. Os programas de proteção social devem incluir membros de alto risco ou desamparados, e acesso a subsídios públicos que compensem a desproporção entre as reclamações e as baixas contribuições. Se eles têm acesso a subsídios públicos, eles também serão responsáveis pelo destino que lhes seja dado, e devem garantir que esses fundos sejam usados de modo eficiente e para os fins a que foram destinados.

Uma decisão sobre implementar ou apoiar programas de microsseguros não terá por base apenas uma análise de riscos, mas também envolverá considerações de ordem política: prioridade das contingências a cobrir, população a ser coberta, importância deste recurso em comparação com outros e a possibilidade de ligá-lo a outros mecanismos e componentes da proteção social. O objetivo é melhorar a eficiência, ampliar a cobertura e progressivamente criar sistemas de proteção social mais coerentes e equitativos.

2 Produtos e Serviços de Microsseguro

2.1 Desafios e estratégias para estender aos pobres o seguro saúde

Ralf Radermacher, Iddo Dror e Gerry Noble[1]

Os autores agradecem as excelentes sugestões apresentadas por Shahnaz Ahmed (consultor), David Dror (Universidade Erasmus, de Rotterdam), Klaus Fischer (Universidade Laval, Canadá), Jens Holst (consultor) e Priyanka Saskena (consultor).

O seguro saúde tem várias peculiaridades que o distinguem de outros tipos de seguro, como o de vida e o de bens. Este capítulo analisa estas características, dando especial atenção às divergências de pontos de vista entre seguradoras e segurados.

Falar de microsseguro saúde requer, em primeiro lugar, um acordo sobre a respectiva definição. Este capítulo define o seguro saúde como um mecanismo de transferência de risco pelo qual uma seguradora assume um certo risco, em favor de um segurado, em troca do pagamento de um prêmio. Os prêmios são pagos adiantadamente, em troca de uma indenização que será paga no caso de o evento segurado vir a ocorrer. No seguro saúde, os riscos segurados são definidos de acordo com os eventos relacionados à saúde que venham a gerar custos. No microsseguro saúde, está implícito que os prêmios cobrados serão adequados a clientes de baixa renda; isto implica em os benefícios pagos serem fortemente diminuídos para que sua viabilidade seja mantida. Quando ocorre tal diminuição, é preciso que os produtos tenham um recorte que bem os adapte às necessidades dos diferentes segmentos do mercado.

Esta adaptação dos produtos é importante porque a exposição a riscos difere, por exemplo, de mineiros para fazendeiros ou para pescadores ou barraqueiros de mercado, para citar apenas algumas ocupações. Quem trabalha no campo frequentemente está descalço e sua exposição a mordidas de cobra ou a leptospirose é bem maior do que a dos mineiros, que, por sua vez, estão mais sujeitos a problemas respiratórios do que os pescadores, e assim por diante. Da mesma forma, outras diferenças ocorrem devido a sexo, idade, região e outras características. Em consequência, a prioridade atribuída aos diversos benefícios variará de grupo para grupo.

[1] Alguns exemplos neste capítulo não são provenientes dos estudos de caso mas sim da experiência pessoal dos autores, inclusive as referências ao Microcare and Panworld no Uganda, e BAIF e Uplift Health, na Índia.

Para que a oferta de microsseguro saúde seja sustentável, é preciso considerar os quatro aspectos sumarizados na Figura 6: formatação do produto, sistema de venda, sistema de pós-venda e manutenção a longo-prazo da estabilidade da operação. Este capítulo analisará cada um desses aspectos do microsseguro saúde.

Figura 6 Seguro saúde – desenho do produto

Formatação
Definir o pacote de benefícios
Identificar os prestadores
Preço compatível com sustentabilidade
Controles sobre fraude, agravação de risco moral, seleção adversa

Venda dos produtos
Coleta de informações
Angariação de clientes

Apoio aos clientes
Assistência nas reclamações
Gerenciamento das relações com os prestadores de serviços médicos
Manutenção de relações de longo-prazo com os clientes

Manutenção da estabilidade a longo-prazo
Gerenciamento financeiro
Monitoramento dos riscos e gerenciamento (resseguro)

1 Formatação dos produtos

Todas as considerações começam pela formatação dos produtos. Em sua forma mais simples, este processo envolve decisões sobre a montagem do pacote de benefícios e sua precificação. No entanto, os parâmetros escolhidos afetarão os processos de venda e de atendimento aos clientes (pós-venda), bem como a manutenção da estabilidade.

Para desenhar o produto, vários elementos devem ser definidos: um grupo-alvo de clientes, a demanda por seguros, a composição do pacote de benefícios, os prestadores de assistência médica, além dos controles para evitar agravação de risco moral e seleção adversa. Numa dimensão indireta, há que considerar a sustentabilidade dos preços que garantirá a estabilidade das operações, assim como um gerenciamento confiável das reclamações e a satisfação do desejo dos clientes por segurança (Albrecht, 1992). A formatação do produto será a base para esta dimensão indireta.

1.1 Agravação de risco moral, seleção adversa e fraude

Agravação de risco moral, seleção adversa e fraude são geralmente considerados os principais problemas do seguro saúde, embora outros fatores, como a seleção de risco, também contribuam fortemente para fracassos operacionais. Antes, porém, de investigar outros componentes da formatação do produto, é conveniente que se defina bem estes problemas e que se explique por que eles constituem um desafio especial para o seguro saúde.

Agravação de risco moral ocorre quando a pessoa que tem um seguro usa mais serviços do que usaria se não tivesse, simplesmente porque sabe que está protegida. Às vezes, o seguro funciona como um incentivo para provocar um sinistro. Um cliente, por exemplo, pode ter um problema de saúde que não era considerado suficientemente grave para ser tratado (por exemplo, uma hérnia ou prolapso do útero). Após fazer um seguro, no entanto, o cliente pode decidir tratar o problema com a cobertura do seguro.

Seleção adversa ou anti-seleção ocorre quando o perfil de risco do grupo segurado mostra-se pior do que o esperado com base na população a que o grupo pertence. Há duas causas para isto:

1. O grupo segurado não é realmente um grupo pré-existente, mas sim um grupo em que foram introduzidas pessoas doentes com o fim específico de obter os benefícios do seguro. Um exemplo disto ocorreu em um sistema de saúde comunitário, em Uganda, destinado a membros de cooperativas agrícolas. Alguns grupos apresentaram índices de sinistros acima do esperado. Uma investigação revelou que estes grupos não existiam como grupos antes da contratação do seguro e que talvez tenham sido formados especificamente para se beneficiar dele.

2. Grupos pré-existentes, com um número de doentes acima da média, aderem ao programa de seguro, ao passo que outros grupos mais saudáveis não aderem. Isto se torna um problema mais grave se os grupos são pequenos. Por exemplo, a Microcare (Uganda) tinha um seguro saúde em grupo com FINCA, uma microfinanceira que usa a clássica metodologia bancária de aldeia, formando grupos de 30 ou mais famílias. Ela transferiu seu programa para outra microfinanceira, Pride Uganda, que admite grupos de 5 famílias. Pequenos grupos com vários associados doentes rapidamente aderiram ao programa, enquanto que a adesão de outros grupos com associados saudáveis mostrou-se menos provável.

Em qualquer caso, o custo do seguro dessas pessoas será mais alto do que o esperado e, com frequência, o valor dos sinistros superará o valor total dos prêmios, resultando num programa deficitário.

Fraude: o seguro saúde é particularmente sujeito a fraudes em todo mundo, qualquer que seja o nível de renda dos segurados. Mesmo em mercados sofisticados, como o dos Estados Unidos, as seguradoras gastam bastantes recursos na detecção e controle de fraudes. O risco deste tipo de abuso decorre de:

– O cliente tentar obter tratamento para pessoas não cobertas pelo programa, apresentando falsa identidade,
– O prestador de serviços médicos tentar, por exemplo, submeter falsas reclamações, ou inflar o custo de reclamações legítimas, cobrando medicamentos mais caros do que os que foram realmente empregados,
– Os próprios funcionários da seguradora tentarem processar sinistros falsos ou pagar sinistros verdadeiros duas vezes, talvez em conluio com um provedor desonesto,

ou qualquer combinação dos fatores acima.

Como os programas podem facilmente fracassar devido a fraudes, é essencial que os mecanismos para preveni-las estejam montados antes do início da operação. No final dos anos 1990, uma das maiores seguradoras de Uganda, a Panworld, entrou em colapso poucos meses depois de introduzir um seguro saúde, principalmente devido ao elevado nível de fraudes na operação.

Agravação de risco moral, seleção adversa e fraude existem em todo tipo de seguro. São fatores especialmente problemáticos no seguro saúde em virtude da natureza subjetiva dos eventos segurados. No seguro de vida, por exemplo, o evento é objetivamente verificável – a pessoa ou está morta ou viva. Ou tomando como exemplo o seguro contra condições climáticas: uma edificação pode estar segurada contra danos causados por ventos com velocidade superior a 100 km/h ou mais – um fenômeno objetivo e mensurável. Embora a agravação de risco moral seja uma realidade, poucas pessoas estarão dispostas a morrer somente para receber uma indenização (o suicídio é uma exceção, motivo pelo qual ele é excluído na maioria dos seguros de vida). Semelhantemente, o incêndio proposital ou criminoso é uma agravação de risco moral sobre um seguro de bens, mas, é relativamente fácil de investigar e detectar.

Uma doença, no entanto, é algo subjetivo. Um prestador de serviços médicos pode constatar uma doença, motivado por um desejo de vender seus serviços. Enquanto poucas pessoas escolherão fazer uma cirurgia de coração apenas porque têm seguro, o mesmo não pode ser dito sobre um tratamento ambulatorial. No seguro saúde, a agravação de risco moral pode ser causada tanto pelo segurado quanto pelo prestador do serviço, o que torna sua detecção particularmente difícil.

A seleção adversa não ocorre apenas no seguro saúde. Pessoas que fumam ou consomem álcool estão mais sujeitas a doenças e têm uma expectativa de vida mais curta. Um fumante ou bebedor contumaz que esconda este fato da segura-

dora quando solicita um seguro saúde torna-se um caso de seleção adversa, que pode afetar a estimativa de sinistros. Como este exemplo demonstra, é mais fácil esconder uma informação sobre o estado de saúde do que, por exemplo, sobre os bens que se possua ou a colheita que se fará.

Daí se vê que a seleção adversa ocorre mais facilmente no seguro saúde, quando uma pessoa que sabe que seu risco é mais alto do que a média compra um seguro (ou pessoas de baixo risco não o fazem). Por exemplo, ao saber que está grávida, uma mulher entra num plano de saúde com generosos benefícios para maternidade, ou alguém que se sabe HIV-positivo se inscreve num plano que forneça drogas antiretrovirais. O custo desses segurados acaba por empurrar o custo do prêmio para cima e, em consequência, as pessoas com baixa utilização dos serviços médicos do seguro podem considerar que ele ficou muito caro – e optar por sair. A AssEF, uma associação feminina de auto-ajuda do Benin, incluía em seu pacote de benefícios consultas pré-natais e parto. A adesão era aberta para toda a família, mas era efetivada principalmente por mulheres. A situação se agravou quando muitos associados se retiraram do programa e, com isto, o número de mulheres grávidas ficou desproporcional aos associados restantes. Assim, a seleção adversa passou a afetar a distribuição de risco do programa e pôs em risco sua viabilidade econômica.

Analisando-se o seguro saúde focado apenas nos aspectos teóricos e técnicos, pode-se correr o risco de ignorar as condições específicas do financiamento deste seguro no mundo em desenvolvimento, onde o microsseguro pode se tornar um importante componente da proteção social. Aquilo que poderia ser considerado como uma agravação moral provocado pelos usuários pode ser nada mais do que a expressão de uma real necessidade de tratamento epidemiológico e clínico. Em outras palavras, não se trata de um uso abusivo do seguro saúde depois de conseguir adesão, mas sim de uma subutilização antes de aderir. E muitas microsseguradoras querem atacar precisamente esta questão.

Seja como for, num dado contexto, a microsseguradora tem de definir alvos prioritários e dispor de medidas concretas para controlar a agravação moral e a seleção adversa. As abordagens aplicáveis ao contexto específico do microsseguro saúde serão tratadas em maior detalhe mais adiante nesta seção; a seguir, o capítulo entra na discussão dos vários elementos a serem considerados na formatação do produto, começando pela definição do grupo-alvo.

1.2 Definir o grupo-alvo

O primeiro passo para definir o formato de um produto é determinar o grupo-alvo. Em geral o microsseguro saúde trabalha apenas com grupos pré-existentes; o prêmio necessário para cobrir pessoas reunidas ao acaso seria proibitivamente alto devido ao custo associado a uma seleção adversa. Acresce que, como já mencionado, produtos para diferentes grupos ocupacionais serão diferentes (ou pelo

menos, deveriam ser, uma vez que não se pode pensar numa cobertura ampla e os benefícios devem ser forçosamente restritos). Mas, o tipo de ocupação não é o único fator a considerar ao definir um grupo; sexo pode ser a mais importante característica, e diferenças regionais também podem representar um papel crucial. *Bienestar Magisterial* de El Salvador, por exemplo, oferece um programa para professores do setor público; a *Union de Mutuelles de Santé de Guinée Forestière* (UMSGF) define seu grupo-alvo como os residentes de uma certa área. Neste caso, o tipo de ocupação não importa, mas o ingresso no grupo é restrito pela área.

A definição do cerne do grupo-alvo não necessariamente exclui outras pessoas. Pode ser do interesse da seguradora incluir outros membros da família, uma vez que os ônus de uma doença recaem geralmente na família como um todo. Muitas microsseguradoras reconheceram este fato. Na Índia, o grupo-alvo da VimoSEWA é de mulheres autônomas, e só elas podem comprar apólices. No entanto, elas podem incluir maridos e filhos na cobertura. Similarmente, os clientes da Yeshasvini (Índia) precisam ser filiados a uma cooperativa, mas também podem incluir suas famílias. O plano de seguros pode até exigir a inclusão de toda a família (quem sabe, oferecendo para isto uma redução de custo). A Uplift Help, da Índia, espera que todos os membros de uma família sejam incluídos, e sua não-inclusão resulta na duplicação do custo dos prêmios.

Seja qual for o critério para a definição de um grupo, será importante fazer uma seleção que favoreça a coesão do grupo. Se não houver fortes laços entre seus membros ou se lhes faltar capital social, será mais provável que eles tenham um comportamento egoísta, com um grau maior de agravação de risco moral e seleção adversa e que, após um ano sem sinistros, as renovações sejam poucas.

1.3 Estudar a demanda

Uma vez definido o grupo-alvo, suas necessidades devem ser cuidadosamente entendidas. Para este fim, o Karuna Trust na Índia recorreu a um instituto de pesquisa para que fizesse um estudo básico da população-alvo. Uma pesquisa domiciliar coletou dados sobre comportamento saudável, gastos com saúde, conhecimento sobre seguro e disposição para pagar por ele. Com base nos resultados, foi dimensionado o pacote de benefícios. Como o custo dos remédios se mostrou como uma das maiores dificuldades para as famílias, um fundo para remédios foi incluído no plano de seguros. Por causa dos altos custos indiretos da enfermidade, o Karuna decidiu também compensar a perda de vencimentos quando o segurado é hospitalizado. Outras instituições usam seu pessoal de campo para fazer pesquisa de demanda. BRAC (Bangladesh), por exemplo, fez consultas a seus grupos e membros individuais sobre as respectivas preferências; a VimoSEWA toma por base as informações coletadas por seu pessoal de campo.

1.4 Definir o pacote de benefícios

O pacote de benefícios pode então ser definido, com base nas informações colhidas pelos estudos de demanda. A definição dos benefícios do produto e do prêmio que os tornará possíveis constitui o núcleo da formatação do produto. Ambos os aspectos determinam as oportunidades de mercado para o produto e o equilíbrio entre as necessidades e os desejos do grupo-alvo.

Em seguros – e os microsseguros não são exceção – agrupar os riscos num *pool* é a chave do negócio. No entanto, nem todo risco pode receber este tratamento. As seguintes pré-condições têm de ser satisfeitas para que o risco seja segurável e transferível para uma solução de seguro (Churchill et al., 2003); Brown e Churchill, 1999, (Vaté e Door, 2002):

- **Aleatoriedade:** a ocorrência de uma perda ou dano precisa ser imprevisível. Caso contrário, uma poupança sistemática será mais eficaz, porque o ingresso num *pool* de seguros não ensejará uma diminuição dos prêmios.
- **Baixa probabilidade de ocorrência:** se for provável que a maioria dos associados venham a ter uma perda, os prêmios serão semelhantes ao valor de uma provisão individual.
- **Independência dos riscos:** as possibilidades de perda de riscos individuais segurados em conjunto devem ser independentes umas das outras, para não ameaçar a estabilidade a longo-prazo do programa.
- **Incontrolabilidade das perdas ou danos:** a perda ou dano não pode ser causado pelo segurado.
- **Irrefutabilidade:** a seguradora precisa verificar a ocorrência e a extensão da perda.
- **Existência de interesse segurável:** para que um indivíduo tenha interesse numa solução de seguro, é preciso que a perda tenha consequências financeiras adversas. O valor potencial da perda deverá ser alto em relação ao custo do prêmio.

Os riscos seguráveis devem ter uma baixa probabilidade de ocorrer, mas fortes consequências adversas se acaso acontecerem. É aqui que entra o mecanismo da distribuição de risco pelo grupo. Uma vez que parte do risco individual é suportada por todo o grupo de segurados, os prêmios pagos por cada um podem ser relativamente baixos face ao valor da perda potencial. Quanto mais frequente for a ocorrência da perda, maior será a dificuldade de fazer seguro. Quanto maior a chance de um evento ocorrer, mais perto estará o valor do prêmio do valor da perda potencial, de modo que, em última análise, o evento acabará por não ser segurável por um preço que os clientes achem aceitável.

Clássico caso de um evento segurável no campo da saúde é a hospitalização, que tem baixa probabilidade de ocorrência, mas, alto custo. VimoSEWA reem-

bolsa a seus segurados o custo de hospitalização até um certo montante. Mas as preferências do grupo-alvo podem ir além de eventos de baixa frequência, e as famílias podem também querer cobertura para eventos frequentes. Um simples tratamento contínuo sem internação, com custos mais baixos, mas, probabilidade mais alta, cai na categoria dos riscos difíceis de segurar, do ponto de vista da seguradora, pois os custos administrativos da regulação de sinistros são frequentemente muito altos.

Este ponto esclarece uma diferença principal entre as preferências das seguradoras e as dos segurados. Os primeiros preferem cobrir eventos de ocorrência rara e alto custo, e não gostam de sinistros pequenos e frequentes, que aumentam o custo administrativo. Os segurados, ao contrário, preferem produtos que indenizem essas pequenas perdas, o que lhes dá a sensação de uma cobertura mais proveitosa.

Além deste conflito de interesses, há outros que são inerentes ao programa de seguro. Se doenças menos graves não tiverem a cobertura do seguro, isto funcionará como um incentivo para o segurado adiar o tratamento até que a doença se torne tão séria que justifique uma reclamação. Um tratamento adiado pode vir a se tornar muito caro para a seguradora. Incentivos à parte, para muitos pobres é difícil, ou mesmo impossível, pagar pelo tratamento de um mal menor em períodos de baixa renda (por exemplo, trabalhadores agrícolas cuja renda é sazonal). Ainda há outro incentivo perverso, que ocorre quando um médico resolve internar desnecessariamente um paciente, somente porque há cobertura de seguro.

A postergação do tratamento pode levar a uma severa deterioração da saúde do segurado e, ao final, provocar custos mais altos para a seguradora. Portanto, é do interesse desta encorajar seus segurados a se tratar logo, mas procurando evitar que eles usem os serviços médicos em demasia ou sem uma real necessidade. A prevenção e os check-ups regulares fazem parte da mesma categoria. O pacote de benefícios do Yeshasvini Trust está focalizado em cirurgia e tratamentos raros, mas de alto custo, como cirurgia de coração, por um prêmio razoável; mas, também oferece cobertura para consultas ambulatoriais para encorajar os segurados a procurar tratamento precoce. No entanto, a frequência com que um segurado recorre a este tipo de consulta, caso não seja estipulado um limite, fica inteiramente a critério dele e, desta forma, a condição "incontrolabilidade das perdas" não é satisfeita. O mesmo se aplica a clínicas de check-up, cirurgias eletivas e partos. A rigor, são procedimentos cujos riscos não podem ser *risk-pooled*, mas, apesar disso, muitos programas julgam necessário incluí-los.

Os programas que cobrem eventos frequentes, mas, de custo relativamente baixo, têm de limitar o escopo dos benefícios ou aumentar as taxas cobradas. Uma mútua da UMSGF oferece serviços e medicamentos a pacientes externos por uma taxa fixa adicional ao prêmio. A Grameen Kalyan (Bangladesh) provê uma gama de serviços, mas limita a cobertura a uma certa porcentagem do custo real dos benefícios fornecidos por prestadores de serviços médicos externos. Tal restrição – quer recaia nos diversos benefícios, quer no valor total cober-

to, quer na obrigação de um pagamento adicional – é uma consequência lógica do prêmio limitado que a seguradora pode cobrar de seus clientes.

Um assunto problemático é o tratamento de doenças crônicas e seus efeitos a longo-prazo. Com frequência, elas são difíceis de identificar e, portanto, constituem uma fonte potencial de seleção adversa e de conflito com os segurados. Isto também é verdade para doenças como HIV/AIDS, para as quais o tratamento de longo-prazo é necessário e oneroso, geralmente excedendo a capacidade financeira da pessoa. Contudo, um tratamento consequente e abrangente de portadores do HIV/AIDS pode ser altamente compensador, como ficou provado no caso do Brasil (Holst, 2005b). Como os preços internacionais de medicamentos para tratamento antiretrovirais vêm caindo, o custo deste tratamento pode se tornar aceitável até para o microsseguro (Jamison et al., 2006). A inclusão e a cobertura dependerão do princípio da solidariedade e do grau de capital social do grupo-alvo. Os programas de microsseguro estão, portanto, diante de um desafio, que é obter, a curto prazo, recursos suficientes para tratar o HIV/AIDS adequadamente e prevenir o alastramento da doença. A longo-prazo, eles se beneficiarão pela redução dos custos de sinistros de pessoas que vivem com a doença.

Os clientes da Microcare definiram, eles próprios, seu grau de solidariedade com os doentes crônicos de seu grupo. Em vez de excluí-los do grupo, eles optaram por não incluir no pacote do seguro os medicamentos para doenças crônicas, como insulina para diabéticos, inalantes para asmáticos ou antiepilépticos para epilepsia. Tal exclusão foi sugerida originalmente por clientes de baixa renda das MFIs durante o programa piloto que precedeu o seguro, quando eles viram o quanto seria necessário subir o valor dos prêmios para cobrir estes custos. Eles decidiram que "essas pessoas já estão pagando por medicamentos de longo-prazo. Deixemos que eles continuem pagando, mas não os excluamos dos demais benefícios do programa".

Como uma alternativa para o problema das doenças crônicas, elas podem ser deixadas a cargo de um financiamento por terceiros. O Karuna Trust resolveu algumas dessas limitações através de colaboração com provedores de saúde pública, que dão tratamento gratuito para pessoas que estão na linha de pobreza. Desta maneira, o pacote de benefícios do Karuna pode focalizar a complementação da infra-estrutura pública e abordar algumas de suas deficiências. Nos casos de hospitalização, os clientes do Karuna têm direito a receber drogas não disponíveis nos serviços públicos e também recebem indenização por sua perda salarial durante o período de internação; em casos de emergência, Karuna lhes dá transporte grátis em ambulância. Também está sendo introduzida cobertura para HIV/AIDS, graças a um subsídio das Nações Unidas (UNDP).

Finalmente, há que se definir o prazo durante o qual os benefícios são oferecidos a pessoas, famílias ou grupos. A grande maioria das microsseguradoras usa o prazo de um ano, quando então se dá a renovação. Um período mais curto não

faz sentido, porque dificulta o equilíbrio do risco e também porque as pessoas podem aderir ao programa apenas quando estão doentes ou quando estão num período mais arriscado do ano, como a estação chuvosa, quando aumenta a chance de contrair malária.

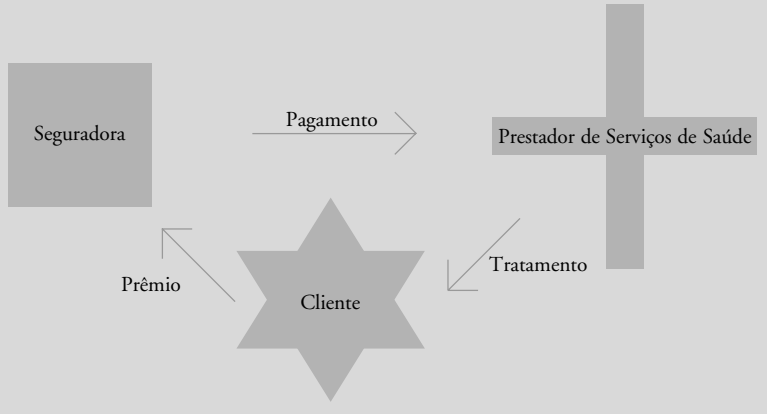
1.5 Definir os prestadores

Além de definir os benefícios, é preciso estabelecer os procedimentos para fornecer o serviço, bem como os procedimentos técnicos. Os primeiros determinam as relações com os prestadores dos serviços de saúde, ao passo que os segundos definem como as reclamações de sinistros serão processadas e quem serão os envolvidos no processo.

Há três modos principais para determinar a relação com os prestadores dos serviços de saúde:

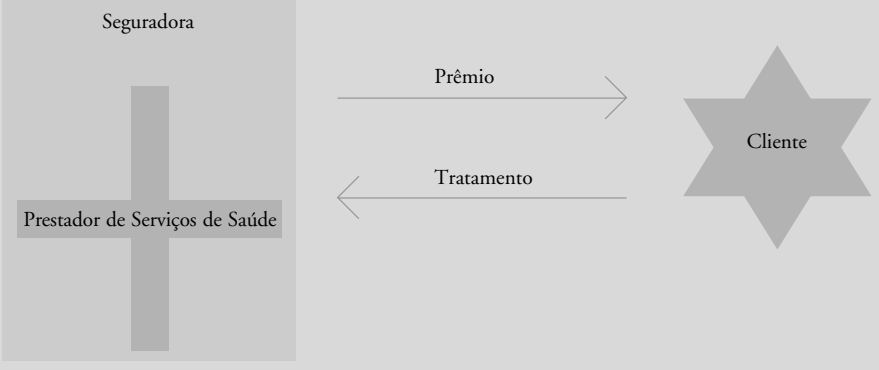
1. A seguradora seleciona prestadores específicos para uso dos clientes e fecha **um contrato formal com tais prestadores** (*Figura 7*). A seguradora geralmente paga diretamente ao prestador pelos serviços prestados ao cliente. Esta solução é do tipo pagamento em serviço, segundo a qual o cliente recebe os serviços em vez de dinheiro para pagá-los. O Yeshasvini Trust estabeleceu uma rede de 150 hospitais, principalmente privados, que prestam os serviços a um preço predefinido. Os pacientes não recebem dinheiro, recebem benefícios em forma de serviços, previamente aprovados pelo administrador da seguradora.

Figura 7 **Prestação de serviços modelo 1 – Seguradora paga o prestador (terceirizado)**



2. Outra maneira de prestar serviços sem pagamento direto é através de uma **combinação de seguradora com prestador dos serviços** (*Figura 8*). Neste caso, a seguradora monta seu próprio serviço de saúde, seja para internação do paciente, seja como um serviço móvel, para atendimento externo (ou então um prestador de serviços de saúde monta um serviço de seguros). Se a seguradora tem apenas uns poucos profissionais de saúde permanentes, e numa região específica, a vantagem da economia de escala é perdida – este é o problema atual da ServiPerú. Nesta situação, certos serviços não poderão ser oferecidos ou, se o forem, não terão um custo suportável. No entanto, em regiões com uma fraca estrutura para serviços de saúde, esta pode ser a única maneira de oferecer tais serviços (*Quadro 17*).

Figura 8 **Prestação de serviços modelo 2 – Seguradora e prestador integrados (transação financeira interna)**



Quadro 17 **Serviços de Saúde da BRAC – uma abordagem em três frentes**

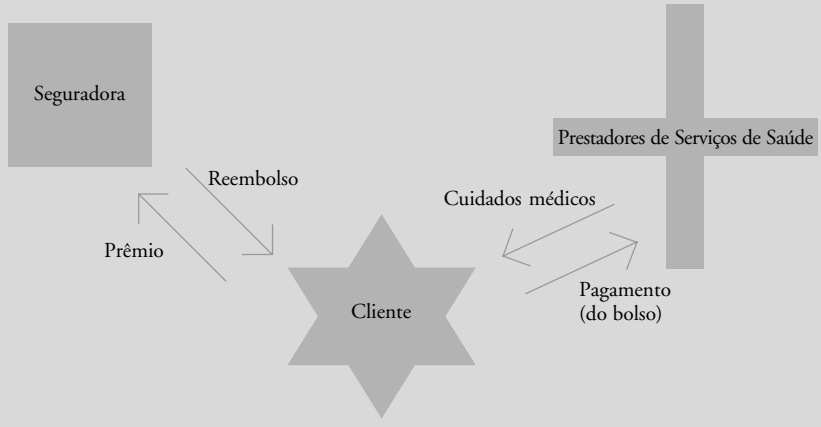
O programa de saúde da BRAC (Bangladesh) visa principalmente à comunidade, em especial mulheres e crianças, embora os homens não sejam especificamente excluídos. O sistema é implementado em três frentes. A primeira é um grupo de assistentes de saúde trabalhando em tempo parcial na comunidade, chamados Shashtho Shebikas (SS), constituído principalmente de mulheres da turma de campo do Programa de Saúde da BRAC. Elas vão de porta em porta instruindo os membros da comunidade sobre aspectos críticos da saúde, providenciam tratamento para doenças básicas, distribuem artigos essenciais para a saúde, ajudando, assim, a criar uma consciência sobre o assunto. A segunda frente é um quadro de paramédicos, todo de mulheres, chamado de Shashtho Kormis (SK). Elas supervisionam os serviços dos SS, proveem cuidados relativos a partos e organizam fóruns sobre educação sanitária, nos quais as preocupações de saúde da comunidade são abordadas. A terceira frente é constituída por uma rede de clínicas de saúde, chamadas BRAC Shushasthos, que dão apoio técnico aos outros dois grupos, que encaminham a esses centros os pacientes que eles não conseguem tratar.

Os Shushasthos prestam serviços de diagnóstico e de tratamento, possuem laboratórios bem equipados, ambulatórios e enfermarias, todos guarnecidos por médicos e enfermeiros diplomados.

Adaptado de Ahmed et al., 2005.

3. A terceira opção é reembolsar os clientes por suas despesas com saúde (*Figura 9*). Os clientes podem consultar um médico ou escolher um hospital de sua confiança, pagar pelos serviços e depois enviar a conta para a seguradora, para reembolso. Esta solução dá ao segurado uma escolha mais ampla (embora muitos programas trabalhem com prestadores de assistência médica que devem preencher certos requisitos). Esta opção, porém, sobrecarrega financeiramente o cliente, enquanto ele espera o reembolso. Falta de dinheiro é a principal dificuldade para a população de baixa renda e pode dificultar a busca por tratamento, especialmente em grupos vulneráveis (os mais pobres, as mulheres, as crianças). A VimoSEWA opera sob esta abordagem, mas reconhece que não é a ideal para seus associados. Consequentemente, ela lançou um projeto-piloto para resolver a questão: quando chegam a um hospital para se internar, seus clientes podem contatar um assistente social e pleitear um adiantamento de até 80% do valor estimado da internação.

Figura 9 **Prestação de serviços modelo 3 – (Seguradora reembolsa os clientes pelas despesas feitas)**



Nesta terceira opção, o risco de fraude aumenta, porque o segurado pode forjar ou modificar uma receita para obter mais dinheiro. Também se torna mais difícil para a seguradora verificar a veracidade de um pedido de reembolso se ela lida com vários prestadores e não tem com eles um contrato formal. Negar um sinistro também prejudicará a relação da seguradora com seus clientes (e sua reputação), pois serão eles os penalizados pela recusa, e não os prestadores do serviço médico.

Em qualquer destas opções, a seguradora tem de definir com os prestadores como serão processados os pedidos e os pagamentos. Por exemplo, as cobranças poderão se referir a um cliente ou a um tipo de serviço. Há uma grande variedade de procedimentos para acertar as contas, cada qual com seus diferentes incentivos para os prestadores quererem oferecer mais ou menos serviços aos segurados.

Qualquer que seja a maneira de se organizar os serviços de assistência médica, é essencial que se tenham mecanismos para verificar os serviços prestados. A tarefa de verificação é realizada na fase de pós-venda. Não obstante, a questão sobre como controlar a qualidade dos serviços, como assegurar que os pedidos de pagamento são válidos e como evitar reclamações fraudulentas precisa ser considerada e estabelecida já no processo de formatação do produto.

1.6 Mecanismos para evitar agravações de risco moral

Como destacado no início desta seção, o seguro saúde envolve altos riscos de fraude e agravação de risco moral, isto é, ações que violam o espírito do contrato. Pela dificuldade em coletar as necessárias informações, é impossível à seguradora se certificar se o segurado realmente incorreu numa perda ou se, por negligência, simplesmente permitiu que ela ocorresse. Provar que serviços médicos estejam sendo utilizados em excesso é igualmente difícil. Um mecanismo tradicional para atacar este problema é estabelecer um co-pagamento, processo usado por UMSGF, BRAC, Grameen Kalyan e outros. Interessante notar que Grameen Kalyan aumentou sua taxa de co-pagamento não para reduzir a superutilização, mas, sim para sinalizar sobre a boa qualidade de seus serviços, pois os clientes percebiam custo baixo como sinal de baixa qualidade no tratamento.

Mas, deve ser dito que o co-pagamento tem algumas fraquezas teóricas e desvantagens empíricas (Arhin-Tenkorang, 2000). Primeiramente, o uso excessivo não parece ser um grande problema nos países em desenvolvimento, nos quais há uma deficiência de serviços de saúde adequados e, em consequência, o acesso a eles é restrito indiretamente. Em segundo lugar, a co-participação no custo não é compatível com o sistema de adiantamento usado pelas microsseguradoras. Cobranças sobre os usuários têm um impacto negativo justamente sobre os mais necessitados, que acabam impedidos de buscar os serviços. Desta forma, os serviços ficam "racionados" em vez de "racionalizados". No Mali, as mútuas da UTM (Union Technique de la Mutualité) foram fundados especialmente para ajudar os membros a pagar a co-participação nos serviços de saúde.

A natureza do benefício oferecido influencia a possibilidade de agravação moral. Por exemplo, o Yeshasvini Trust parte do princípio que ninguém se submete a uma cirurgia desnecessária. Em contraste, Microcare sempre cobrou co-pagamentos em programas comunitários, embora eles sejam baixos (entre US$ 0.30 e 0.80 para serviços no Mission Hospital). Tais pagamentos não são considerados como um meio de recuperar custos, são antes uma maneira para desen-

corajar uma utilização exagerada dos serviços por clientes que residem nas proximidades do hospital ou clínica.

A Microcare também usa o sistema de co-pagamento para diferenciar o nível dos serviços prestados por diferentes clínicas dentro de um mesmo plano de saúde. O co-pagamento em clínicas privadas urbanas é mais alto (US$ 1 a 3). Alguns clientes consideram que seu tempo é valioso e preferem pagar um extra para serem rapidamente atendidos numa clinica privada e poderem retornar a seu ganha-pão em seus pequenos negócios.

1.7 Precificação

Para formatar um produto que corresponda às preferências dos clientes, é preciso obter informações sobre os montantes que eles estão dispostos a pagar e a maneira preferida para pagamento. Tais informações devem fazer parte do estudo de demanda descrito anteriormente. Para calcular o prêmio ideal usando métodos de cálculo atuarial, a seguradora deve, em primeiro lugar, definir a unidade de risco. A UMSGF, por exemplo, define como unidade segurável uma família, o que reduz o risco de seleção adversa por distribuí-lo dentro da unidade.

Como descrito no Capítulo 3.5, os custos totais dos benefícios do seguro podem ser estimados usando-se o número provável de utilizações do serviço e o respectivo custo. Somando-se os custos administrativos esperados, reservas de contingência – e margem de lucro, no caso de uma seguradora que vise a obter lucro na operação – a seguradora pode calcular sua necessidade de fundos. Em princípio, quanto maior for o grupo segurado (esperado), mais baixo será o custo administrativo (fixo) por apólice. Operando através do departamento de cooperação do Karnataka, que tem alguns milhões de associados, o Yeshasvini Trust atingiu uma grande população-alvo e, desta forma, reduziu consideravelmente o custo administrativo (fixo) por segurado.

Para evitar a desconfiança dos segurados, mudanças frequentes ou substanciais nos prêmios devem ser evitadas. Quando Yeshasvini constatou que precisaria dobrar o valor dos prêmios, um terço de seus clientes não renovou suas apólices. Da mesma forma, o Karuna Trust teve de se engajar num programa maciço de sustentação de credibilidade quando seu programa de seguro deixou de ser subsidiado. Metade dos segurados saiu do programa e, somente depois de um intenso esforço de seu pessoal de campo, o Karuna conseguiu voltar a aumentar seu número de segurados.

Enquanto este último caso foi provocado por um erro do doador, o caso da Yeshasvini poderia ter sido evitado se dados confiáveis estivessem disponíveis. É preciso obter dados confiáveis sobre o custo dos serviços e a frequência de utilização. A Yeshasvini estabeleceu como parâmetro de custo uma taxa global pagável a todos os hospitais da rede; no entanto, a frequência de utilização veio a se mostrar muito mais alta do que a esperada.

Na maioria dos produtos de consumo, o custo de produção é conhecido de antemão, mas no caso dos seguros tal custo só vai aparecer no futuro. Descontando o erro humano, o ponto central do problema é o caráter estocástico (aleatório) dos sinistros que ocorrerão. Mesmo com estimativas baseadas em dados confiáveis, perdas causadas por eventos estocasticamente desfavoráveis podem representar um perigo para pequenas seguradoras. Na seção sobre manutenção da estabilidade serão discutidos alguns modos de evitar que isto aconteça.

A frequência da cobrança dos prêmios também afeta o total de prêmios a serem pagos. Se os prêmios anuais são pagos adiantadamente, eles podem ser investidos no mercado financeiro para gerar um superávit (a não ser que sejam usados para pagar sinistros). Assim, o acesso ao mercado financeiro pode aliviar o efeito da inflação.

O pagamento anual de prêmios diminui o custo das operações e, teoricamente, aumenta os rendimentos que podem ser investidos, mas pode ser difícil aos membros do grupo desembolsar de uma vez o valor total. De fato, esta é uma outra área na qual os interesses da seguradora e dos segurados são diferentes, porque as pessoas pobres frequentemente preferem pagar US$ 0.10 por semana do que um prêmio anual de US$ 5.20. O valor relativamente pequeno dos prêmios e a preferência dos segurados por pagamentos pequenos e frequentes são um outro desafio para as seguradoras.[2]

Como se verá no Capítulo 3.3, as microsseguradoras encontraram maneiras inovadoras para resolver a questão do pagamento dos prêmios. O método da VimoSEWA é pedir um depósito fixo numa conta de poupança, cujo rendimento pagará o prêmio anual do segurado. O Karuna Trust criou um fundo para emergências de saúde, para concessão de empréstimos para pagar riscos não segurados e para pagar prêmios também. A Microcare desenvolveu um produto de empréstimo com a FINCA Uganda, pelo qual esta faz um empréstimo para pagar o prêmio correspondente a um ano, recebendo o pagamento do empréstimo em quatro meses. Este plano se mostrou muito popular com os segurados, e a única dificuldade foi a taxa de juros cobrada pela MFI. Sempre que possível, será melhor que a microsseguradora ajude os clientes a fazer poupança para pagar o prêmio, em vez de tomar um empréstimo para tal.

As tarefas que devem ser executadas durante o desenvolvimento de um produto estão listadas na Tabela 7.

[2] Interessante notar que a experiência da BRAC neste aspecto é diferente: tendo oferecido a seus clientes a opção de pagar seus prêmios semanalmente, eles alegaram que isto se chocaria com seu programa semanal de poupança e que, portanto, preferiam pagar prestações menos frequentes.

Tabela 7 **Sumário das tarefas envolvidas no desenvolvimento de um produto, com as respectivas características**

Tarefas	*Características*
Determinação da cobertura adaptada ao grupo-alvo	Análise da demanda (dimensão direta)
	Estudo de viabilidade (dimensão abstrata)
Cálculo atuarial do prêmio	Método de cobrança dos prêmios e investimento de saldos para reduzir o valor do prêmio
Definição dos procedimentos/organização do produto de seguro	Definição de acordo com requisitos atuariais
	Definição de acordo com os requisitos dos clientes

2 Venda dos produtos

O processo de vendas pode ser dividido em duas categorias: a) coleta de informações e b) subscrição.

2.1 Coleta de informações

Todo processo de venda começa com uma coleta de informações. A característica própria do microsseguro é a necessidade de um grande volume de informações sobre o grupo-alvo, que geralmente não tem experiência com seguros. O vendedor precisa explicar a natureza prospectiva do prêmio e a natureza retrospectiva da proteção contra eventos futuros, explicando também por que o prêmio não poderá ser devolvido (pelo menos totalmente) se não houver a necessidade de serviços médicos. A experiência das microsseguradoras que operam com saúde mostra o quanto é difícil explicar a ideia de pagar adiantadamente por um serviço que talvez não será usado. Por isto, elas usam vários tipos de contato com os clientes, como, por exemplo, os agentes de saúde. As firmas AssEF, BRAC e Grameen usam suas equipes de crédito e poupança para promover o uso do microsseguro saúde.

Se um cliente potencial mostra interesse no seguro, o vendedor fornece informações detalhadas sobre os serviços incluídos e os excluídos, bem como os procedimentos para encaminhar pedidos de ressarcimento. Clientes futuros devem estar familiarizados com a documentação necessária e os prazos que devem ser cumpridos para uma pronta liquidação dos sinistros. Se os benefícios e os procedimentos não ficarem claros para os clientes, isto gerará insatisfação. O Yeshasvini Trust, por exemplo, tem uma lista de 1.600 tipos de cirurgia que podem ser feitas em determinados hospitais. Esta grande variedade torna difícil explicar os limites da cobertura do seguro, porque boa parte da informação é de caráter técnico, e isto pode resultar em confusão e insatisfação.

Não é fácil explicar informações técnicas a uma clientela não familiarizada com o assunto. Para reforçar a credibilidade, a informação deve ser transmitida por alguém que desfrute da confiança dos clientes potenciais. Todo mercado

de seguro se apoia fundamentalmente na confiança. Do ponto de vista dos clientes, existe um problema na relação entre a seguradora e seu agente. Por deficiência de informação, os clientes geralmente ignoram como o produto foi projetado (especialmente no que diz respeito a comissões e margem de lucro embutidas no prêmio), bem como não têm certeza se a seguradora vai cumprir seus compromissos ou se vai agir de maneira prejudicial a seus segurados.

Para que os clientes aceitem fechar negócio, será preciso que as obrigações da seguradora possam ser exigidas através de medidas legais. No entanto, no caso dos microsseguros, o custo de um processo judicial facilmente excederá o valor da reclamação e também a capacidade financeira do segurado. Com frequência, o sistema judicial não funciona bem nos países em desenvolvimento. Na falta de um meio eficaz de exigir o cumprimento do contrato, se os clientes potenciais têm dúvidas se a seguradora vai cumprir com suas obrigações, não é provável que eles comprem o seguro. O pagamento antecipado dos prêmios só será possível se houver confiança. Um cliente potencial precisa ter certeza de que a seguradora vai cumprir suas obrigações de duas maneiras:

1. Confiando na intenção da seguradora de cumprir suas obrigações
Um cliente potencial precisa acreditar que a seguradora irá liquidar um sinistro justificado. Ele deve acreditar que seja do interesse da seguradora (motivação intrínseca) cumprir sua parte no acordo (confiança em sentido restrito) ou acreditar que ele (cliente) será capaz de influenciar ou pressionar uma instituição (confiança em sentido amplo).

2. Confiando na capacidade da seguradora de cumprir suas obrigações
O cliente precisa acreditar que, a longo-prazo, a seguradora terá fundos suficientes para pagar as reclamações apresentadas. O porte da seguradora e a percepção subjetiva dos clientes potenciais sobre a confiabilidade dela (dimensão abstrata) são os dois fatores que determinam a confiança que sustentará um relacionamento a longo-prazo.

Um bom conhecimento do grupo-alvo melhorará a qualidade das informações transmitidas, bem como sua eficiência, não apenas em termos de conteúdo, mas também na maneira e no tipo de canal usado. Os dois primeiros desafios a serem superados no processo de vendas serão a qualidade profissional da informação e o grau de confiança por parte da clientela. No Camboja, para vender seu programa de seguro saúde, o GRET (francês) usa um processo de vendas em três etapas. Ao longo de duas semanas, o pessoal de campo informa os clientes potenciais e responde a suas perguntas. O agente de seguros, que é o encarregado do processo de subscrição só chega na terceira semana (Brown e Churchill, 2000).

A associação SEWA (Índia) se vale de seu longo relacionamento com o grupo-alvo, seu conhecimento sobre as necessidades e preferências do grupo e sua

experiência em se comunicar com os clientes, de forma a ganhar sua confiança. Da mesma forma, o Karuna Trust, BRAC e Grameen trabalharam com saúde e desenvolvimento das comunidades durante anos, antes de entrar no negócio de seguros. De fato, muitos programas de microsseguro saúde começaram com outras atividades e, só mais tarde, introduziram o seguro. A tendência de migrar de operações básicas de microfinanças para a área do seguro saúde é um fator que merece um exame mais acurado, pois a regulamentação e o modus operandi das duas atividades são diferentes, cada qual requerendo uma estrutura apropriada e habilidades profissionais específicas.

A falta de um relacionamento de confiança e de contatos diretos (tanto físicos quanto psicológicos) entre as seguradoras tradicionais e os clientes potenciais usualmente dificulta a entrada direta das primeiras no mercado de baixa renda. Quando uma destas seguradoras resolve se envolver com microsseguro saúde, geralmente uma instituição local (o agente) distribui o produto para ela. Um agente, no entanto, deve ser remunerado, o que encarece o produto em comparação com o modelo que não usa agente. Isto não é um problema para a seguradora, que passa o respectivo custo aos clientes, mas pode elevar o custo de maneira a se tornar proibitivo para os lares de baixa renda. Este conflito de interesses entre seguradora e segurados no processo de vendas será discutido no Capítulo 4.4.

Seja qual for o canal de distribuição, explicar o que é o seguro continua sendo um desafio. A maioria das microsseguradoras de saúde reconhece que precisam achar novas maneiras de apresentar seus produtos no mercado. Como se descreverá no Capítulo 3.2, artistas de rua, volantes, cartazes e cartoons são importantes ferramentas de marketing para o microsseguro. Muitas instituições, como a VimoSEWA, usam grupos de auto-ajuda para disseminar informações sobre as vantagens de se possuir benefícios de um seguro saúde. No entanto, a maioria dos programas afirma que não é suficiente distribuir as informações uma só vez; tal disseminação deve ser um processo contínuo, de modo que as pessoas cheguem a um real entendimento do que seja um seguro, e só então haverá um reflexo positivo nas operações, chegando-se a uma taxa de renovação razoável. O fluxo contínuo de informações para o público faz parte do relacionamento com os clientes e será discutido em mais detalhes na seção sobre a disponibilização do produto.

2.2 Subscrição

Após fornecer as informações necessárias, o próximo passo é a emissão da apólice para os clientes que desejam comprar o seguro. Neste processo é necessário coletar os dados e informações sobre o futuro cliente. Dependendo da formatação do produto, isto pode incluir não apenas dados pessoais mas também informações sobre o estado de saúde da pessoa (e. g., alguma doença crônica) e condições pré-existentes que podem ser excluídas da cobertura.

As **exclusões** devem ser definidas para cada unidade segurada, por exemplo, uma família. Informações completas sobre o estado de saúde das pessoas e o tamanho da família têm um impacto significativo no elenco das medidas para obviar a seleção adversa. Um exame de saúde preliminar pode ser uma parte integral do processo de aceitação do cliente, embora muitas microsseguradoras usem métodos mais simples, como uma **declaração de boa saúde**. Nela constarão dados sobre a saúde do cliente, declarados por ele próprio. O objetivo principal da declaração não é revelar alguma doença pré-existente, mas sim alertar as pessoas sobre certas exclusões e fornecer um mecanismo simples para conhecê-las. Essencialmente, a confirmação da validade do seguro passa a ser feita no processo de sinistro, e não na fase de subscrição. (*ver Capítulo 3.4*).

Contudo, a exclusão de um cliente devido a uma doença pré-existente com frequência contradiz a intenção das seguradoras que operam sob um espírito de responsabilidade social. Assim, as sociedades BRAC, Grameen Kalyan, Sociedade para Serviços Sociais (Bangladesh), e também o Seguro Básico de Salud (Bolívia) e o Seguro Materno Infantil (Peru) decidiram oferecer seguro saúde para qualquer pessoa que o desejasse. Para que tal acesso irrestrito seja factível, é preciso por em prática alguns mecanismos adicionais de controle para que o programa tenha estabilidade. Possíveis opções para reduzir a agravação moral são: aumentar o tamanho do grupo coberto e fazer uso da solidariedade e do capital de relacionamento da comunidade. Outra maneira de reduzir a seleção adversa é estabelecer um **período de carência** para certos benefícios. BAIF, com sede perto de Puna, Índia, não cobre despesas com partos nos nove primeiros meses de associação. Ainda outra possibilidade é reduzir os benefícios para novos associados (*ver Capítulo 3.1*)

Para pequenos grupos de segurados, em particular, a aceitação inadvertida de riscos que não seriam normalmente aceitos por seguradoras comerciais pode mudar a estrutura de risco e por em perigo a viabilidade do programa. Quanto mais completas as informações reunidas, maior será a estabilidade do sistema. No entanto, um esforço maior na coleta das informações irá encarecer a operação, o que significará que os segurados terão de arcar com custos mais altos.

Uma vantagem singular do microsseguro é a possibilidade de envolver a comunidade no processo de venda, algo que pode diminuir o custo da coleta de informações. Nas comunidades em que há intimidade, as pessoas se conhecem muito bem e, devidamente estimuladas, podem por este capital social a serviço da redução tanto da agravação moral quanto da seleção adversa. Por exemplo, na Uplift Health os membros decidem democraticamente se outras pessoas devem ou não ser aceitas em seu *pool* de risco. Como seu grupo é pequeno (ainda que ligado a outros maiores), eles certamente pensarão duas vezes antes de aceitar um membro de alto risco. O "capital social" também é usado no Karuna Trust, em-

bora não para evitar agravação moral ou seleção adversa. Como eles só aceitam pessoas que estejam abaixo da linha de pobreza, ou pelo menos em seu entorno, os membros do grupo é que decidem se os candidatos satisfazem ou não esta condição.

Uma vez concluída uma apólice de seguro, o primeiro prêmio deve ser cobrado. Quando não é possível usar um método que não envolva dinheiro, o prêmio deverá ser cobrado diretamente do segurado. Quando se tem um número grande de pessoas envolvidas na cobrança, a possibilidade de fraude é uma séria preocupação. Para reduzir o risco, os cobradores do Karuna Trust emitem recibos numerados para controlar o número de apólices vendidas.

Quando um prêmio é pago, a seguradora deve emitir um documento que prove a cobertura comprada pelo segurado. Por exemplo, Yeshasvini Trust dá a cada associado um cartão de identidade com foto. Mas a emissão destes cartões para o 1,45 milhões de clientes da Yeshasvini envolve problemas logísticos, toma tempo e aumenta o custo administrativo, inclusive por causa da foto. O processo de entregar os cartões a cada associado e registrá-los num banco de dados levou três meses. Enquanto este processo estava em curso, os pacientes usavam cartas de suas cooperativas e recibos dos prêmios pagos para provar seus direitos. Para reduzir os custos de renovação das apólices, Yeshasvini adotou um cartão de identificação que pode receber um carimbo de renovação. Também passou a usar o reverso do cartão para vender publicidade, esperando assim obter renda adicional para ajudar a cobrir os custos.

O Karuna Trust também pretende passar a usar um cartão de identidade, mas, por enquanto, aceita os recibos de pagamento do prêmio como prova da participação do segurado. Como é possível que um segurado acrescente nomes em seu recibo, a administração precisa confrontar o recibo apresentado com a cópia que está em seu arquivo. O cartão de seguro saúde da BRAC tem uma foto do chefe da família e uma lista dos familiares incluídos no seguro, com as respectivas idades, tipos sanguíneos e parentesco com o chefe da família.

A Tabela 8 apresenta um sumário das tarefas de vendas e suas características.

Tabela 8 **Sumário das tarefas de vendas e suas características**

Tarefas	*Características*
Informação	Obtenção de informações bem fundamentadas
	Criação de um clima de confiança
Emissão de apólices	Registro das informações pela seguradora
	Emissão de documentação para o segurado

3 Pós-venda do produto

O pós-venda do produto (*servicing*) inclui o processamento dos pedidos de indenização, a manutenção do relacionamento a longo-prazo com os clientes e gerenciamento das relações com os prestadores de serviços de saúde.

3.1 Processamento dos pedidos de indenização

A documentação necessária para dar entrada num pedido de indenização deve ser verificada quanto a estar completa e a ser elegível. Para evitar a agravação moral e fraude, todos os pedidos devem ser cuidadosamente verificados. Isto pode demandar informações sobre o meio social do segurado e também uma verificação por um médico. Diferentes programas usam procedimentos diferentes, como por exemplo:

- Os segurados da BRAC e da Grameen Kalyan normalmente usam **prestadores de serviços médicos empregados pelo programa**. Apenas 1% dos pacientes é enviado para tratamento em clínicas externas, por causa de doenças mais sérias ou cirurgias. No caso da Grameen Kalyan, os pacientes que usam atendimentos externos submetem sua documentação a uma agência local do Grameen Bank; a decisão sobre o reembolso é tomada em conjunto pelo gerente da agência, o assistente local de saúde e o diretor do centro de seguro.
- Na UMSGF, os segurados devem obter **autorização prévia** para o tratamento. Com a autorização e seu cartão de associado, eles procuram o representante da seguradora no hospital. Para a consulta, é necessário um co-pagamento, mas não há desembolso imediato para as demais despesas da internação. Quando o paciente tem alta, ele recebe uma guia indicando o tratamento feito e o período de hospitalização. Esta guia pode ser usada para pedir o **reembolso do custo do transporte** ao hospital. Mensalmente, o hospital envia um extrato dos serviços prestados à seguradora, que paga diretamente a ele. O extrato é verificado por comparação com as guias entregues pelos segurados.
- O Yeshasvini Trust, assim como os programas governamentais da Bolívia (SBS/SUMI), do Peru (SMI/SIS) e do Paraguay (SI), operam com um sistema que **não envolve dinheiro**. No Yeshasvini, os segurados têm direito a uma consulta grátis, dirigindo-se a um dos 150 hospitais conveniados com seu cartão de identidade e uma carta provando sua associação a uma das cooperativas. Se for necessária alguma cirurgia coberta pelo convênio, o hospital submete um pedido de autorização à **administração terceirizada** (TPA) do programa. Autorizações para cirurgias não-emergenciais podem levar até quatro dias para serem processadas. Emitida a autorização, todos os custos da cirurgia serão cobertos pela seguradora, segundo um valor pré-definido, a ser pago por ela diretamente ao hospital.

– A Microcare usa **cartões magnéticos** que trazem as fotos do cliente e de seus dependentes. O cliente apresenta este cartão no balcão da Microcare que existe nos hospitais ou clínicas participantes, onde a identidade do cliente e seu direito à cobertura são verificados usando um **banco de dados computadorizado** desenvolvido para a seguradora. Os pedidos são processados em tempo real, permitindo rápido pagamento dos serviços prestados.
– O Karuna Trust colabora com três **instituições públicas**, nas quais mantém assistentes sociais. Isto garante **imediato pagamento** quando o paciente recebe alta.

3.2 Cuidando do relacionamento com os prestadores de serviços médicos

Manter pessoal próprio nas instituições que prestam serviços médicos tem mais utilidade do que simplesmente verificar a qualificação dos pacientes. Este pessoal – como os assistentes sociais do Karuna, as enfermeiras recepcionistas da Microcare ou os auxiliares administrativos do Bienestar Magisterial – oferecem esclarecimentos aos pacientes e cuidam de seus interesses, verificando, por exemplo, se eles são tratados com atenção e se o serviço médico oferecido mantém uma boa qualidade. Um mecanismo semelhante é usado pela Uplift Health; pacientes que precisam de tratamento podem chamar o médico do programa, que os acompanhará ao hospital para garantir que tenham tratamento adequado.

Este dispositivo também ajuda a evitar agravação moral proveniente do prestador de serviços médicos. Em geral, nem a seguradora, nem o paciente pode assegurar que o tratamento tenha sido necessário e executado da maneira mais econômica. O custo para a seguradora apurar se o tratamento foi realmente necessário será alto. Por seu lado, os pacientes, em geral, leigos em matéria médica, recebem o tratamento em confiança. Não podem se assegurar que melhoras em sua saúde tenham decorrido do tratamento feito.

O Yeshasvini procura verificar a necessidade de tratamentos dispendiosos por intermédio de um representante local, que visita os locais onde os serviços são prestados. Esta atividade também serve para prevenir fraudes. Esses coordenadores distritais são apoiados por um médico lotado na sede do programa. Vale notar, no entanto, que os prestadores de serviços médicos são muito mais versados nas particularidades de cada um dos variados assuntos de saúde do que as microsseguradoras e, por isto, podem facilmente ludibriá-las.

3.3 Relações duradouras com os clientes

A manutenção de relações duradouras com os clientes inclui tarefas como fornecimento contínuo de informações, reação tempestiva frente às mudanças nos desejos dos clientes e pronta solução de problemas com os produtos ou com os procedimentos. Experiência positiva com um seguro irá aumentar a confiança

dos clientes e talvez induzi-los a adquirir benefícios adicionais, aumentando o valor do prêmio pago. Um permanente fluxo de informações ajudará a manutenção da satisfação dos clientes e poderá ajudar a atrair novos segurados.

Um elemento importante no relacionamento com os clientes é a renovação dos contratos por anos consecutivos. Os prêmios geralmente não podem ser cobrados por um débito direto em conta corrente. Prêmios cobrados repetitivamente aumentam os custos, a não ser que a cobrança possa ser acoplada a alguma outra atividade do processo (*ver Capítulo 3.3*).

Clientes que não tenham apresentado nenhum pedido de reembolso no último ano representarão um desafio, porque eles precisarão ser convencidos de que vale a pena continuar associados. A taxa de renovação em muitos programas é baixa; o BRAC conseguiu aumentar esta taxa, de 15% no primeiro ano de operação para 50% no terceiro. A taxa de renovação da Grameen Kalyan estacionou em 50%. Considerando que o custo de aquisição de um novo cliente é bem maior do que o de manutenção de um cliente existente, as baixas taxas de retenção no microsseguro saúde tornam-se um sério problema. Não obstante, alguns programas vão bem: na UMSGF, 80% dos membros renovam suas apólices.

Outra razão para perseguir e facilitar as renovações é porque renovações tardias podem ser consideradas como novos contratos. Isto implica em impor certas condições que são exigidas de novos associados, como período de carência e exclusão de certos tratamentos, precisarão ser reimplantadas. Na VimoSEWA, por exemplo, condições pré-existentes ficam suspensas de cobertura por seis meses.

Se os clientes estão bem integrados ao sistema, eles se identificarão com a microsseguradora e terão um comportamento, provavelmente, mais responsável. Esta vantagem é particularmente visível nos programas comunitários (*ver Capítulo 4.3*). Por exemplo, no programa de seguros mútuos da Uplift Health, os membros se vigiam uns aos outros e pressionam por um comportamento saudável. Se algum membro põe sua saúde em perigo desnecessariamente, os demais membros podem recusar a renovação de seu contrato ou decidir que seus reembolsos serão apenas parciais. Em outros modelos institucionais, resultados semelhantes são obtidos pelo estabelecimento de Comitês de Apreciação dos Pedidos de Reembolso, compostos por alguns segurados e empregados experientes da seguradora. Em geral, quando os segurados participam das responsabilidades da administração do programa, seu "capital social" tem um impacto positivo sobre a agravação moral.

Para este fim, é útil que haja atividades preventivas de saúde integradas ao programa do microsseguro, que se mantenha contínua comunicação com os clientes e que se lhes dê algum benefício tangível, especialmente para aqueles que não tiveram doenças e não usaram cuidados médicos. A Microcare, por exemplo, oferece atividades preventivas para o HIV e um programa de prevenção contra a malária, que distribui mosquiteiros tratados com inseticida (*ver Capítulo 3.9*).

A organização e a implementação de programas preventivos e educativos sobre saúde terão valor não apenas para marcar presença no grupo-alvo mas também para diminuir a carga financeira nos custos causada por doenças graves. BRAC e Grameen Kalyan organizam campanhas anuais de check-up para seus segurados. A BRAC também lançou uma campanha de informações sobre o HIV/AIDS entre seus associados e participa – como a Grameen Kalyan – das campanhas governamentais de imunização.

Algumas das tarefas de disponibilização do produto se sobrepõem. Por exemplo, ao verificar o pedido de um cliente, verifica-se também os serviços do provedor. Assim, num único procedimento, a agravação moral pode ser minimizada, tanto a proveniente do paciente quanto do prestador. Os assistentes sociais do Karuna Trust, que ficam nos hospitais, podem fazer suas verificações sobre o cliente e sobre o prestador, monitorando os comportamentos de ambos. Yeshasvini Trust e Bienestar Magisterial pedem uma autorização prévia para cirurgia e podem incluir uma visita de verificação no caso de cirurgias dispendiosas. Uma relação próxima com os prestadores de serviços médicos trará um bom conhecimento de seus pontos fortes e fracos, e dos preços cobrados, o que irá melhorar a qualidade das informações passadas aos clientes sobre consultas.

As tarefas relativas a serviços ao produto e suas características estão resumidas na Tabela 9.

Tabela 9 **Sumário das tarefas relativas a serviços ao produto e suas características**

Tarefas	*Características*
Suporte ao cliente	Assistência ao cliente (andamento dos pedidos de reembolso)
Relações com o provedor dos serviços	Verificação dos pedidos e redução de agravações morais
	Controle de qualidade
Relações duradouras com os clientes	Levantamento e processamento se informações
	Manutenção das relações com o cliente
	Gerenciamento das renovações

4 Manutenção da estabilidade a longo-prazo

Uma preocupação fundamental para qualquer programa de seguros é garantir, a longo-prazo, a estabilidade das operações. Isto garantirá que os pedidos de reembolso dos clientes serão atendidos. É a dimensão abstrata do sistema de seguro.

Para manter estabilidade a longo-prazo, é preciso um bom **gerenciamento financeiro**, um monitoramento permanente dos riscos e, principalmente, o gerenciamento do risco atuarial global (*ver Capítulo 3.6*). A existência de uma seguradora está ameaçada quando o agregado das perdas excede a soma dos prêmios pagos com as reservas de capital (risco atuarial). Riscos parciais que ocorram em

subgrupos do grupo segurado não necessariamente porão em risco a existência da seguradora desde que as reservas e os subsídios cruzados sejam suficientes. Portanto, faz sentido dispersar os riscos amplamente, por diferentes subgrupos, para reduzir o risco de perdas co-variantes, isto é, aquelas que se influenciam mutuamente, como no caso de epidemias. O BRAC, por exemplo, não presta serviços apenas aos pobres, mas inclui também clientes de maior poder aquisitivo. No entanto, muitas microsseguradoras são pequenas demais para poder distribuir suficientemente seus riscos.

Os clientes de programas de microsseguro saúde tendem a ignorar essas considerações técnicas, relativas à estabilidade a longo-prazo. Do ponto de vista deles, o investimento em anos futuros é menos importante do que devolver prêmios "não usados" no ano corrente.

O **risco atuarial** tem dois componentes principais: o primeiro é um "risco paramétrico", que nasce de informações incompletas sobre a real probabilidade de risco. O segundo componente é um "risco de processo", que resulta da natureza aleatória dos custos do benefício, que sempre permanecerá devido à aleatoriedade dos acontecimentos, mesmo que a real probabilidade de ocorrência tenha sido determinada (Albrecht, 1992; Dror, 2001). O risco paramétrico pode ser subdividido em inferência estatística (predições derivadas de dados de acontecimentos prévios estão propensas a erros) e riscos de previsão, que se originam da incerteza sobre a validade de estatísticas passadas para representar o futuro (e. g., mudanças possíveis em doenças). O componente mais importante é justamente o risco de previsão (Albrecht, 1992).

Como consequência, a seguradora precisa se basear num sólido conhecimento profissional, e também em dados confiáveis para garantir a estabilidade a longo-prazo. A coleta de **dados confiáveis** tem de continuar além do processo de formatação do produto, para fins de monitoração e eventual modificação. A escassez de dados, no entanto, é um problema sério para as microsseguradoras. Há, portanto, uma necessidade constante de registro eficiente e tempestivo dos dados sobre os riscos segurados, incidência dos eventos e os custos resultantes entre a população segurada. Em última análise, isto pode ser feito utilizando-se um software que viria a simplificar e automatizar o registro e a contabilização das operações, começando pelo registro dos novos membros admitidos até o cálculo dos resseguros a serem feitos.Um software de gerenciamento como o que é usado pela Microcare ajuda na captura dos dados, tornando-os disponíveis para uma fácil análise; um tal programa ajuda a interligar vendas e pós-vendas com a manutenção da estabilidade a longo-prazo e, finalmente, voltar ao (novo) projeto do produto.

As **estatísticas de pedidos por subconjunto** têm de ser verificadas constantemente. Se foram cometidos erros no cálculo dos prêmios, eles devem ser corrigidos imediatamente, talvez por ajustes interativos. Muitas microsseguradoras tiveram de **ajustar seus prêmios**. O Grameen Kalyan não usou cálculos atuariais

para estabelecer os prêmios: eles foram estabelecidos por tentativa e erro, e consulta contínua ao associados. Da mesma forma, a ServiPerú, em geral, revê os prêmios todos os anos, tomando em consideração os custos dos vários benefícios pagos. VimoSEWA procurou fechar a brecha da viabilidade subindo o prêmio de Rs. 12 (US$ 0.24) em 2002 para Rs. 39 (US$ 0.78) em 2005 para o beneficio de saúde[3] e justificou o aumento melhorando o pacote de benefícios. A Yeshasvini, porém, em 2005 dobrou o valor do prêmio em busca da estabilidade, mas não melhorou o pacote de benefícios, o que resultou no declínio de um terço no número de seus associados. Também podem ocorrer ajustes para baixo do prêmio, como se deu com o Karuna Trust quando foi apurado um índice de sinistralidade inferior a 100%. O UMSGF teve uma experiência semelhante, mas decidiu manter o valor vigente do prêmio e criar uma reserva com os saldos obtidos, o que talvez tenha sido uma decisão mais prudente para atingir a estabilidade a longo-prazo.

Uma outra abordagem para a busca de estabilidade é gerar rendimentos com alguma outra atividade. Se os prêmios pagos são bem investidos, as reservas acumuladas podem ser usadas para reduzir o valor dos prêmios ou para cobrir perdas inesperadas. Contudo, na maioria dos programas, a renda proveniente dos prêmios mal cobre as reclamações, por causa da baixa capacidade da clientela para pagar. Portanto, em geral, não é possível investir a receita de prêmios para obter rendimentos adicionais, ainda que haja umas poucas exceções.[4] Algumas organizações, como Grameen Kalyan e VimoSEWA obtiveram rendimentos adicionais investindo subsídios ou fundos doados (*ver Capítulo 6.1*).

Como mostra a Tabela 10, algumas microsseguradoras de saúde parecem viáveis, comparando os pedidos de reembolso com os prêmios. Mas quando se computam todas as despesas, fica claro que muitas necessitam de subsídios. O BRAC e o Grameen usam seu próprio corpo de saúde, cujo custo é apenas parcialmente coberto pelos prêmios cobrados; assim, seus custos administrativos são altos em relação à receita de prêmios. É interessante notar que, nos programas mútuos, a taxa de renovação é a mais alta, embora não se possa tirar daí alguma conclusão devido ao número muito pequeno de programas observados.

[3] O produto da VimoSEWA cobre vários riscos. A relação entre o prêmio e os vários benefícios não é conhecida pelos clientes; eles pagam um certo valor pelo pacote fechado, que inclui vida, bens e saúde.

[4] No ano 2000, 0,1% do rendimento obtido pela UMSGF veio de investimento de sua receita, valor que aumentou 2,8% em 2004. O Yeshasvini Trust formou reservas com excesso de contribuições e obteve uma renda de investimentos de Rs. 3.700.000, ou 2,6% dos rendimentos totais do programa. Diga-se, no entanto, que o Yeshasvini recebeu subsídios públicos no mesmo ano.

Tabela 10 **Algumas taxas operacionais expressivas das microsseguradoras de saúde**

Empresa	*Ano de referência*	*Reclamações/ total de prêmios (%)*	*Índice de despesas (%) (Total de despesas/ Renda total)*	*Custos administrativos/ Prêmios (%)*	*Prêmios de resseg./ Receita de prêmios (%)*	*Taxa de Renovação (%)*
Karuna	2004	115	n.d.	18	–	n.d.
Yeshasvini	2004	140	n.d.	10	n.d.	69
BRAC	2004	56	452	397	–	51
Grameen	2004	6,9	61	3.918	–	54
VimoSEWA	2004	74	133	137	n.d.	51
AssEF	2004	75	124*	55	–	n.d.
UMSGF	2004	42	27,9	21	2	81
UTM	2003	40	n.d.	15	n.d.	100
ServiPerú	2003	31,5	99**	19,5	15	71

* sem subsídios; com subsídios, o número é 83%.
** este número reflete a média dos últimos 4 anos.
n.d. – não disponível (ou não aplicável).

Sempre remanesce um elemento de risco. A missão da seguradora é garantir este risco. Uma alternativa para garantir o risco é o **resseguro**, através do qual parte do risco é passada a outra seguradora. Quanto menor for o grupo de risco coberto por uma microsseguradora de saúde, maior a necessidade do resseguro porque os custos imprevistos dificilmente serão cobertos pelas reservas, além do que a variabilidade dos pedidos de indenização é muito maior nos pequenos grupos. No entanto, diferentemente das grandes seguradoras, as microsseguradoras não têm acesso ao resseguro.

Para avaliar se uma seguradora precisa de resseguro é preciso confrontar a magnitude dos riscos assumidos com a capacidade financeira da seguradora e a probabilidade da ocorrência de perdas. Se o tamanho das perdas potenciais é grande, a seguradora deveria procurar o resseguro, mesmo que a probabilidade de ocorrência seja baixa. Perdas de pequeno porte, que são típicas dos grupos do microsseguro saúde, devem ser assumidas pela própria seguradora. No entanto, a maioria das pequenas microsseguradoras não consegue acumular reservas suficientes para enfrentar uma série de anos ruins. E, além disto, para assegurar sustentabilidade, o resseguro pode ser um meio mais barato do que o acúmulo de reservas (*ver Capítulo 5.4*).

Um ponto crítico para qualquer programa de seguros é determinar quem gerencia e banca os riscos. Enquanto a natureza participatória dos programas comunitários parece atraente, é preciso considerar que talvez não haja neles expertise suficiente para manejar os riscos, nem haja possibilidade de compartilhá-los com outras entidades (por exemplo, o resseguro). Ligado com o processo de aceitação de riscos está o de gerenciamento das reservas. Um programa que não tenha reservas adequadas pode não conseguir pagar pelos serviços oferecidos, caso haja mais pedidos de indenização do que o estimado. Tal fato pode facilmente erodir

a confiança depositada nos prestadores do serviço médico, o que, por sua vez, irá afetar a qualidade dos serviços e, em última análise, afetar os próprios clientes.

A Tabela 11 resume as tarefas delineadas acima.

Tabela 11 **Sumário das tarefas relativas a manutenção da estabilidade a longo-prazo**

Tarefas	*Características*
Gerenciamento financeiro	Uso do mercado financeiro
	Aplicação dos conhecimentos e da tecnologia
Monitoramento da estabilidade de um *pool* de seguros	Monitoração das perdas (retrospectiva)
	Monitoração da estrutura de risco (por antecipação)
Gerenciamento do risco atuarial total	Ampla distribuição dos riscos
	Uso do resseguro (se necessário)

5 Conclusão

Em muitos aspectos, os problemas associados ao seguro saúde também ocorrem com outros produtos do microsseguro. A educação dos clientes, e as informações a lhes serem dadas sobre como funcionam os seguros são uma pré-condição necessária para que eles fiquem satisfeitos. Além disto, os benefícios oferecidos precisam corresponder às necessidades e expectativas dos clientes. Todavia, se para outras linhas de produtos de microsseguro existe um consenso de que os riscos mais interessantes para se dar cobertura são os de alto custo e baixa frequência, isto pode não ser verdadeiro no campo da saúde. As pessoas pobres têm uma noção muito clara sobre quanto pesam os eventos de alta frequência e baixo custo, mas estes são justamente aqueles para os quais é mais difícil para a seguradora oferecer cobertura. Os processos de sinistros geram altos custos, porque a obtenção das informações necessárias à sua verificação é difícil e cara. Para que um programa de saúde seja viável, recomenda-se fortemente que os segurados e a comunidade sejam envolvidos no processo negocial, mobilizando assim seu "capital social". Quanto maior for a convergência de interesses entre a seguradora e os segurados, mais viável será o negócio.

2.2 Poupança a longo-prazo e seguros

James Roth, Denis Garand and Stuart Rutherford

Os autores agradecem a John Pott (Aga Khan Agency for Microfinance) e Ellis Wohlner (consultor da SIDA- Suécia)por suas detalhadas contribuições e sugestões, agregaram substancial valor ao presente capítulo.

Como descrito no Capítulo 1.2, uma das maneiras pelas quais as famílias de baixa renda enfrentam seus riscos é através de poupança. Infelizmente, há um grande número de limitações para a aplicação desta estratégia, entre as quais: 1) a dificuldade para os pobres em acumular bens e 2) a incapacidade de seus escassos recursos para enfrentar perdas maiores. Uma possível solução para o primeiro problema é criar contratualmente uma conta de poupança, também conhecido como um Plano Compromissado de Poupança, que ajuda na formação de uma disciplina de economia e no acúmulo de bens ao longo do tempo. A respeito do segundo problema, o Plano de Poupança pode ser ligado ao plano de seguro, para ajudar no caso de perdas maiores.

Este capítulo explora as possibilidades de estender aos pobres não apenas o seguro, mas também um sistema de poupança contratual. Na primeira seção serão consideradas as razões pelas quais muitas famílias de baixa renda não têm acesso a sistemas de poupança, e como as seguradoras podem oferecer uma base para este tipo de serviço. Em seguida, faz-se um apanhado dos produtos deste tipo que já existem. A seção final examina o que as microsseguradoras podem fazer para atender a discrepância entre a poupança insuficiente dos pobres e sua necessidade de participar de algum sistema de poupança. Também serão examinados os riscos e os benefícios de tal política e serão sugeridas maneiras pelas quais tais riscos podem ser gerenciados.

1 Ajudando os pobres a economizar

Apesar de ser claro que há necessidade de um sistema formal de poupança para as famílias pobres,[1] a oferta real deste serviço é bastante baixa. Um exame dos dados da MIX (2004) sobre o desempenho das 302 microfinanceiras abrangidas no estudo mostra que elas tiveram 62.246 prestamistas ativos, mas somente 33.657 poupadores voluntários.[2] É claro que muitas famílias de baixa renda depositam

[1] Por exemplo, ver a Nota 6 da Microsave: Os Riscos Relativos da Poupança dos Pobres: www.microsave.org.
[2] www.mixmarket.org verificado em 21 de abril de 2006.

em instituições que não se consideram microfinanceiras e que, portanto, não fornecem dados ao MIX, mas o fato de a oferta de serviços de poupança ser baixa tem uma série de motivos:

– Obstáculos regulatórios dificultam a obtenção de uma licença para aceitar depósitos.
– A política de desenvolvimento econômico favorece a que tanto o governo quanto as organizações doadoras gastem seus fundos para promover iniciativas de empréstimos e não de poupança.
– Ainda com relação ao ponto anterior, é frequente que organizações doadoras façam empréstimos às MFIs com juros muito mais baixos do que os que elas teriam de pagar a seus depositantes, tirando qualquer incentivo para elas procurarem poupadores.
– A agenda para o desenvolvimento presume que a falta de crédito para a microempresa é um ingrediente-chave que impede o desenvolvimento econômico.
– Muitos prestadores julgam que estimular poupança é um processo caro para criar capital.
– Há uma suposição generalizada que os pobres não podem ou não desejam poupar.
– Em geral, falta um sistema seguro e de custo eficaz para angariar a poupança dos pobres.

Hoje em dia, essas razões estão sendo reconsideradas e revisadas. Muitos países têm novos regulamentos para a micropoupança. Os prestadores de serviços financeiros, mais conscientes dos benefícios da poupança para suas instituições e seus clientes, estão tratando de melhorar seus sistemas para que sejam mais eficientes e conquistem a confiança do mercado. Pesquisas têm revelado altos níveis de demanda por serviços de poupança entre os pobres. Por enquanto, porém, a verdade é que muitos poupadores potenciais, mas de baixa renda, não dispõem de serviços que lhes sejam adequados.

Acresce que muitos dos problemas associados a serviços de poupança tornam-se mais graves quando se trata de produtos de longo-prazo – se comparados com cadernetas de livre acesso ou poupança disponível à ordem. Causa especial preocupação aos órgãos reguladores que uma instituição pretenda reter uma soma que pode representar tudo o que um cliente economizou ao longo de toda a vida. Para que os clientes se disponham a deixar suas economias presas por cinco anos ou mais, é preciso um alto grau de confiança nas instituições, o que não é comum em países que passaram por desvalorizações da moeda, falência de instituições financeiras, mercado de capitais mal estruturado, hiperinflação e golpes de estado. Em ambientes tão instáveis, pode não ser possível oferecer produtos para poupança a longo-prazo. Mesmo em países com estabilidade política e macroeconômica, sempre haverá algumas instituições financeiras fracas ou relativamente novas e frágeis.

Sistemas de poupança de longo-prazo interessam às famílias de baixa renda quando elas têm em vista guardar dinheiro para futura educação, casamento, aposentadoria ou outras despesas importantes. Um requisito básico para tal poupança é disciplina. Pesquisas sobre programas de poupança compulsória nas ASCA[3] (Associações de Crédito e Acumulação de Poupança) mostraram que muitos membros participam porque gostam da obrigação de poupar (Aliber, 2001). As pessoas de baixa renda, com frequência, preferem que ao menos parte de suas economias fique sem liquidez, porque é importante preservá-las contra saques irrefletidos ou empréstimos a parentes.

Em alguns países em desenvolvimento, as pessoas chegam a pagar para economizar. Em Ghana, por exemplo, há agentes (chamados *susu*) que vão de porta em porta coletando dinheiro para depósitos – e que cobram por seus serviços. Arranjos semelhantes foram encontrados na Índia e outros locais da Ásia (Rutherford, 2000). A ideia de que os instrumentos de poupança têm um custo, e que o poupador pode ter de pagar por eles não é necessariamente estranha aos pobres. Realmente, para avaliar o valor de um produto sob a visão do cliente, é preciso considerar o custo da transação associado a um depósito, bem como o custo de oportunidade – onde mais poderia a pessoa aplicar seu dinheiro, e qual seria o retorno destas outras oportunidades de investimento?

Numa situação em que haja pessoas pobres que demandam uma poupança de longo-prazo, mas com poucas instituições que ofereçam tal serviço, vale a pena pensar nas seguradoras como uma possível opção. Há muito tempo elas vêm oferecendo produtos que combinam uma poupança contratual com um seguro. Frequentemente, porém, estes produtos são ineficientes, pois as despesas operacionais das seguradoras são altas, e desconhecidas pelos consumidores. Existe a preocupação, por exemplo, sobre o fato de que os seguros dotais tradicionais, que combinam poupança com seguro, terem altos índices de despesas provenientes, entre outras coisas, de altas taxas de cancelamento, e geralmente não agregam valor para os segurados.

Não fica claro, porém, se este desempenho é inevitável ou se há algum método de venda que evite os altos custos e dê segurança e valor para o cliente. Muitas seguradoras tradicionais usam produtos de longo-prazo como sua fonte principal de lucro; ademais, muitos profissionais do mercado julgam estes produtos como necessários para dar viabilidade ao negócio. Outros, porém, desenvolveram organizações seguradoras que vendem produtos que têm valor para os clientes e mantêm custos compensadores. O próximo passo será conseguir manter essas condições em produtos que sirvam ao mercado de pessoas de baixa renda.

[3] As ASCAs são grupos informais de poucos participantes que economizam em conjunto num ritmo regular; a maioria delas oferece a seus membros empréstimos sobre os fundos acumulados. Nas ROSCAs, as pessoas do grupo também economizam juntas, mas o acesso aos fundos é rotativo, cada membro tendo que aguardar sua vez.

2 Seguros e poupança a longo-prazo

Com base no estudo de casos e literatura sobre o assunto, há várias maneiras de oferecer poupança a longo-prazo e seguro, incluindo: 1) anuidades, 2) apólices dotais, 3) seguro de meta de poupança e 4) poupança de longo-prazo, por si só.[4]

2.1 Anuidades

Neste sistema, o segurado paga prêmios regulares até uma data especificada, geralmente a data da aposentadoria. Em muitos países, este tipo de pagamento é chamado de anuidades de aposentadoria. Não é necessário, no entanto, que o processo esteja ligado à aposentadoria: ele pode ter como referência qualquer data aceita pela seguradora. A partir da data convencionada, o segurado passará a receber pagamentos feitos pela seguradora até sua morte. Há algumas variantes como, por exemplo, a chamada anuidade reversível, sob a qual os pagamentos continuam a ser feitos ao cônjuge sobrevivente até que ela venha a falecer.

As anuidades funcionam, como qualquer outro produto de seguros, na base da distribuição de riscos (*pooling*). Pode-se esperar que a expectativa de vida do grupo do sistema tenha uma distribuição semelhante à da população em geral, de forma que as contribuições daqueles que falecerão cedo financiarão os que viverão mais.

No entanto, para que o sistema funcione, é necessário que a seguradora tenha dados precisos sobre a idade da população e suas taxas de mortalidade (juntamente com outros dados demográficos), e que também conte com expertise atuarial para prever a futura duração média das vidas. Esta é uma tarefa bastante difícil, mesmo em países desenvolvidos com boas estatísticas, quanto mais em países em desenvolvimento. Até mesmo a determinação correta da idade dos clientes pode ser uma dificuldade. As previsões também são dificultadas porque às vezes pequenas mudanças podem ter efeitos dramáticos na longevidade. Melhorias na provisão de água potável e no saneamento, ou uma campanha eficiente de vacinação ou de distribuição de mosquiteiros podem aumentar a expectativa de vida. Tudo isto torna difícil calcular qual deva ser o valor da anuidade.

Este sistema foi experimentado nas Filipinas por uma instituição respeitável, o Centro para Pesquisa Agrícola e Desenvolvimento (CARD, sigla do nome em inglês). No entanto, como mostra o Quadro 18, o programa de pensões do CARD quase a levou à falência. No início, o Centro ofereceu seguro através de um Fundo Mútuo dos Membros (MMF) criado para dar cobertura ao funeral do participante e cobrir qualquer saldo não pago no caso de morte. Até aí, o produto estava

[4] Uma quinta opção, seguro de poupança, que pode ou não ser de longo-prazo, será discutida no Capítulo 2.3.

dentro dos padrões habituais dos seguros. Com o sucesso do programa e vendo o aumento de suas reservas, a organização resolveu introduzir produtos adicionais e aumentar a complexidade de suas operações.

Quadro 18

A experiência do CARD com anuidades

Em dezembro de 1996, com base no sucesso inicial do MMF e levando em conta a necessidade de cobertura para seus associados mais idosos, a direção do CARD resolveu expandir a cobertura, oferecendo um plano de pensão para os que atingissem 65 anos, mediante um pagamento extra de apenas US$ 0.05 por semana. Com isto, a nova contribuição semanal compulsória passava a ser de US$ 0.10. O novo plano de pensão foi oferecido aos participantes do grupo sem que tivesse sido feito um teste ou uma avaliação atuarial.

Quando um cliente atingia os 65 anos ou se tornava permanentemente inválido, o novo produto oferecia uma pensão mensal vitalícia entre US$ 5.45 e US$ 10.90, dependendo de quanto tempo de associação o associado tinha. Dentro deste sistema, era necessário que o associado pagasse 14 prêmios mensais de US$ 0.40 para acumular o valor do nível de pensão mais baixo (US$ 5.45). Não havia um período mínimo de contribuição: a pensão estava disponível logo que a pessoa atingia os 65 anos de idade, embora os novos associados só tivessem direito à pensão mínima.

Na auditoria de 1998, os auditores advertiram a administração de que o programa de pensão era financeiramente insustentável. Eles notaram o passivo se acumulando no MMF. A administração percebeu que este passivo era uma ameaça séria. Ainda que a idade média dos segurados fosse 43,6 anos (37,1 em 2004), a quantidade dos que cedo chegariam ao direito à pensão rapidamente corroeriam o capital do CARD. Todo o progresso obtido seria destruído e talvez a própria instituição. O CARD conseguiu fechar o programa colocando todos os prêmios pagos numa nova associação de benefícios mútuos, de propriedade dos associados do CARD e assim se viu livre do passivo.

Fonte: Adaptado de McCord e Buczkowski, 2004.

O programa de pensão do CARD operou de 1996 a 1999. Neste ano, os prêmios pagos foram usados para capitalizar uma associação de benefícios mútuos (MBA) que ofereceu um plano de poupança, com um só pagamento ao final do prazo e sem o componente de seguro.

Este caso ilustra o desastre potencial espreitando uma instituição que entra no arriscado campo dos seguros sem a necessária expertise. O novo MBA do CARD é gerenciado por um profissional de seguros e tem usado intensamente um consultor atuário. Outro aspecto que o exemplo aclara é o do duplo obstáculo de dados insuficientes e a dificuldade de prever as mudanças da taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento.[5]

Organizações que queiram operar com anuidades precisam dispor de expertise em riscos de mortalidade e em gerenciamento de investimentos, tais como a compatibilização entre reservas e riscos potenciais. Qualquer programa de poupança com garantias de longo prazo precisa se analisado por um atuário e administrado de forma a garantir sua viabilidade. E sobretudo, qualquer pessoa ou entidade que pretenda ingressar no mercado de microanuidade precisa antes se certificar de que disporá de dados atuariais suficientes. Como tais dados são geralmente escassos nos países em desenvolvimento, não se pode presentemente recomendar estes produtos. No entanto, caso haja uma melhoria na qualidade dos dados atuariais, talvez o produto mereça consideração.

2.2 Apólices dotais

Produto vendido comumente pelas seguradoras, as apólices dotais combinam um seguro de vida com uma poupança contratual a longo-prazo. Elas envolvem um pagamento regular durante um prazo longo, geralmente de cinco anos ou mais. Se o cliente sobrevive ao prazo, ele recebe uma soma global, e talvez um bônus; se ele morrer antes de decorrido o prazo, e estiver em dia com seus pagamentos, seu beneficiário recebe a soma garantida. Um aspecto interessante das apólices dotais é que elas facilitam o acesso ao crédito, porque seus titulares podem dar como garantia o valor de resgate da apólice. Esta combinação de poupança, crédito e seguro pode ser um instrumento eficaz para ajudar as famílias pobres a enfrentar uma variedade de riscos, desde que o programa seja bem engendrado, tanto na formatação do produto quanto em sua venda, de forma a manter custos compatíveis.

Seguros dotais já são vendidos em grande quantidade para clientes de baixa renda. Na África do Sul, estima-se que, no final de 2004, 300.000 pessoas de baixa renda possuíam este tipo de seguro (Smith e Melzer, 2004). A Delta Life (Bangladesh), a Tata-AIG (Índia) e a ALMAO (Sri Lanka) vendem seguro dotal aos pobres, com resultados variados em demanda, exequibilidade e lucratividade. Essas empresas são todas seguradoras regulamentadas, embora suas agendas não sejam iguais.

[5] Nestes países, a taxa de mortalidade pode decrescer enormemente através do uso de tecnologias para a saúde *já existentes*, como vacinação, bons sistemas de esgoto e água tratada. Nos países desenvolvidos, a melhoria da mortalidade por tecnologias existentes será mais limitada. É claro que, em ambos os grupos de países, novas tecnologias irão melhorar as taxas de mortalidade. Portanto, o tratamento atuarial das anuidades será difícil em qualquer caso.

Quando a Delta Life iniciou suas operações em 1986, ela foi uma das primeiras seguradoras a trabalhar em Bangladesh (logo após a privatização, em meados da década de 1980). Inicialmente, ela vendia apólices para os abastados, mas, logo começou a complementá-las com microsseguro. Na venda desse produto, sua missão era explicitamente social. Contratou profissionais de seguros para cuidar das operações da faixa alta, e assistentes sociais para o microsseguro. Em 2002, os diretores profissionalizaram também o microsseguro, para também visar ao lucro. Mas a despeito de sua louvável motivação, a Delta tem sido criticada por oferecer um produto que não traz os benefícios adequados aos clientes pobres e é vagarosa em pagar as indenizações. Em consequência, mais da metade de suas apólices não foi renovada.

A Tata-AIG inicialmente abriu os microsseguros porque na Índia as seguradoras são legalmente obrigadas a atender o mercado dos pobres e o mercado rural. Embora este mercado não seja tão lucrativo quanto outras linhas de seguro, a firma cedo reconheceu que ele lhe trazia outras vantagens, como a divulgação da marca, expansão do mercado e cumprimento de obrigações de responsabilidade social.

Tabela 12 **Duas seguradoras com seguros dotais**

Instituição	*Tata-AIG (US$)*	*Delta Life (US$)*
País	India	Bangladesh
PIB per capita (NU, 2003)	564	376
Nome da apólice	Karuna Yojana	Dotal (com lucro)
Prazo	25 anos	15 anos
Prêmio	6,67 por ano, sob as características abaixo (inclui poupança e prêmios do seguro)	6,33 para cada US$ 100 segurados (inclui prêmios do seguro e da poupança)
Benefícios	Se sacado aos 18 anos, o valor segurado é 556, o benefício na maturação é 112.	de 85 até 1.650 Outros benefícios: após dois anos, direito de fazer empréstimo de até 90% do valor pago num ano, a 20% de juros a.a.

A ALMAO começou em 1991 como um plano informal de seguro da rede Sanasa de cooperativas de crédito e poupança, oferecendo produtos básicos para cobertura de morte, invalidez e hospitalização. A ALMAO também ofereceu às sociedades Sanasa outros serviços, como cobertura de proteção para empréstimos, previdência, seguro de bens e seguro saúde para empregados. Em 2002, ALMAO se registrou como uma companhia seguradora formal. Tal mudança de status estimulou a firma a introduzir uma nova série de produtos dotais gerenciados e precificados profissionalmente. Infelizmente, eles aparentemente não tiveram sucesso em atender às necessidades do mercado-alvo, porque a demanda até agora foi muito pequena.

Como instrumentos para coletar a poupança contratual a longo-prazo dos pobres, as apólices dotais são algo controvertido. Em muitos países, tais apólices não dão um bom resultado porque, em comparação com outros instrumentos, as despesas são altas e os pagamentos, baixos. Como elas são vendidas individualmente, em vez de o serem para grupos, as despesas de venda são acrescidas, particularmente na forma de comissões de venda. O sistema de comissões também tende a fomentar práticas que não estão dentro do espírito do microsseguro (*ver Capítulo 3.2*). Produtos dotais são difíceis de formatar e gerenciar. Na garantia de pequenos montantes, os custos às vezes são cobertos fixando-se valores comparativamente baixos para pagamento aos segurados. Por exemplo, muitos segurados pobres recebem de volta bem menos do que pagaram em prêmios por não lhes ter sido possível manter seus pagamentos em dia. Para que os seguros dotais possam realmente beneficiar o pessoal de baixa renda, este e outros obstáculos têm de ser removidos.

2.3 Seguro de meta de poupança

Uma terceira maneira de abordar as necessidades de poupança de longo-prazo e de seguro do mercado de baixa renda é através do seguro para garantia de uma meta de poupança. O TUW SKOK, o principal provedor de seguros para as uniões de crédito polonesas, oferece este tipo de produto para encorajar os membros associados a desenvolver um programa regular de poupança. O próprio associado estabelece a meta de poupança e o prazo, que é de dez anos, no máximo. A união de crédito possui um software que calcula qual o depósito mensal necessário para atingir a meta. O programa também calcula o prêmio mensal para a cobertura de seguro. Na eventualidade da morte acidental do associado, o TUW SKOK pagará ao beneficiário a diferença entre a meta da poupança e o saldo na data da morte. Há também um componente para invalidez temporária, se o associado ficar sem poder trabalhar por mais de 30 dias.

Este tipo de seguro é particularmente interessante para as uniões de crédito porque ele é bem integrado com sua atividade principal e as ajuda a atingir suas próprias metas tornando a poupança contratual mais atraente. E também torna mais fácil a venda do produto porque o encarregado da venda pode perguntar ao associado se ele deseja pagar o adicional de cobertura do seguro na hora de abrir a conta de poupança.

Uma diferença importante entre o seguro dotal e o seguro para garantia de uma meta de poupança é que, nesta última, o saldo da poupança não fica em poder da seguradora, mas sim da união de crédito. Do ponto de vista da seguradora, trata-se de um produto muito simples: um seguro de vida a prazo com uma quantia segurada decrescente. Mas ele pode ser menos interessante para a seguradora do que um seguro dotal porque a seguradora preferirá dispor do valor dos

prêmios para investi-lo e gerar renda adicional. Mas para os clientes, o seguro de garantia de uma meta de poupança pode ser mais vantajoso, porque suas economias não mais serão usadas como base para pagar comissões de venda ao agente. Ademais, seu preço é mais módico; TUW SKOK, por exemplo, cobra 0,07% por mês de cobertura sobre o saldo que falta para atingir a meta[6], ao mesmo tempo que a união de crédito paga 3 a 6% por ano sobre o saldo da conta.

2.4 Separando poupança a longo-prazo e seguro

Uma quarta maneira de abordar a questão é oferecer poupança e seguro separadamente. Um seguro de vida temporário é relativamente fácil de obter. O serviço de poupança a longo-prazo, é claro, só poderá ser oferecido por instituições autorizadas a aceitar depósitos e com uma reputação que motive os clientes a confiar nelas. Como dito anteriormente, a oferta desses serviços é limitada, mas há alguns exemplos de instituições que oferecem poupança contratual de longo-prazo (*ver Quadro 19*).

Quadro 19

O plano de pensões da Grameen

Como parte do "Grameen II" – uma completa reformatação de seus produtos que o Banco Grameen fez em 2001, numa tentativa de recuperar o desempenho declinante da década de 90 – o Grameen começou a oferecer um programa de poupança a longo-prazo para a população pobre, que veio a se tornar um dos maiores (e de mais rápido crescimento) do mundo. O programa está baseado num produto muito semelhante a outro, extremamente bem aceito, que já vinha sendo oferecido pelos bancos comerciais a bengaleses mais ricos. A popularidade do novo produto é um indício de que o baixo uso deste serviço pela população pobre decorre da falta de oferta, e não da falta de demanda.

Os prazos oferecidos são de 5 ou 10 anos, e os depósitos iguais e mensais podem ser tão módicos quanto US$ 1. No programa de 10 anos, os juros são de 12% a.a. (em termos reais, cerca de 8% a.a., bem melhor do que os pagos por bancos em programas semelhantes, o que gerou uma súbita demanda de famílias não-pobres para se associarem ao Grameen). Atingida a maturação, o depósito pode ser retirado em dinheiro ou sob forma de um rendimento mensal (não uma anuidade, apenas o rendimento sobre o depósito, que é de 12% a.a.). Os poupadores podem também transferir seu depósito para um dos programas de CDB do Grameen, que oferecem rendimentos atrativos. Não entra no programa o fator "seguro", e nem há uma demanda por ele.

[6] Se a meta de poupança é de 1.000 e o valor atual depositado é 900, a diferença de 100 será segurada por um prêmio anual de 0,84 (0,07 × 100 × 12 meses).

Os depósitos são feitos durante as reuniões semanais das quais todos os associados do Grameen têm obrigação de participar. Desta forma, o Grameen usa seus próprios "agentes", de uma forma muito econômica, pois eles também são os responsáveis pela prestação de serviços aos prestamistas.

O Plano de Pensões do Grameen (GPS), que já existe há cinco anos, atraiu mais de 3 milhões de contas, e o valor total chegou a cerca de US$ 83 milhões no final de 2005. O GPS foi um dos principais fatores para que Grameen passasse de provedor de microcrédito para um real intermediário financeiro: seu portfólio de poupança, considerando todos os seus produtos, é atualmente de US$ 450 milhões e excede seu portfólio de empréstimos.

Não é fácil entender por que o programa se tornou tão popular, uma vez que todos os prestamistas com empréstimos de mais de US$ 125 são obrigados a manter uma conta no banco com saldo mínimo. Não obstante, muitas contas têm saldos acima do mínimo e muitos poupadores têm mais de uma conta. Estes fatos sugerem que o programa tem valor por si mesmo uma conclusão reforçada pelos depoimentos de poupadores, tomados numa pesquisa patrocinada pela MicroSave.

Fonte: Rutherford, Notas pessoais baseadas numa pesquisa feita para a MicroSave, 2005.

Após sua desastrosa experiência com anuidades, o Banco CARD acabou por oferecer poupança contratual de longo-prazo. Deixando de lado a preocupação com as complexidades do seguro, o Banco criou um fundo de previdência, no qual todos os associados depositam PhP 5 (US$ 0.09) por semana. Quando eles atingem 65 anos de idade, eles têm garantido um pagamento único baseado no valor depositado mais juros acumulados (atualmente 8% a.a.).

Em comparação com as outras opções discutidas acima, a principal vantagem para o cliente é que ele pode poupar sem necessidade de seguro. Mas, isto também tem uma desvantagem. Caso o cliente morra ou fique inválido durante o período em que deveria estar poupando, ele (ou sua família) nada terá para se socorrer. Se ele desejar ter um seguro para complementar seu projeto de poupança, ele pode procurar quem lhe faça um seguro. Mas, ao procurar uma cobertura individual, não é provável que encontre uma opção mais barata do que uma apólice temporária oferecida pela organização que administra sua poupança (tal apólice deve ser emitida por uma seguradora).

3 Aspectos principais para uma oferta de poupança a longo-prazo e seguro

Quando se oferece poupança a longo-prazo e seguro a pessoas pobres, vários aspectos devem ser cuidadosamente considerados, inclusive estabilidade macroeconômica e política, infra-estrutura do setor financeiro, vendas discrepantes, mecanismos de cobrança de prêmios, cancelamentos e valores de resgate antecipados. Alguns destes aspectos afetam aos seguros dotais mais do que aos outros produtos de poupança.

3.1 Estabilidade macro-econômica e política

Para que qualquer instrumento financeiro retenha seu valor no futuro, a estabilidade macro-econômica e política será um fator-chave. Em todo o mundo, muita gente, rica ou pobre, acordou um dia e descobriu que o dinheiro que havia economizado valia agora quase zero. Os culpados: inflação e/ou desvalorização da moeda. Esses riscos não são banalidades. O estudo de caso da AIG-Uganda relata a história de um segurado que pagou seus prêmios conforme previsto até o dotal atingir a maturação completa. Quando ele chegou ao escritório da seguradora para receber, o valor recebido era menos do que a passagem de ônibus que ele havia pagado para chegar lá.

Em economias instáveis, com alta inflação, é especialmente difícil oferecer poupança de longo-prazo e seguro. Há, no entanto, maneiras de contornar este risco. Por exemplo, a instituição financeira pode oferecer contas em moeda estrangeira e colocar seus investimentos também em outra moeda. Para realizar as complexas operações para se proteger da inflação, as companhias seguradoras tradicionais estarão mais bem preparadas do que as organizadas mais recentemente. Também as taxas de juros e o rendimento dos investimentos podem ser indexados à inflação, com depósitos, prêmios e benefícios sendo aumentados com base na inflação.

A situação financeira das pessoas de baixa renda é precária. Se apólices com componentes de longo-prazo estão sendo comercializadas nesse mercado, elas precisam ser desenvolvidas para oferecer proteção contra instabilidade econômica e ter valor real para os clientes. Qualquer economia está sujeita a inflação não prevista; um produto deve ser projetado para que o comprador tenha um retorno que o proteja contra a corrosão inflacionária. Se a seguradora não puder atingir este objetivo, então, o cliente deve ser encorajado a adquirir bens que mantêm seu valor, como ouro ou gado, e tentar cobrir seus riscos com seguros de curto prazo.

3.2 Infra-estrutura do setor financeiro

Outro importante requisito para que se faça poupança a longo-prazo e seguro é que exista no país um mercado de capitais e de investimentos que funcione bem. Uma poupança a longo-prazo trará benefícios a todos se a instituição que receber os fundos puder investir numa variedade de instrumentos com prazos variáveis. Investimentos em bônus, letras do tesouro, ações e imóveis seriam formas de poupança a longo-prazo, na medida em que eles correspondam ao desejado cronograma de investimento. A capacidade para classificar os investimentos também seria necessária para a avaliação do perfil do risco. Em alguns países, essas condições não existem, sendo difícil fazer um planejamento adequado para poupanças a longo-prazo.

A falta de um setor financeiro com infra-estrutura tem um efeito maior sobre produtos dotais do que sobre metas de poupança ou poupança simples, porque a seguradora baseia seus rendimentos principalmente no mercado de investimentos. Se as oportunidades de investimento forem limitadas, e se for difícil avaliar os riscos das poucas opções disponíveis, será especialmente difícil ter sucesso com produtos dotais. As uniões de crédito e o Banco Grameen, por outro lado, investem grande parte de suas poupanças, senão a totalidade, no portfólio de empréstimos a seus associados. Tal investimento prescinde de bolsas de valores ou agências de classificação de risco, embora crie uma indesejável concentração de risco (*ver Capítulo 3.6*).

3.3 Vendas mal feitas

Outro problema com a venda de produtos de longo-prazo é seu potencial para vendas mal feitas, pois o cliente não pode efetivamente avaliar se a instituição financeira e seu agente continuarão confiáveis ao longo do período que decorrerá após a compra do produto. Este ponto é especialmente problemático para apólices dotais (*ver Quadro 20*), mais do que para programas de poupança, porque estes últimos são mais transparentes. Além desta transparência, os vendedores de produtos de poupança geralmente não ganham comissão sobre o volume de vendas e, portanto, não têm a tentação de enfeitar o produto ou pressionar quem não esteja interessado em comprá-lo.

Quadro 20

Vendas mal feitas na África do Sul

A Black Sash é uma organização sul-africana de direitos humanos que administra escritórios de assistência a diversas questões de defesa do consumidor. Muitos dos casos que chegam à organização se referem a agentes de companhias de seguros que vendem uma superabundância de apólices, incluindo as dotais, a consumidores rurais. Um caso típico envolveu uma empregada doméstica numa agência governamental local.

Até sua aposentadoria, em março de 1993, ela ganhava US$ 162 por mês. Ela pagava US$ 37 por mês por apólices de seguro de quatro diferentes seguradoras. Quando ela se aposentou, passou a receber apenas US$ 58. Resolveu então procurar a assistência da Black Sash.

Depois de uma longa luta envolvendo muitos meses de correspondência com as seguradoras, ela veio a receber US$ 169 no total (pelo resgate das apólices). Uma das apólices foi resgatada quando ela se aposentou, quatro anos antes da data de maturação. Ela foi "assistida" pelo encarregado de pessoal da agência para a qual ela trabalhava. Ele não a avisou que, se ela esperasse a maturidade, receberia muito mais.

Fonte: adaptado de Roth, 1995.

Vendas mal feitas podem ser um problema, mesmo em países com mercados financeiros altamente regulamentados. No Reino Unido estimou-se que 5 milhões de pessoas compraram apólices dotais em vendas mal feitas.[7] Na maioria dos casos, estas pessoas compraram tais apólices em conjunto com uma hipoteca, julgando que a apólice dotal pagaria seus empréstimos quando atingissem a maturidade, só que isto não aconteceu. O Comitê Especial do Tesouro do Reino Unido que investigou a questão estimou uma inadimplência global de £ 40 bilhões (US$ 69.6 bilhões).

É preciso ter em mente que, enquanto pode ser de interesse do agente fazer uma venda mal feita (dependendo dos incentivos à venda), vendas mal feitas também podem ser de interesse para a seguradora, especialmente se a apólice vier a ser cancelada por falta de pagamento. Planos de seguro dotal que levam em conta cancelamentos podem beneficiar os poucos que mantêm o pagamento dos prêmios, mas são de pouco valor para a maioria da clientela. Felizmente, em alguns países, a pressão dos consumidores fez com que as seguradoras, forçadas pelos supervisores, tivessem de pagar centenas de milhões de dólares aos consumidores enganados. As seguradoras tiveram um grande prejuízo, não apenas em dinheiro, mas também na sua imagem junto ao público.

3.4 Métodos de cobrança de prêmios e coleta de poupança

Um ponto-chave em todos os produtos sempre será minimizar os custos da cobrança de prêmios e poupança; de outra forma, pode acontecer que a poupança dos pobres sirva apenas para pagar o custo operacional do provedor. Uma maneira de reduzir custos é diminuir a frequência dos pagamentos; no entanto, para o mercado de baixa renda é razoável imaginar que pagamentos periódicos (semanais, mensais ou trimestrais) se ajustarão melhor ao fluxo de caixa do que um pagamento anual (*ver Capítulo 3.3*).

Para poupança a longo-prazo e seguro, há três modelos básicos de cobrança de prêmios: cobrança eletrônica, microagentes e vinculação do produto a outra transação financeira.

Cobrança eletrônica: Em países onde as pessoas de baixa renda têm contas bancárias, o pagamento de prêmios pode ser feito por débito em conta, que só exige providências quando o débito não ocorre. É assim que as apólices dotais na África do Sul são vendidas aos pobres, pois as famílias frequentemente têm um membro com emprego formal e uma conta bancária. Nas condições atuais, este modelo não seria apropriado para muitos países de baixa renda, embora constantemente estejam surgindo novas tecnologias que podem abrir novas oportunidades, como fazer cobranças usando telefones celulares.

[7] referência: http://www.which.net/endowmentaction/index.html

Nas Filipinas, podem-se fazer depósitos usando um celular por uma taxa de apenas 1 peso (US$ 0.02) por transação, o que é um preço bem mais baixo do que o simples custo do transporte para ir ao banco (Chermonics, 2006).

Microagentes: Na Índia, a Tata-AIG começou trabalhando com uma microfinanceira para vender suas apólices. O programa não funcionou bem, porque havia um conflito entre o curto prazo dos empréstimos da microfinanceira versus o longo prazo das apólices dotais. Cobrar o prêmio de clientes que subscreviam uma apólice dotal, mas, tinham apenas um empréstimo de curto prazo, era difícil. Se, por um lado, é fácil deduzir um prêmio de um empréstimo feito, se o cliente não fizer outros empréstimos, será preciso dispor de algum outro mecanismo de cobrança. Assim, a Tata-AIG lançou mão de agentes individuais, especialmente mulheres de baixa renda, que recebem uma formação num dos Grupos de Segurança Rural das Comunidades (CRIGs), que operam como uma agência. Esses agentes veem seu rendimento como algo suplementar e, assim, se dispõem a trabalhar por comissões relativamente modestas. Este modelo da Tata-AIG será discutido em mais detalhe no Capítulo 4.5.

Delta Life e ALMOA também formaram seus exércitos de agentes com base em donas de casa pobres. Na verdade, os elementos básicos da rotina de cobrança de prêmios porta-a-porta são os mesmos nas três organizações. Este processo funciona bem na Índia, que tem alta densidade populacional e pessoas com nível suficiente de instrução, dispostas a trabalhar por pequenos salários. Não se sabe se este modelo poderia ser aplicado em países que não preencham essas duas condições.

Pagamentos vinculados: Nos exemplos tirados do CARD, Grameen e TUW SKOK, os custos para angariar as poupanças são minimizados, quando estão vinculadas a outra transação financeira. Os clientes do CARD e do Grameen fazem seus pagamentos nos encontros semanais programados, geralmente em locais próximos a seus lares, onde também pagam pelos empréstimos que tenham feito. Na TUW SKOK, quando o associado faz seu depósito mensal, uma pequena dedução é feita automaticamente e, ao final do mês, o valor deduzido é juntado ao valor dos prêmios que a união de crédito deve pagar à seguradora.

3.5 Cancelamentos e o problema dos valores de resgate

Um outro problema que é específico dos produtos dotais é o cancelamento. Na poupança, se o depositante deixar de fazer um pagamento ou parar de depositar, ele pode ter uma redução na taxa de juros, mas não perderá o montante já depositado. Mas se um segurado parar de pagar o prêmio de uma apólice dotal, ela será cancelada e ele terá direito apenas ao valor de resgate, que geralmente corresponde a uma pequena parte da poupança. Devido à irregularidade dos ingressos nas famílias de baixa renda, os cancelamentos são um grande problema para o microsseguro.

O valor de resgate é baixo devido aos custos gerados pela comissão do agente, pela necessária avaliação da situação financeira do poupador, pelo registro dos dados no sistema e pela elaboração do contrato. O agente geralmente recebe sua comissão nos primeiros anos após a venda (*ver Capítulo 3.2*). Ao ocorrer um cancelamento, todos estes custos são deduzidos do saldo do cliente, e ele só recebe o que sobrar. É comum que, nos primeiros anos de vigência da apólice, o valor de resgate seja zero.

Há várias maneiras de lidar com a questão dos cancelamentos. A Delta dá um prazo de trinta dias para o cliente pagar, após o qual o componente de seguro é suspenso. Os segurados podem revalidar suas apólices durante um período de doze meses, desde que paguem uma taxa por atraso e se submetam a uma nova análise de subscrição. Uma apólice pode ser renovada mesmo depois de dois anos, também com uma taxa por atraso e um laudo médico que demonstre condições de saúde aceitáveis. Além de ter introduzido um produto mal-sucedido, que foi o empréstimo para microempresa, que visava a ajudar os tomadores a gerar renda (*ver Capítulo 3.3*), a Delta não adaptou o conceito das apólices dotais para as realidades do mercado de baixa renda, onde se deve esperar que os fluxos de caixa sejam irregulares; acresce que, com os baixos valores segurados, um laudo médico não deveria ser exigido. Contrastando com isto, se os clientes da Tata-AIG atrasam no pagamento de seus prêmios, a seguradora abate o respectivo montante do valor de resgate. Este processo parece estar mais de acordo com as condições do mercado de baixa renda.

Para lidar com a questão dos cancelamentos mais inovações seriam necessárias. Talvez uma área a ser explorada seria a criação de incentivos para pagamento regular, por exemplo, um bônus se os todos os prêmios forem pagos cinco dias antes do vencimento e uma redução de benefícios se forem atrasados, em vez do término de cobertura. O ponto crucial, porém, é que o valor de resgate precisa ser justo e que os clientes estejam cientes das condições da apólice, inclusive do valor de resgate. Ser justo, neste caso, significa o segurado entender quanto do prêmio corresponde ao seguro, e quanto à poupança, e que o rendimento e os ajustes de despesas estejam claramente entendidos antes da compra da apólice.

4 Conclusões

A poupança a longo-prazo e o seguro representam uma nova e promissora oportunidade para expandir a fronteira das finanças. A demanda existe. O desafio é encontrar a formatação correta do produto, o mecanismo para disponibilizá-lo e a estrutura institucional para atender à demanda com um custo baixo, que possa gerar valor. Dos três produtos analisados neste capítulo (excluindo a anuidade, que não foi considerada viável, pelo menos nas condições atuais), sob o ponto de vista da forma do produto, parece que os dois que separam a poupança do seguro (ou que não incluem o seguro) têm uma substancial vantagem sobre os produtos dotais.

Serviços de poupança institucionalizados geralmente não estão ao alcance do pobre ou, se estiverem, as organizações que os oferecem não apresentam solidez ou credibilidade suficientes para operar com poupança a longo-prazo. Consequentemente, as companhias seguradoras estão em boa posição para oferecer uma alternativa, um produto dotal que pode ser atraente para as famílias de baixa renda, se for formatado de maneira a acomodar as características do mercado de baixa renda e gerar valor.

Os principais resultados encontrados neste capítulo são:

- As instituições financeiras têm sido lentas em ofertar um sistema de poupança a longo-prazo para os pobres, por causa de obstáculos da regulamentação, instabilidade macro-econômica, demanda subestimada, e de seus custos, e da falta de confiança dos consumidores. Tais obstáculos podem ser superados e, em alguns países, tem havido progresso, mas pode-se dizer que, em geral, as pessoas de baixa renda não têm acesso a um serviço de poupança a longo-prazo, apesar de haver forte demanda.
- As seguradoras poderiam ter um papel na superação de muitas das dificuldades para desenvolver o mercado de poupança a longo-prazo, seja por conta própria, seja em parceria com uma financeira popular, como uma união de crédito ou uma microfinanceira.
- O sistema de anuidades não é fácil de ser desenvolvido para clientes de baixa renda em países em desenvolvimento; tais produtos não são recomendáveis atualmente, devido a dificuldades atuariais e aos riscos substanciais de mortalidade e investimento.
- Quaisquer produtos de seguro ou de poupança a longo-prazo são difíceis de vender em ambientes de instabilidade política ou econômica.
- Parece que os produtos dotais atualmente vendidos a clientes de baixa renda ainda não foram formulados de forma a oferecer um valor significativo aos que os compram.
- As principais dificuldades relativas a apólices dotais são: (i) garantir que os prêmios possam ser cobrados de maneira econômica durante um longo período de tempo, o que depende de um sistema de cobrança inovador; (ii) baixos valores de resgate, que resultam em o cliente receber apenas uma fração do prêmio pago; e (iii) vendas mal feitas, um problema que tem sido recorrente mesmo em economias desenvolvidas.
- Organizações doadoras e agentes de desenvolvimento deveriam recomendar apólices dotais somente em países onde elas sejam eficazmente regulamentadas e onde os clientes recebam valores razoáveis em comparação com outras modalidades de poupança.
- Em vez de apólices dotais, uma melhor solução seria combinar o componente poupança de uma MFI com os benefícios de um seguro. Isto teria a simplicidade de oferecer um seguro como um incentivo aos clientes que poupassem.

Para aumentar a disponibilidade de produtos para poupança e seguro, as seguradoras, os banqueiros, as organizações doadoras e as agências de desenvolvimento podem contribuir significativamente para melhorar a formatação de produtos voltados para os pobres, ajudando os reguladores a supervisioná-los e fortalecendo os mecanismos de proteção aos consumidores para garantir que tais produtos terão um formato adequado e serão honestamente vendidos.

Nenhum dos produtos atualmente disponíveis é perfeito. Na verdade, novas concepções são necessárias para que melhores produtos de longo-prazo sejam oferecidos para o mercado de baixa renda. Tais inovações terão de ser julgadas por seu mérito. Serão elas seguras, protegidas contra a inflação e bem regulamentadas? Trarão elas um real valor para os clientes?

2.3 Seguros vinculados a poupança e crédito

Sven Enarsson, Kjell Wirén e Gloria Almeyda

Os autores agradecem as contribuições e sugestões dadas por Bernard Fournier e Catherine Tremblay (DID)e Ellis Wohlner (consultor da SIDA- Suécia).

Nos países em desenvolvimento, pequenas cidades ou povoados têm fornecido tradicionalmente aos residentes formas simples de compartilhamento de riscos ou seguro. Um povoado inteiro, um clã ou um grupo de voluntários têm dado assistência a pessoas afetadas por um infortúnio. Em muitos países, grupos de ajuda atuam em funerais, o que representa uma forma simples de seguro voluntário. As pessoas organizaram associações para assistir a família de um associado quando este falecia. Tal assistência poderia ser em dinheiro ou em serviços, e geralmente se destinava principalmente ao funeral, um evento caro. Alguns acumulavam um fundo para enfrentar a despesa, outros coletavam os recursos quando a morte ocorria. A acumulação de fundos mostra que a conexão entre poupança e seguro tem uma longa tradição.

A poupança formal e as cooperativas de crédito surgiram nas primeiras décadas do século XIX, para servir às pessoas de baixa renda. Uma vez que o mercado financeiro organizado não atingia este nicho de mercado, os pobres trataram de criar suas próprias instituições. Estas cooperativas atingiam muitas pessoas, em cidades e vilas, bem como em áreas rurais. Cooperativas de crédito e poupança ofereciam empréstimos de emergência, que funcionavam como um serviço simples de proteção contra riscos para seus associados. Em estágio posterior, foi introduzido o seguro de crédito, que se tornou uma das primeiras formas de microsseguro, à disposição de um grande número de pobres. Tal seguro cobria o pagamento de um empréstimo em caso de falecimento do prestamista. Um grupo segurador americano, CUNA Mutual, teve um importante papel na introdução do seguro para proteção de empréstimos em muitos países, particularmente junto às cooperativas de poupança e crédito.

Nas décadas de 1960 e 1970, vários programas foram estabelecidos em países em desenvolvimento, para oferecer crédito especialmente para pequenos agricultores. Muitos deles não conseguiram recuperar os empréstimos feitos, para os quais não havia a proteção de um seguro. Todavia, os dirigentes políticos e as organizações doadoras ainda viam a oferta de crédito aos pobres como um importante meio de fomentar o desenvolvimento. Nos anos 80 e 90, foram criadas várias instituições microfinanceiras, frequentemente, sob a forma de uma ONG, que

visavam mais aos empreendedores do que aos agricultores. Na medida em que essas organizações iam se robustecendo, a proteção de empréstimos foi se tornando mais e mais comum.

Pouco a pouco, o seguro fornecido por organizações de poupança e crédito foi se desenvolvendo. Essas organizações, tanto na forma de cooperativas quanto na de ONGs, com frequência, ofereciam, como parte integral de sua operação, uma ou duas opções de seguro como proteção para empréstimos, e às vezes arcavam, elas próprias, com o risco; outras preferiam se tornar agentes de seguradoras comerciais (*ver Capítulo 4.2*). Algumas delas até estabeleceram seu próprio ramo de seguros para oferecer uma ampla faixa de serviços a seus associados (*ver Capítulo 4.1*).

Essa evolução do relacionamento entre os seguros e os produtos de crédito e poupança pode ser resumida em duas dimensões complementares:

1. Intermediários financeiros desejam que haja um seguro protegendo sua carteira de empréstimos.
2. Como eles já estão transacionando com o mercado-alvo, fica econômico para eles oferecer às famílias de baixa renda seguros vinculados a poupança ou a crédito.

Este capítulo está baseado principalmente em dez estudos de casos sobre organizações de poupança e crédito que operam com microsseguros. Os estudos cobrem variados mercados, condições e procedimentos de venda. Embora outras organizações possam operar sob regras algo diferentes, os dez casos exemplificam os aspectos importantes dos seguros ligados a poupança e crédito.

A abreviatura "MFI" será usada para todas as organizações operando neste setor, sejam elas ONGs, bancos de microcrédito ou cooperativas de poupança e crédito. Esta última designação só será usada quando houver uma referência específica a uma delas. Os termos "cliente" ou "associado" serão usados para designar a pessoa que comprou o seguro.

1 Produtos vinculados a empréstimos

Muitos produtos de seguros podem ser vinculados a empréstimos. Quando eles são desenhados e gerenciados por instituições de microfinanças, tendem a ser simples e estreitamente relacionados com os serviços de crédito. Quando, porém, existe o envolvimento de uma organização seguradora profissional, os produtos são em geral mais afinados com as necessidades dos clientes e, consequentemente, menos vinculados às operações de poupança e crédito.

Deve-se assinalar que muitas MFIs só oferecem a seus associados serviços de empréstimo. Elas não aceitam depósitos. Naturalmente, elas são inclinadas a oferecer seguros vinculados diretamente aos empréstimos. Quando estes são

pagos, cessam as transações entre a MFIs e seu cliente, e cessa também a cobertura de seguro.

1.1 Proteção de empréstimos

Muitas MFIs introduziram seguro para proteção de crédito, também chamado de seguro de prestamista, para atingir dois objetivos: 1) cobrir a perda que a organização pode ter com a morte de seu prestamista, e 2) aliviar a família do prestamista da obrigação de pagar o saldo devedor do empréstimo, garantindo assim o princípio de que "a dívida morre com o devedor". Comparada aos outros produtos discutidos neste capítulo, a proteção de empréstimo é o produto que dá a mais limitada cobertura ao cliente e seus beneficiários; no entanto, é também o mais barato e, com frequência, uma parte compulsória da operação de crédito.

Um modo comum de operar um programa de proteção de empréstimos é a MFI integrar o seguro ao próprio empréstimo, o que simplifica a administração. Como o seguro é compulsório, o risco de seleção adversa é minimizado e não é necessário contratar pessoal para a cobrança dos prêmios, pois eles serão cobrados juntamente com as amortizações, através de um pequeno acréscimo nas taxas de juros. As condições da cobertura de proteção para empréstimos são geralmente semelhantes nas diversas organizações. As características principais são:

1. Quem toma o risco?

Algumas MFIs assumem o risco elas mesmas. Isto é perigoso porque uma seguradora não regulamentada não pode apelar para o resseguro. Em uma operação de seguro não regulamentada, existe também o risco para o segurado de ver seu interesse negligenciado, muito embora se a MFI falir, seus clientes não irão precisar de cobertura para seus empréstimos. A preocupação com a proteção dos direitos do consumidor surge quando a seguradora fornece outros benefícios além da cobertura para empréstimos. Outra preocupação quando os riscos ficam com a MFI é que as reservas para o seguro podem vir a ser misturadas com outros fundos ligados às operações de poupança e crédito. As vantagens e desvantagens do auto-seguro pelas MFIs serão exploradas em maior detalhe no Capítulo 4.7.

2. Quais os riscos segurados?

Além da cobertura no caso de morte do prestamista, a proteção de empréstimos pode também cobrir invalidez permanente e doença. A inclusão deste tipo de cobertura para as pessoas de baixa renda pode causar problemas e necessita de uma preparação cuidadosa e de termos e condições bem estudados (*ver Capítulo 3.1*).

3. Qual será o preço?

É difícil calcular o custo de uma proteção de empréstimo por si mesma, porque a taxa pode ser cotada de muitas maneiras. Na Guatemala, a Columna cobra das cooperativas 0,71 por Q. 1.000 por mês. Em Zâmbia, a Madison cobra da FINCA 0,8% do valor do empréstimo para uma cobertura de quatro meses, e 3,5% da Pulse, para empréstimos de prazo superior a um ano. No Maláui, OIBM paga 0,35% do valor principal por cada mês de duração do empréstimo, enquanto no México, a Opportunity International calcula o prêmio como [(0,0039 × valor principal/52) × prazo do empréstimo em semanas].

Estes exemplos mostram que a taxa cobrada por um empréstimo, em termos de juros reais sobre o saldo devedor, pode variar de menos de 1% a mais de 8%. Prazos e condições diferentes podem justificar uma variação nas taxas, mas, uma variação tão ampla está mostrando a necessidade de uma melhor regulamentação, uma pesquisa mais aprofundada e uma melhor análise atuarial.

4. Qual o valor segurado?

Comparar as taxas cobradas é também uma tarefa complexa porque o montante segurado difere de um programa para outro. A Columna cobre o **saldo devedor** mais os juros acumulados, o que talvez seja a cobertura mais comumente oferecida. Na FINCA Zâmbia, a cobertura oferecida pela Madison Insurance cobre o saldo devedor, que inclui os juros, porque estes são cobrados por uma taxa global que é somada ao valor do empréstimo no momento em que ele é concedido. Mas no caso das duas associadas da Opportunity International e também no caso do CARD MBA nas Filipinas, o valor segurado é o do **montante já desembolsado**. A OI prefere este sistema porque o emprestador tem garantido a totalidade do saldo devedor independentemente de estar ou não o tomador atrasado na data do falecimento. Outra vantagem em comprar um seguro de prestamista sobre o montante desembolsado é que esta modalidade deixa um saldo às vezes substancial para os beneficiários.

5. O seguro é combinado com outros benefícios?

Proteção de empréstimos pode ser de grande valor para uma família, principalmente se o membro que falecer for justamente o arrimo. Uma deficiência é que a cobertura apenas facilita o pagamento do empréstimo, enquanto os riscos que corre uma família pobre são muito mais vastos. Em consequência, como explicado abaixo, o valor da proteção de um empréstimo pode ser aumentado se forem oferecidos benefícios adicionais, desde que estes também sejam fáceis de administrar.

A proteção de empréstimos é uma forma rudimentar de seguros, frequentemente o tipo de seguro formal com que os pobres entram em contato nos países em desenvolvimento. Se sua implantação for bem conduzida, com amplas cam-

panhas de esclarecimento e divulgação, tal produto poderá melhorar o conhecimento da população-alvo sobre seguros. Infelizmente, como mostram os casos estudados, os clientes e os beneficiários das apólices nem sempre sabem que eles têm esta proteção; assim sendo, a proteção de empréstimos por si só não contribui automaticamente para criar uma cultura sobre seguros. A importância de envolver os clientes no desenho do produto e de lhes dar informações e treinamento é absolutamente fundamental. Outra maneira de sobrepujar algumas das desvantagens pode ser oferecer um seguro de vida obrigatório em vez de um simples seguro de proteção de crédito, como descrito no Quadro 21.

Quadro 21

Seguro de vida como alternativa para proteção de empréstimo

Em vez de proteção a empréstimos, algumas MFIs oferecem, com o empréstimo, um seguro de vida obrigatório. Por exemplo na Índia, a ASA vinha oferecendo seguros em uma ou outra forma por mais de uma década, mas nunca havia oferecido um seguro de vida prestamista. Em vez disto sua apólice básica de seguro de vida temporário (atualmente oferecida em parceria com três seguradoras, cada uma responsável pelos clientes de determinado ramo) dá um benefício de Rs 20.000 (US$ 222) ao beneficiário se o titular falecer. Ao receber a indenização, o beneficiário se torna responsável pelo pagamento do empréstimo (menos qualquer poupança retida pela MFI).

A desvantagem deste sistema é a transação extra que tem de ocorrer quando a reclamação é apresentada. Em vez de a MFI receber diretamente da seguradora, ela tem de cobrar dos parentes próximos do morto. A vantagem, porém, é que o sistema deixa as coisas claras. Os tomadores de empréstimo ficam sabendo que também compraram um seguro e quanto pagaram por ele.

Talvez ainda mais importante é que este sistema tem um efeito-demonstração mais forte do que o da proteção de empréstimo, porque ele cria a oportunidade para se fazer uma cerimônia pública na qual o beneficiário receberá o pagamento do seguro de vida. Nesta cerimônia, os membros do grupo de autoajuda do falecido, bem como outras pessoas da comunidade poderão testemunhar a seguradora cumprindo sua obrigação contratual – ao passo que o seguro de proteção de empréstimo não provê tal oportunidade para plantar as sementes de uma cultura de seguros.

Fonte: Adaptado de Roth at al., 2005.

Se um seguro de vida é oferecido em lugar de um seguro de garantia de empréstimo, o valor segurado deverá ser superior ao valor do empréstimo. Como o tamanho dos empréstimos pode variar muito, há que se fazer uma escolha dos níveis de benefício no seguro de vida. O procedimento para recuperar o saldo do empréstimo também pode ser simplificado, bastando que o cliente dê uma permissão por escrito para que o benefício seja pago através da MFI, que poderá

assim receber o saldo não pago do empréstimo. Uma cerimônia para o acerto de contas pode assim mesmo ser programada. Do ponto de vista de marketing, isto pode até ser mais atraente, pois elimina a necessidade de recuperar o saldo do empréstimo de uma quantia já paga em público.

1.2 Proteção de empréstimo combinada com auxílio funeral

O benefício adicional mais comumente combinado com a proteção de empréstimo é o **auxílio funeral para o tomador do empréstimo**. Além da quitação do empréstimo, o seguro provê um auxílio à família para fazer face às despesas com o funeral. Usualmente, o benefício é igual ao montante original do empréstimo, ou ao saldo ainda por pagar, ou por outro valor acertado. Às vezes, o benefício é maior se a morte for acidental.

O auxílio-funeral às vezes é estendido a outros membros da família além do próprio prestamista.[1] Além de assistir o prestamista numa situação difícil, este dispositivo estimula a regularidade dos pagamentos do empréstimo, beneficiando, portanto, a própria MFI. A seguradora também se beneficia porque a admissão da família aumenta o número de pessoas cobertas, tendendo a diminuir o risco pela inclusão de pessoas de baixo risco, como crianças com mais de cinco anos. Como o cliente procurou a microfinanceira para obter serviços de poupança e crédito, não para obter seguro, o risco de seleção adversa sobre os membros da família é reduzido. No entanto, se o auxílio-funeral não for uma parte compulsória do programa de proteção de empréstimo, existe o risco de que esta cobertura adicional seja escolhida mais por pessoas com parentes doentes ou quase à morte do que por outras pessoas com famílias sadias.

Embora o auxílio-funeral seja principalmente um benefício para o prestamista e sua família, ele é frequentemente compulsório porque está vinculado à proteção de empréstimo. É uma opção administrativa barata e eficaz para organizações de poupança e crédito; no entanto, não há muito espaço para acomodar soluções flexíveis que levem em conta as necessidades específicas dos associados individuais.

O CARD MBA introduziu um Pacote Geral para Garantia de Empréstimos, obrigatório para os prestamistas (*Tabela 13*). Ocorrendo a morte do prestamista, além de pagar o saldo do empréstimo, o benefício inclui o pagamento, a um beneficiário designado, de uma quantia igual às prestações já pagas. Adicionalmente, o cônjuge e até três filhos são cobertos pelo benefício funeral familiar; como alternativa, se o prestamista for solteiro, ele poderá incluir seus pais. Para controlar os riscos de cobrir cônjuges e genitores, o CARD MBA oferece benefícios mais baixos a novos prestamistas e suas famílias.

[1] No documento de Churchill et al. (2003), a proteção ao prestamista é chamada de Benefício Adicional, ao passo que a proteção para outros membros da família é chamada de Vidas Adicionais

Tabela 13 **Sistema de proteção de empréstimos e auxílio funeral familiar do CARD MBA**

	Características e regras dos produtos
Tipo de microsseguro	Seguro de vida compulsório
Produtos individuais ou de grupo	Transações entre a MBA e os associados sempre feitas através do banco ou da ONG. Sob este aspecto é como se fosse uma apólice coletiva. No entanto, a lei exige que a Associação de Benefícios Mútuos (MBA) emita uma apólice para cada segurado, e o acompanhamento também é individual.
Prazo	As renovações do seguro ocorrem quando o empréstimo é renovado
Coberturas (benefícios)	• Valor já desembolsado do empréstimo
	• Único pagamento no falecimento ou na invalidez total e permanente do associado, do cônjuge legal, de filhos legítimos (menos de 21; se maior, só em caso de invalidez; máximo de 3 filhos cobertos), se o associado é solteiro,[2] pode incluir pais legítimos, se com mais de 60 anos
Exclusão fundamental	Período de contestação de um ano.
Preço e prêmio	Proteção do empréstimo: 1,5% a.a. do valor sacado. Seguro-funeral: PhP 5 por semana (US$ 0.09)

Fonte: McCord e Buczkowski, 2004

1.3 Proteção a empréstimo combinada com outros benefícios

Para melhorar o valor para o cliente, como mencionado acima, outros benefícios podem ser adicionados à proteção de empréstimo. A AIG Uganda oferece uma cobertura estendida de proteção de empréstimos que cobre, como costumeiro, a parte não paga do empréstimo no caso de morte não-acidental. Se a morte for acidental, além de pagar o saldo do empréstimo, a seguradora paga uma pequena soma ao beneficiário.[3] O saldo do empréstimo também será pago no caso de **invalidez permanente**. Finalmente, foi também adicionado um elemento chamado de **cobertura catastrófica**, que paga o empréstimo do cliente caso várias microempresas venham a sofrer danos em virtude de incêndio (mas não ajuda a reconstruí-las).

[2] Como mostra a Tabela 21, capítulo 3.1, o benefício varia entre US$ 18 e US$ 665, dependendo do tempo de associação ao CARD, se a morte foi natural ou acidental, e se quem morreu foi o titular ou um dependente.

[3] No caso de morte natural, o auxílio-funeral não é pago, porque a AIG não tem licença para operar no ramo vida.

Além da TYM do Vietnam cobrir o saldo de empréstimo e pagar uma pequena soma como auxílio-funeral (US$ 32 pelo associado, US$ 13 pelo cônjuge ou filhos), o Fundo de Assistência Mútua paga um pequeno benefício em caso de **doença grave ou cirurgia** – embora o uso deste benefício seja limitado, pois cada associado só pode usá-lo uma vez na vida.

A Madison acrescentou outro benefício relacionado à saúde, chamado de **cobertura para doença**, a seu programa de proteção de empréstimo. Se um prestamista fica doente, o seguro cobre as prestações durante o período, variando conforme a frequência delas: 8 prestações semanais, 5 quinzenais ou 3 mensais. Para reclamar o benefício, a doença precisará ser atestada por um médico, o que pode ser um obstáculo (*ver Quadro 22*). O benefício não cobre as despesas do tratamento; ele garante que a MFI receba suas prestações e para os clientes reduz o risco de tomarem um empréstimo, mas, ainda resta para eles o problema de arranjar meios para pagar o médico e os remédios.

Quadro 22

Cobertura para doença num seguro de vida-prestamista?

Quando o CETZAM introduziu este tipo de seguro, a apólice cobria doença. Se esta durasse por um longo período, a Seguradora Madison pagaria até 3 meses de prestações do empréstimo. A experiência mostrou que era difícil para os clientes solicitar o benefício porque eles não conseguiam obter atestados médicos formais, como requerido pela Madison. Resultou daí que a Madison renegociou as condições para que só o crédito fosse coberto, mediante uma redução do prêmio.

Fonte: adaptado de Leftley, 2005.

O seguro de proteção de crédito com benefícios adicionais pode ser um primeiro passo para levar a cobertura de seguro ao mercado de baixa renda. Sendo o produto básico uma parte integrante do empréstimo, os custos da transação podem ser mantidos em níveis mínimos, permitindo destinar uma maior parte dos prêmios arrecadados para pagamento dos benefícios.

Na prática, no entanto, este tipo de cobertura acaba protegendo mais o agente financeiro – por exemplo, se o prestamista fica doente ou sua casa pega fogo, as prestações estão garantidas, mas a assistência para que ele volte à sua vida normal é quase nenhuma. Teoricamente, as microfinanceiras (e seus parceiros seguradores) poderiam prover benefícios mais amplos, mas isto significaria prêmios mais altos, o que pode ser difícil de impor aos compradores, especialmente num mercado de crédito competitivo.

A experiência, especialmente a das cooperativas de poupança e crédito, mostra que as MFIs deveriam ser cautelosas em oferecer benefícios adicionais sem uma preparação cuidadosa e completa. Elas precisariam pesquisar a demanda para entender quais os benefícios que seriam mais úteis para os associados, formatar benefícios simples e fáceis de entender, e assegurar que seus administra-

dores e empregados estejam engajados no processo e sejam recompensados por seu trabalho.

1.4 Seguro de vida opcional

Além das coberturas obrigatórias associadas à proteção de empréstimos, as MFIs também podem oferecer um seguro de vida em grupo opcional, mas também ligado a um empréstimo. As principais razões para ligar esses produtos a empréstimos são a eficiência operacional e a modicidade que são assim obtidas. O argumento **eficiência** é o mesmo da proteção de empréstimos; a maioria dos custos da transação para o seguro já está integrada à transação do empréstimo. Quanto à **modicidade**, as famílias pobres têm dificuldade em dispor de meios para pagar os prêmios. Quando elas fazem um empréstimo, no entanto, a questão fica temporariamente resolvida. Geralmente, se pergunta aos candidatos a empréstimos se eles desejam ter cobertura de seguro, de modo que o respectivo custo possa ser deduzido do valor do empréstimo ou acrescentado a ele.

No caso de seguros de vida opcionais ligados a empréstimos, é preciso que a seguradora acerte com o cliente uma maneira prática de pagar o prêmio depois que o empréstimo houver sido pago, de modo que o cliente continue a ter a cobertura mesmo que pare de tomar empréstimos. É preciso que o cliente entenda bem esta combinação para o futuro, para que ele possa continuar desfrutando da cobertura.

Além de vender seguro de vida prestamista, La Equidad vende seguros em grupo opcionais através de suas cooperativas e de uma ONG microfinanceira, chamada Women's World Fund (WWF). Os vendedores deste produto, chamado *Amparar*, avaliam o pedido de crédito do cliente para determinar qual a opção aplicável. São seis opções, desde CoP 3 milhões (US$ 1,245) até CoP 20 milhões (US$ 8,290). Em favor da eficiência e da modicidade, os clientes que desejam a cobertura concordam em incluir no valor de seus empréstimos o valor do prêmio anual. O prêmio anual para o menor dos planos é equivalente a 2,3% de um empréstimo de US$ 500. Os prêmios também podem ser pagos juntamente com as amortizações do empréstimo (tais amortizações podem ser mensais, trimestrais ou semestrais). Mas o programa não está livre do problema comum da não-renovação, por aqueles clientes que cessam de pedir empréstimos.

A ALMAO no Sri Lanka oferece um seguro-funeral por um prêmio baixo, de menos de US$ 2 por ano. Uma apólice pode cobrir até nove pessoas (o associado, seu cônjuge, filhos, pais e agregados). O benefício de US$ 100 é pago pela morte de qualquer das pessoas cobertas, mas é limitado a dois falecimentos por ano por família. Um dos objetivos deste produto é usá-lo para introduzir o seguro para associados da Sanasa, um grande movimento de cooperativa de poupança e crédito. O seguro-funeral é um produto popular que complementa os serviços oferecidos por numerosos grupos de auxílio-funeral no Sri Lanka.

Da mesma forma que o seguro para proteção de empréstimos, o seguro de vida pode também englobar outros benefícios que são importantes para os segurados. A Columna, por exemplo, além de oferecer proteção de crédito (discutida acima) e seguro de vida (discutido abaixo), oferece um seguro de vida em grupo, "*Plan de Vida Especial*", para as cooperativas venderem a seus associados. Embora seja um produto facultativo, do ponto de vista da seguradora, 75% das cooperativas que aderiram ao programa preferem vendê-lo como compulsório para seus novos associados, com vistas a aumentar o volume vendido e agilizar a burocracia.

Por um prêmio de Q. 63,39 por um valor segurado de Q. 10.000 por ano, o principal benefício oferecido é um seguro-funeral que varia entre Q. 10.000 (US$ 1,235) e Q. 50.000 (US$ 6,173), dependendo da idade e das preferências dos segurados.[4] A apólice oferece os seguintes benefícios adicionais:

- **Morte acidental**: se a morte for acidental, a indenização terá o dobro do valor.
- **Morte acidental especial**: se a morte ocorrer em virtude de um acidente "especial", por exemplo, usando transporte público, elevador, ou num incêndio num edifício público, a indenização terá seu valor triplicado.[5]
- **Invalidez total e permanente**: se ocorrer num acidente, o segurado recebe o valor do seguro.
- **Perda de membros**: esta indenização é paga de acordo com a seguinte tabela:
  - 100% do valor segurado para a perda de ambas as mãos, ambos os pés, perda da visão nos dois olhos, perda de uma mão e um pé, ou perda de uma mão ou um pé junto com a perda de uma das vistas.
  - 50% pela perda de uma mão ou um pé.
  - 33,3% pela perda de uma das vistas.
  - 25% pela perda do polegar e qualquer outro dedo na mesma mão.

[4] Este produto tem as seguintes exclusões: suicídio durante os dois primeiros anos; morte natural, durante os primeiros 180 dias; e morte ou invalidez ocorrida durante a prática de atividades ilegais. Para se habilitar, o candidato deve ter menos de 64 anos ao ingressar, e não mais de 74 para renovar.

[5] A alguns técnicos, não agradam os benefícios pagos em valores múltiplos, porque isto pode ser usado como um truque de marketing que raramente chega a ser efetivamente pago. Outra desvantagem está nos custos de verificação do sinistro, porque a seguradora (ou seu agente) terá de determinar se a morte foi, de fato, acidental, um processo que geralmente é mais complicado em comunidades pobres (*ver Capítulo 3.4*)

De forma semelhante, o programa do Fundo Mútuo de Previdência da Yasiru, no Sri Lanka, usou o seguro de vida como base para agregar outros benefícios que foram desenvolvidos em diálogo com os associados. Estes são classificados em quatro categorias dependendo de sua situação doméstica, de forma que famílias menores pagam prêmios mais baixos. Em cada categoria, o associado pode escolher entre cinco níveis diferentes de prêmios mensais para ter direito a uma gama de benefícios (*ver Tabela 14*).

Tabela 14 **Classes de benefícios para prêmios mínimos/máximos na Yasiru**

Classe de benefício		*Prêmios mensais*	
		Mínimo	*Máximo*
		LKR 5-15	*LKR 50-150*
1	Morte acidental (após 18 anos e antes de 65 anos)	6.000	60.000
2	Invalidez permanente após 3 meses, antes dos 65 anos, por acidente	12.000	120.000
3	Morte natural (após 18 anos e antes de 65 anos)	3.000	30.000
4a	Morte súbita, antes dos 18 anos	3.000	3.000
4b	Morte súbita, entre os 65 e os 75 anos	3.000	6.000
5a	Hospitalização, por dia, até um máximo de 15 dias	30	300
5b	Tratamento tradicional, por dia, até um máximo de 15 d.	15	150

Nota: taxa cambial: LKR 100 = US$ 1.
Fonte: Enarsson e Wirén, 2005.

Embora estes produtos de seguro de vida em grupo sejam de aquisição voluntária, as seguradoras e os agentes podem agilizar sua venda e diminuir as etapas do processo distribuindo-os através de organizações de poupança e crédito, tornando-os mais baratos e ao alcance do mercado de baixa renda. Estes produtos trazem mais benefícios aos clientes do que a cobertura associada à proteção de empréstimos; no entanto, sua participação no mercado não é marcantemente alta (*ver Tabela 15*). Uma explicação para estas modestas vendas é o fato de que os vendedores não estão suficientemente motivados, treinados ou bem recompensados para vender um produto que não é o principal negócio. Uma outra explicação pode ser a lentidão com que uma cultura de seguro se desenvolve: na medida em que algumas pessoas começarem a se beneficiar da cobertura, outras passarão a se interessar por ela.

Tabela 15 **Porção do mercado coberta por alguns programas voluntários de seguro de vida**

Organização	*Apólices emitidas*	*Tamanho potencial do mercado*	*% coberta*
La Equidad e suas cooperativas (La Equidad)	18.223	218.000	8,7
La Equidad e WWF (Amparar)	11.150	44.000	25,3
Yasiru e ONGs	9.000	60.000	15,0
ALMAO e Sanasa	2.000	800.000	0,3
Columna e suas cooperativas	54.000	500.000	10,8

Com base nas lições colhidas em diversos estudos de caso, devem ser considerados os seguintes aspectos quando se for implementar um programa de seguro de vida temporário e opcional, vinculado a empréstimo, para o mercado de baixa renda.

1. A demanda é crítica

O produto terá maiores chances de sucesso se for formatado com a ajuda dos clientes, para que se tenha certeza de que as coberturas mais necessárias serão incluídas. O produto deverá ser simples e de fácil entendimento. A modicidade do prêmio, o valor segurado e o número de dependentes cobertos são fatores críticos, a serem dimensionados segundo uma pesquisa de mercado.

2. Distribuição do produto e cobrança do prêmio

No microsseguro, a maneira mais comum de oferecer seguro de vida temporário é associá-lo a um empréstimo de uma MFI e usar o sistema de cobrança do empréstimo para cobrar o prêmio. Mas, os clientes podem querer o seguro sem que tenham feito empréstimo. Se a MFI operar um sistema de poupança, será melhor associar o seguro a uma conta de poupança. Ela poderá vender seguros de vida a seus poupadores sem esperar que eles tomem um empréstimo.

3. Manter os prêmios a preços módicos

A melhor maneira de manter a modicidade dos prêmios é cobrá-los a intervalos regulares. Pagamentos frequentes encarecem a cobrança, mas o custo pode ser reduzido se forem usados empréstimos ou contas de poupança para efetuar a cobrança.

4. Seleção adversa

Para controlar a seleção adversa em seguros de vida voluntários, deve ser introduzido um período de carência – tipicamente um mês. Isto também pode ter um efeito na redução dos cancelamentos, se os clientes forem avisados de que, no caso de atraso de pagamento, eles serão submetidos a um novo período de carência. Tal período deve ser longo o bastante para desencorajar quem tenha a inten-

ção de abusar do produto, mas curto o bastante para não ser visto como proibitivo.[6] Limites estritos de idade, com benefícios reduzidos, podem também ser necessários para evitar a seleção adversa. O efeito negativo de doenças terminais, como a AIDS, é de difícil controle. Sempre será necessário que a MFI tenha um bom conhecimento das condições locais, pois isto será de vital importância para enfrentar não apenas a questão da seleção adversa, mas outros problemas que podem inviabilizar a colocação de seguros de vida. A seleção adversa também será mitigada pelo fato de os associados terem procurado a MFI em busca de poupança ou de serviços de crédito, e não de seguro.

5. Tornar fácil o processo de reclamação

Um processo complexo para apresentar reclamações acaba por encarecer os custos e causar insatisfação nos clientes. Trabalhando com produtos simples (por exemplo, se a pessoa morreu, nós pagamos) e reduzindo o objetivo da cobertura, os custos serão menores e a satisfação dos clientes, maior. É difícil para um funcionário da MFI avaliar se alguém está realmente doente, mas é fácil constatar que a pessoa morreu.

6. Evitar a contestação por doenças existentes

Algumas seguradoras exigem que a indenização por uma morte resultante de uma doença existente esteja sujeita a um período de contestação, que pode chegar a um ano. Tal estipulação é difícil de explicar tanto aos clientes quanto aos funcionários que gerenciam os empréstimos, além de ser difícil de exigir, pois com frequência os clientes não dispõem de registros médicos formais.

7. Minimizar o número de exclusões

Uma longa lista de exclusões é difícil de explicar aos clientes: consome tempo e frequentemente os clientes não chegam a entender o assunto.

8. Um só preço para todas as idades

A prática padrão das seguradoras é aplicar preços diferenciados para seguros de vida, conforme o sexo e a idade da pessoa. Mas, isto pode ser difícil para os clientes entenderem. Nos casos em que uma simplificação for considerada necessária, uma taxa única pode ser usada se os benefícios forem pequenos (pelo menos até que tanto os clientes quanto os empregados da MFI adquiram melhor conhecimento das práticas do seguro). A taxa única penalizará os clientes mais moços,

[6] Nem todos os técnicos concordam que a carência é um processo eficaz para controlar a seleção adversa. Talvez um mês não seja suficiente para controlar o problema. No entanto, é comum que os segurados paguem a cobertura plena mesmo não tendo proteção durante a carência. Abordagens alternativas da questão serão tratadas no Capítulo 3.1.

mas as importâncias seguradas e os prêmios são tão pequenos que as diferenças serão aceitáveis. Porém, para apólices de maior valor, uma tabela de taxas variáveis será necessária.

9. Promoção de vendas simplificada
O fundamento básico para vender seguros é ter um produto simples que atenda a uma necessidade óbvia. As equipes de vendas e de promoção devem ser bem treinadas. Como discutido no Capítulo 3.2, os argumentos de venda devem se concentrar nos fatores mais importantes: qual o custo, qual o benefício, quem estará coberto? Além disto, deve-se fazer publicidade cada vez que os benefícios estiverem sendo pagos.

2 Seguro vinculado a poupança

Na maioria dos países, as regulamentações bancárias não permitem que ONGs microfinanceiras ofereçam serviços de poupança. Na última década, porém, diversos países criaram legislação especial para regulamentar as MFIs que recebem depósitos. As cooperativas de poupança e crédito, que constituem a maioria das MFIs em alguns países, normalmente, têm permissão para receber depósitos de seus associados. Nestas organizações, há uma grande vantagem em oferecer seguros vinculados a poupança, em vez de vinculados a crédito, porque assim os associados podem ter cobertura de seguro sem estar devendo empréstimos.

2.1 Seguro de vida vinculado a poupança

O tipo mais comum de seguro vinculado a poupança é o chamado **seguro de vida vinculado a poupança** (*life savings*). Neste programa, o benefício pago é igual ao valor total poupado quando ocorre a morte do segurado. No caso de morte acidental, é comum que seja pago um valor múltiplo do valor do saldo da poupança, tal como o triplo do valor. Na maioria dos casos, o segurado indica quem serão os beneficiários. A cobrança do prêmio é normalmente feita pela dedução de um percentual do saldo da poupança do segurado. Esta estrutura faz com que este seguro seja muito compensador para as MFIs, em termos de custo.

Uma maneira eficiente de administrar um serviço de seguro de vida vinculado a poupança é o que é usado pela União de Cooperativas de Crédito e Poupança do Maláui (MUSCCO), na qual tal seguro é um benefício adicional para todos os associados. Isto permite que as cooperativas paguem o prêmio numa base coletiva, isto é, a cooperativa faz um pagamento para todos seus associados, calculado com base na soma dos saldos de todos eles. A taxa mensal de prêmio foi recentemente elevada de MK 2,50 para MK 4,00 para cada MK 1.000, principalmente por causa do efeito do HIV/AIDS na taxa de mortalidade.

É difícil engendrar um meio de pagamento mais barato do que este. A grande vantagem é que todos os poupadores estão cobertos e não há perigo de perder tal cobertura por estarem os prêmios em atraso. O risco de seleção adversa também é mínimo. A cobertura máxima oferecida é de MK 100.000 (US$ 935).

No entanto, o seguro de vida vinculado a poupança também tem suas deficiências. É comum que as pessoas diminuam ou até acabem com suas poupanças em tempo de dificuldades que antecedem um falecimento (por exemplo, para pagar despesas médicas ou compensar falta de rendimentos). Desta forma, o saldo da conta por ocasião da morte é baixo e, em consequência, o benefício também, dando aos beneficiários um valor reduzido. É possível diminuir este problema mudando o cálculo do benefício, baseando-o, por exemplo, no saldo médio da conta (durante um período de seis meses) um ou dois anos antes da morte. Este método, porém, só pode ser recomendado no caso de se possuir longos registros da evolução dos saldos, preferencialmente em computador. Para usar o método será necessário mais trabalho administrativo e expertise atuarial para levar a cabo os cálculos necessários, mas o valor da cobertura será mais substancial.

Se um associado da MFI claramente solicita um seguro de vida, há outras soluções. Uma delas é oferecer a todos os associados uma soma fixa por ocasião de sua morte e pagar pela cobertura uma ou duas vezes por ano, como uma despesa administrativa que é debitada em sua conta de poupança. Isto significa tratar o seguro como compulsório e pagar a todos os associados, ou melhor, seus beneficiários o mesmo benefício. Passa a ser um seguro mais ligado à condição de associado do que propriamente à poupança, que só será usada para facilitar a administração do serviço.

É claro que se poderia oferecer um programa semelhante em base opcional e com uma escolha (limitada) de benefícios. Isto poderia aumentar os riscos de seleção adversa e os custos administrativos, mas seria mais bem adaptado às necessidades dos clientes. Em sistemas computadorizados, os custos ainda podem ser mantidos em níveis razoáveis.

2.2 Outros produtos vinculados a poupança

Além do seguro de vida vinculado a poupança, da poupança a longo-prazo e de outros produtos de seguro discutidos no capítulo anterior, há outros modos pelos quais a poupança pode servir para levar a proteção de seguros a pessoas de baixa renda. Essencialmente, qualquer tipo de seguro pode ser associado a uma poupança, que servirá para minimizar os custos das operações de cobrança dos prêmios. A Opportunity International começou a experimentar o uso de contas de poupança como método para distribuir seguros em Montenegro, Moçambique e Maláui. Este arranjo permite ao cliente pagar os prêmios gradualmente ao longo do mês, com um débito em sua poupança no fim do mês.

A VimoSEWA e o Banco SEWA usaram o mesmo sistema alguns anos atrás, mas ele não teve sucesso porque muitos correntistas não estavam conscientes de que os prêmios iriam ser deduzidos de suas contas. Como discutiremos em mais detalhes no Capítulo 3.3, o Banco SEWA agora oferece um depósito fixo, cujos juros servirão para pagar o prêmio. Enquanto os depositantes mantiverem aquele dinheiro em suas contas e, desde que os prêmios não aumentem, eles terão cobertura permanente (até uma certa idade) sem que tenham que desembolsar dinheiro para o pagamento; e o depósito na sua poupança continua lhes pertencendo.

No Sri Lanka, temos outro exemplo: a Yasiru oferece seguro para os pobres através de organizações comunitárias (CBOs, do nome em inglês). O sistema tem uma conta para cada associado. Quarenta por cento do lucro anual são distribuídos pelas contas dos associados. Eles têm o direito de sacar o valor mais os juros, cinco anos depois de terem deixado a organização. Infelizmente, a inflação atual no Sri Lanka excede o valor dos juros pagos em contas de poupança e, até mesmo, o rendimento das letras do tesouro, tornando difícil que os fundos tenham um rendimento real. Seja como for, o sistema serve para os associados da Yasiru economizarem algum dinheiro para a velhice.

3 A questão da formatação e distribuição dos produtos

Com base nas experiências relatadas, pode-se chegar a várias conclusões sobre aspectos, oportunidades e limitações relativas a produtos de seguro vinculados a crédito e poupança.

3.1 Opcional vs. Obrigatório

Este ponto envolve uma decisão delicada para a maior parte das MFIs. A cobertura obrigatória é, de longe, a maneira mais barata de vender seguros aos pobres, e protegerá muito mais pessoas do que se o seguro for voluntário. O risco de seleção adversa também é minimizado pela cobertura obrigatória. Muitos programas de microsseguros sofrem de uma alta taxa de cancelamentos, o que, com o passar do tempo, mina a confiança do público nos seguros e põe em perigo a viabilidade financeira dos serviços. O sistema obrigatório elimina este risco. Mesmo com um nível de cancelamentos aceitável, a administração de seguros opcionais pode se tornar tão cara que restará apenas uma pequena parcela dos prêmios para pagar os benefícios. Os custos simplesmente consumirão grande parte da receita de prêmios e deixará os clientes com um magro rendimento (benefícios) sobre as taxas que pagaram.

Uma maneira de superar as limitações do seguro obrigatório é através da educação dos clientes. Os clientes das MFIs geralmente sabem muito pouco sobre seguros. A maioria dos programas de microsseguros tem dificuldade de fazer com que suas campanhas de marketing, educação, treinamento e conscientização atin-

jam seu público-alvo. Porém, as MFIs bem estabelecidas criaram canais para prover estes serviços a sua clientela, canais estes que também podem ser usados eficazmente para os propósitos do seguro. A estrutura das cooperativas de poupança e crédito lhes dá uma vantagem específica na redução do ceticismo dos associados no que diz respeito à adoção de serviços compulsórios, pois permite a todos eles participar da decisão de adotar o seguro obrigatório.

A estrutura de comunicação e treinamento de uma MFI pode ser usada para envolver seus associados na formatação dos produtos de seguros, o que pode tornar a cobertura obrigatória mais valiosa para eles ou, pelo menos, mais aceitável. A viabilidade dos serviços também é reforçada quando os produtos proporcionam os tipos de benefícios preferidos pelos clientes. Como será discutido em mais detalhes no Capítulo 3.1, o seguro em grupo compulsório pode ser muito útil desde que os clientes saibam por que estão pagando e apreciem o tipo de serviço.

3.2 Alavancando os ativos

Como as MFIs já estão envolvidas em transações financeiras com seus clientes, é fácil para elas incluir em suas operações a cobrança dos prêmios de seguros. No entanto, algumas delas adotaram procedimentos complicados e caros usados nas seguradoras comerciais em vez de desenvolver suas próprias rotinas, baseadas em suas vantagens específicas. Por exemplo, em vez de usar o sistema de poupança e crédito de seus parceiros das MFIs, para uma distribuição integrada de seus produtos, a Yasuri, do Sri Lanka, contratou agentes de campo para fazer marketing e cobrança de prêmios.

Todas as cooperativas de poupança e crédito, e um número cada vez maior de outras MFIs, operam com poupança e crédito. Isto cria um serviço de cobrança muito eficaz. Por meio de débitos em conta autorizados pelos correntistas, os prêmios são deduzidos das contas a intervalos especificados. Como a maioria dos sistemas é computadorizada, este processo de cobrança tem custo eficaz.

Comumente, o conhecimento local que as instituições microfinanceiras têm sobre seus clientes facilita as vendas. É mais fácil vender a quem se conhece, e as pessoas aceitam melhor produtos fornecidos por entidades conhecidas. Assim, a publicidade, a cobrança de prêmios e os procedimentos para reivindicar indenizações se tornam mais eficientes e eficazes. Com este conhecimento recíproco, não é comum os clientes quererem trapacear. Em consequência, no setor dos microsseguros, diversas simplificações podem ser feitas nos procedimentos para reclamações para acomodá-los às necessidades dos pobres (*ver Capítulo 3.4*).

3.3 Limitações

Os programas de proteção de empréstimos e formação de poupança têm limitações inerentes. A proteção de empréstimos, às vezes, com um seguro-funeral acessório, termina quando o empréstimo é pago. Embora traga benefícios para a família do cliente, ainda assim ele está preso ao empréstimo. Enquanto ele estiver em vigor, os benefícios também estarão. Não existe, portanto, uma redução dos riscos para o cliente e sua família. Esta limitação pode ser resolvida oferecendo apólices de continuação ou cobertura voluntária para quem parou de tomar empréstimo.

Pode-se dizer que, em geral, os serviços de seguros oferecidos pelas MFIs tendem a ser padronizados, compulsórios e simples. Estas características fazem com que os produtos mantenham custos mais baixos, mas, ao mesmo tempo, os serviços não têm flexibilidade e podem não corresponder às verdadeiras necessidades de cobertura de riscos dos clientes.

A formação de poupança é um serviço de seguro naturalmente prestado pelas organizações de crédito e poupança. Uma óbvia fraqueza do produto é que o saldo da conta do segurado (e, em consequência, o possível benefício) é frequentemente baixo justamente quando falece alguém, em virtude de idade avançada ou doença. Uma maneira de superar o problema é calcular o benefício ao saldo médio da conta durante um período anterior à ocorrência da morte.

Há um grande risco de que funcionários de organizações de poupança e crédito deem prioridade às suas tarefas principais e menos atenção às relacionadas aos seguros. Pode ser necessário que estas tarefas sejam alocadas a funcionários específicos (se as atividades de seguros comportarem os custos) ou dar uma gratificação aos funcionários que trabalham com seguros. Embora ambas as medidas aumentem os custos, elas podem ser justificáveis (*ver Capítulo 3.7*).

4 Conclusões

Produtos de seguro associados a poupança ou a crédito podem dar uma importante contribuição para a proteção das pessoas de baixa renda, como também podem ser benéficos para as próprias MFIs. Para usufruir este potencial, as MFIs devem explorar em profundidade os sistemas que tenham estabelecido para a educação, o treinamento e a informação de seus clientes, de modo a mantê-los inteirados sobre a sistemática e formar uma cultura de seguros. O envolvimento dos clientes no desenvolvimento dos produtos e seu autêntico conhecimento sobre seguros são fatores essenciais para uma operação de sucesso.

Para a maioria das organizações de poupança e crédito, o seguro de proteção ao crédito é um ponto de partida natural para fazer os seguros chegarem aos pobres. Quaisquer produtos ou benefícios adicionais deverão ser simples, módicos e fáceis de entender. Deverá ser fácil para os segurados continuar pagando os prê-

mios e usufruindo os benefícios, mesmo depois que seus empréstimos tiverem sido inteiramente pagos.

Um requisito essencial para o sucesso dos seguros associados a poupança e crédito é que se tenha tempo e recursos suficientes para o treinamento do corpo de funcionários da operadora (a MFI). Se o seu pessoal participar do desenvolvimento do produto desde o início, provavelmente executarão as vendas e demais operações de maneira adequada. A questão de alocar funcionários específicos para cuidar da venda de seguros ou gratificar os empregados da MFI que tiverem este encargo deve ser discutida logo no início do processo, preferencialmente através de diálogo com representantes dos empregados.

Para introduzir a venda de seguros por uma MFI é preciso assegurar que sua gerência esteja confiante no projeto, pois o negócio principal da firma sempre será poupança e crédito, ao passo que o seguro será apenas um acessório. É importante encontrar maneiras de mostrar que o seguro melhora e complementa a atividade principal; de outra forma, não será provável que ele receba atenção suficiente para ter sucesso.

As organizações de poupança e crédito devem utilizar ao máximo sua capacidade e sua estrutura quando forem introduzir o microsseguro. Em vez de copiar o oneroso sistema de agentes comumente usado pelo setor de seguros, elas precisam desenvolver seus próprios sistemas de comunicação com os clientes e cobrança das amortizações dos empréstimos. Todas as MFIs que operem contas de poupança devem usar o débito direto como forma de cobrança, deduzindo os prêmios das contas dos clientes a intervalos regulares.

É difícil operar lucrativamente programas simples de microsseguro com prêmios módicos. O sistema de seguro obrigatório reduz substancialmente os custos e, por vezes, é a única maneira de tornar viável o programa. Se uma organização de poupança e crédito planeja introduzir o seguro obrigatório, deve envolver seus clientes na decisão. As cooperativas devem usar sua estrutura democrática para obter uma aprovação formal dos clientes antes de implementar o sistema.

2.4 Atendendo às necessidades especiais de mulheres e crianças

Mosleh Ahmed e Gabriele Ramm

Os autores agradecem a Irma van Leeuwen (Novib), Linda Mayoux (consultora) e Jyoti Tuladhar (OIT) por suas pertinentes observações e sugestões.

Embora a maioria das pessoas de baixa renda que trabalham na economia informal – homens e mulheres que podem ou não receber pagamento – enfrentem em geral riscos semelhantes, sua exposição a tais riscos e o impacto que eles causam são diferentes, devido à situação social, econômica, cultural e política de cada um. As diferenças decorrem de sua ocupação (por exemplo, a construção é uma indústria propensa a acidentes), de seu local de residência (áreas sujeitas a inundação) e outros fatores.

Homens, mulheres e crianças são expostos a diferentes riscos que pedem diferentes soluções. Assim sendo, o microsseguro – como uma possível solução – deve ser projetado para visar às necessidades específicas das mulheres (e dos homens) e das crianças (meninos e meninas). De modo especial, é preciso prestar mais atenção para integrar as necessidades práticas de mulheres e crianças na formatação do produto e nas rotinas operacionais. Contudo, a introdução do microsseguro por si só não pode contribuir para a igualdade sexual. Há causas estruturais de discriminação, de origem legal, social e econômica, que também devem ser abordadas, se houver desejo de melhorar a posição estratégica das mulheres.

Este capítulo começa pela descrição dos riscos específicos que afetam a vulnerabilidade de mulheres e crianças. Depois, dá algumas ilustrações sobre como o microsseguro pode remediar alguns desses riscos. A seção final explica que o microsseguro por si só não poderá resolver este problema; e para que ele atinja seu potencial, serão necessárias mudanças sociais e políticas significativas.

1 Riscos especiais que afetam as mulheres e as crianças (meninos e meninas)

As mulheres formam um grupo particularmente vulnerável. Setenta por cento dos pobres do mundo são mulheres. As mulheres e as crianças estão mais sujeitas à violência, maus tratos e exploração, como prostituição forçada, agressão física e crueldade extrema, ou servidão doméstica ignominiosa. Mulheres e crianças que executam trabalhos domésticos recebem apenas o equivalente a uma fração das longas horas que laboram. Em áreas rurais, cultivar o terreno da família envolve

longas horas de trabalho extenuante pelo qual nenhum pagamento é feito. Nas áreas urbanas, seu trabalho é executado em ambientes insalubres e inseguros, sem proteção legal e sem meios de protestar ou expressar suas opiniões. Em consequência, há uma maior concentração de mulheres e crianças na extremidade inferior de um gráfico que expresse a distribuição de igualdade e segurança na vida.

Esta maior vulnerabilidade resulta em maior temor a riscos. Esta tendência das mulheres pode ser uma resposta racional à sua maior vulnerabilidade e relativa falta de controle sobre suas vidas. Em consequência, suas estratégias para enfrentar riscos se tornam menos eficazes, porque abordagens menos ousadas tendem a resultar em baixos retornos, tornando mais difícil romper o ciclo de pobreza.

Enquanto alguns riscos podem ser tratados com produtos de microsseguro apropriados, será preciso fazer mudanças (nível médio) nas instituições envolvidas, como levar em conta necessidades do sexo feminino e criar linhas de ação dedicadas a mulheres. Acrescente-se que o microsseguro só poderá atingir seu impacto máximo se o status das mulheres na sociedade for melhorado, e se proteção especial para crianças – especialmente meninas – for estabelecida, através de macro-intervenções na estrutura política. Nesta seção, portanto, faz-se uma distinção entre os riscos para mulheres e crianças que podem ser remediados pelos microsseguros e aqueles que requerem uma intervenção do Estado e uma reorientação geral da sociedade no tratamento dispensado a homens e mulheres. As duas estratégias são, na verdade, complementares, e neste capítulo será abordada uma combinação delas. A ênfase, no entanto, será posta nos riscos que podem ser tratados pelos microsseguros e nos mecanismos para implementá-los.

1.1 Riscos que podem ser (parcialmente) gerenciados pelo microsseguro

Comparado com outros programas para minorar a pobreza, o microsseguro é relativamente novo e a demanda por ele ainda precisa ser explorada. A experiência, no entanto, tem demonstrado a necessidade de criar produtos especialmente formatados para atender às necessidades práticas de mulheres e crianças (de ambos os sexos). Esta seção tratará dos riscos de saúde, riscos patrimoniais e ciclo de vida de mulheres e crianças que podem ser atendidos pelo microsseguro.

Riscos de saúde

– As mulheres são vulneráveis a riscos específicos de saúde, como alta mortalidade das mães ao dar a luz e complicações durante a gravidez e o parto. Estima-se que 300 milhões de mulheres sofram danos permanentes como consequência de gravidez e parto (Tuladhar, 2003).
– As mulheres são mais susceptíveis a certas doenças, como as que são transmitidas sexualmente (incluindo HIV/AIDS) do que os homens. Este risco aumenta nas sociedades onde impera a promiscuidade masculina.

- Por serem mais susceptíveis a doenças e acidentes, o risco de as crianças ficarem doentes é maior. Acresce que, na falta de creches, muitas mães levam seus filhos para seus locais de trabalho, onde ficam expostos a outros tipos de acidentes.
- A OIT estima que, hoje em dia, 218 milhões de crianças estejam engajadas em trabalho. 58 % delas trabalham em condições arriscadas, como em minas e indústrias químicas e de pesticidas, lidando com máquinas perigosas. Muitas têm menos de 10 anos e sua imaturidade física as torna mais vulneráveis a doenças e acidentes decorrentes do trabalho (OIT, 2006).
- Riscos de saúde também são ligados a condições insalubres de trabalho. Tais riscos nascem de ambientes como os de curtumes, que expõem as pessoas a pesticidas tóxicos e outros produtos químicos; ou de trabalho na indústria de tapetes e de reciclagem, ou nas ruas, que podem causar sérios problemas respiratórios; ou em construção, um setor especialmente sujeito a acidentes.
- Trabalhos domésticos têm um efeito adverso sobre a saúde de mulheres e crianças. Carregar cargas pesadas, como feixes de lenha, pode prejudicar a saúde de meninas, provocando condições como dores lombares crônicas. O contato com a água em regiões tropicais, seja buscando-a em latas, seja lavando roupa, aumenta a exposição a doenças trazidas pela água, como malária e esquistossomose. Outras tarefas domésticas, como cozinhar com lenha ou carvão, podem trazer problemas respiratórios e queimaduras.
- Tradicionalmente são as mulheres que cuidam de crianças, de doentes e de idosos. Em lares chefiados por mulheres, tais tarefas têm consequências econômicas, porque esses cuidados afastam as mulheres das ocupações que geram renda.

Riscos patrimoniais

- As mulheres são muito vulneráveis em casos de divórcio ou viuvez, em virtude do controle desigual sobre os bens da família. Mesmo se são elas que estejam pagando pelo seguro desses bens, elas podem não usufruir a proteção comprada pelo fato de os bens não pertencerem diretamente a elas.
- Devido a seus baixos rendimentos, é menos provável que as mulheres invistam em melhores ferramentas de negócios, ou em gado e culturas resistentes a pragas, ou que possam pagar por serviços veterinários e outras medidas preventivas.
- A vulnerabilidade física das mulheres faz com que seus bens estejam sujeitos a furto e a crimes. Hostilidade por parte de autoridades locais, como confisco de bens ou destruição de bancas de mercado, costuma ocorrer mais com mulheres do que com homens, especialmente quando a mulher é a chefe da família (Mayoux, 2005).
- As mulheres pobres frequentemente residem e trabalham em áreas de maior risco, o que faz com que seus bens estejam mais sujeitos a danos ou destruição (por exemplo, moradias apinhadas são mais sujeitas a incêndios). A situação ainda piora quando as mulheres não dispõem de dinheiro para reagir a algum choque de que sejam vítimas.

Riscos advindos do ciclo de vida

– As mulheres são especialmente vulneráveis quando lhes morre o marido porque, com frequência, elas perdem seus bens para outros parentes. Elas também se preocupam com sua própria morte, com medo que o marido venha a gastar o que receber do seguro com outro propósito que não o da educação das crianças.
– Como a maioria das mulheres trabalha na economia informal, elas não têm proteção para a velhice. Criar os filhos sem qualquer bolsa-maternidade resulta em trabalho em tempo parcial, com baixos proventos. Assim, mesmo que uma mulher pobre tenha possibilidades de economizar, isto não seria suficiente para prover as suas necessidades de aposentadoria. Com a dissolução da família em sua forma tradicional, outras formas de proteção à velhice se tornaram ainda mais importantes.
– Um baixo nível educacional obriga as mulheres a aceitar trabalhos não-especializados e aumenta a probabilidade de não encontrarem trabalho.

1.2 Riscos originários de discriminação sexual que não podem ser gerenciados com microsseguro

Na maioria dos casos, o microsseguro pode atenuar os sintomas desses riscos, como prover tratamento para quem ficar doente, mas não pode resolver as causas profundas, isto é, a razão pela qual a pessoa ficou doente. Para um bom aproveitamento do microsseguro, há necessidade de mudanças sociais com relação à igualdade sexual. De fato, como as necessidades práticas e os interesses estratégicos são inter-relacionados, a adoção do microsseguro e de uma estratégia mais ampla de igualdade sexual complementam um ao outro.

Na maioria dos países em desenvolvimento, as mulheres são marginalizadas. O baixo status social das mulheres (e meninas), bem como as práticas tradicionais perniciosas em algumas sociedades (mutilação genital, assassinatos por dote ou por alegada desonra, e casamentos precoces) têm efeitos adversos: uma dieta de baixo valor nutritivo aumenta a susceptibilidade a doenças, e a falta de prioridade para a procura de tratamento médico resulta em má higidez.

Durante a infância, as meninas geralmente recebem pouca ou nenhuma instrução, e sua alimentação é menos cuidada que a dos meninos. A má nutrição cria uma reação em cadeia: não apenas enfraquece a criança fisicamente, como também prejudica sua capacidade para o aprendizado. As crianças que não completam a educação básica não adquirem o domínio da lingua e dos números, bem como outras habilidades que serão necessárias para obter um trabalho bem pago na idade adulta. Por causa do HIV/AIDS, de conflitos armados, de motins ou perturbações da ordem pública, muitas crianças se tornam órfãs ou são deslocadas, o que aumenta o risco de perderem as aulas e a proteção da família.

Já como adultos, essas crianças desempenham trabalhos penosos e mal pagos. Na economia informal, as mulheres constituem um grande contingente, sem proteção social, com salários baixos além de um alto diferencial entre seus ganhos e os

de seus equivalentes masculinos, mesmo que estes sejam analfabetos. Seus empregos são menos garantidos no setor informal e elas são as primeiras a serem dispensadas quando o trabalho se torna mais especializado e qualificações técnicas passam a ser necessárias.

As mudanças tecnológicas (por exemplo, o tear mecânico) tiram das mulheres alguns meios tradicionais de obter rendimentos. Como elas geralmente têm menos instrução, são as mais afetadas pelos avanços tecnológicos, e sua admissão para serviços industriais mais especializados é extremamente difícil. Esses problemas se tornam mais graves na medida em que a economia informal se expande. As trabalhadoras informais são as mais ignoradas em termos de condições perigosas de trabalho, além de carecerem de apoio durante a maternidade e, às vezes, perderem seu emprego durante a gravidez.

As mulheres também têm problemas com abuso e violência doméstica. De acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, somente a violência doméstica acarreta altos custos para tratamento e reabilitação. Mulheres vítimas de violência sofrem de graves problemas de saúde (BID, 1999). Além do sofrimento pessoal das mulheres e meninas vítimas de violência, este fato traz uma pesada e duradoura carga para os sistemas de saúde pública (UNICEF, 2000).

2 Microsseguro para as necessidades especiais de mulheres e crianças

Inicialmente, os microsseguros foram lançados por instituições microfinanceiras com o objetivo de garantir sua carteira de empréstimos e aliviar a carga financeira sobre a família do falecido com relação à parte não-paga do empréstimo. Algumas organizações também oferecem um microsseguro para saúde, por não haver serviços médicos de qualidade e a preços módicos. Muitos grupos se iniciaram com programas de saúde comunitários, especialmente na África (*ver Capítulo 4.3*). Como essas atividades foram tipicamente iniciadas por organizações envolvidas com a amenização da pobreza e a ascensão social das mulheres, o microsseguro ficou ligado ao bem-estar delas e suas famílias.

Uma análise das experiências de microsseguro em curso revela que foi obtido algum progresso para reduzir a vulnerabilidade de mulheres e crianças, mas ainda há diversos desafios a serem superados. Esta seção avalia as experiências de microsseguros para atender às necessidades de mulheres e crianças e identifica onde futuras melhorias podem ser feitas.

2.1 Desenvolvimento de produtos

É surpreendente que apenas umas poucas microsseguradoras façam distinção entre as necessidades especiais e oportunidades para mulheres e para homens. A maioria das organizações faz referência a “lares” ou a “segurados”, uma nomenclatura que não reflete explicitamente uma perspectiva de diferenciação entre os sexos. Muitas microsseguradoras têm grande número de mulheres entre seus clien-

tes e, por isto, acham que as mulheres já estão se beneficiando. Na prática, no entanto, os produtos que elas oferecem não foram projetados para atender às necessidades especiais de mulheres (e crianças).

Para corrigir isto, antes de se começar uma operação de microsseguro, seria necessário fazer estudos de demanda diferenciados por sexo, para revelar as necessidades específicas do mercado-alvo, incluindo a situação das crianças (separadas em meninos e meninas). Como o microsseguro é apenas uma das ferramentas para gerenciar riscos, as demais estratégias existentes, especialmente as focadas nas diferenças entre os sexos, devem ser analisadas – o microsseguro por si só não pode, e nem deve, resolver todos os problemas relativos a riscos.

Uma vez que se implemente o microsseguro, uma avaliação sistemática da satisfação dos clientes será uma importante fonte de informações para verificar a adequabilidade dos produtos oferecidos, bem como sua eficácia na proteção contra riscos. Além disto, o envolvimento do grupo-alvo na governança e no gerenciamento (por exemplo, comissões consultivas de clientes) pode garantir que as mulheres serão ouvidas quando se estiver tratando da estrutura e da orientação do programa.

2.2 Benefícios

Na estruturação de **programas de saúde**, as microsseguradoras devem garantir que as questões de saúde femininas serão cobertas, especialmente, as que se referem a gravidez, parto e maternidade, doenças ginecológicas e HIV/AIDS. Por exemplo, no Benin, os benefícios da AssEF são principalmente focados nas mulheres, com ênfase especial na saúde ligada à reprodução (ginecologia e obstetrícia). Na Índia, os seguros do Karuna Trust cobrem qualquer internação em hospitais públicos, de modo que partos, cesarianas e outras necessidades femininas estão cobertos.

Alguns planos, porém, não oferecem benefícios de maternidade porque, diferentemente dos acidentes ou doenças, a maternidade é algo sobre o que as mulheres têm (algum) controle, podendo escolher entre ficar grávidas ou não. Em consequência, a gravidez não é um risco que possa ser diluído em um grupo (*pooled*) num estrito senso de seguro. Além disto, o risco de seleção adversa é maior, porque uma mulher pode saber que está grávida quando os sinais ainda não são aparentes e então ingressar num programa de seguro.

Quando a ONG indiana Shepherd estava negociando seu plano de hospitalização UniMicro com a seguradora estatal UIIC, se ela quisesse incluir partos na apólice, o preço quase dobraria e seria introduzido um período de carência de nove meses. Consequentemente, os associados da Shepherd decidiram não incluir partos, não apenas porque encareceriam a apólice mas também porque apenas alguns associados seriam favorecidos. Em vez disto, a Shepherd ajuda a seus clientes na questão de maternidade oferecendo-lhes um empréstimo a juros baixos (*ver Quadro 23*). Isto sugere que, caso uma organização não consiga incluir riscos especificamente femininos em suas coberturas, outras maneiras de enfrentar tais riscos deverão ser oferecidas.

Quadro 23

O Fundo Sugam da Shepherd

Este fundo tem por objetivo assistir as mulheres grávidas que sejam associadas à Shepherd. Ele é capitalizado por contribuições dos associados, juntamente com doações da Friends of Women's World Banking (FWWB, Corporação Mundial dos Amigos das Mulheres). As mulheres podem sacar do fundo empréstimos subsidiados de Rs. 2.000 (US$ 44) a Rs. 3.000 (US$ 55). O dinheiro é mantido no âmbito da federação local, para facilitar o acesso a ele; o gerenciamento do fundo fica a cargo do Grupo de Auto-ajuda (SHG). De cada pagamento de prêmio feito pelos associados, uma contribuição de Rs. 5 (US$ 0.11) vai para o fundo, aumentando seu valor. O fundo também pode ser usado para ajudar no sustento de meninas adolescentes.

Adaptado de Roth et al., 2005

Também é importante que haja benefícios para atender às necessidades de saúde das crianças. Um seguro saúde para a família inteira beneficiará as meninas e pode ter o efeito de convencer os maridos a dedicar a elas algum dinheiro, o que pode ser bastante importante, dado o baixo poder de negociação das mulheres.

Por exemplo, a *Previsión Familiar* da ServiPerú oferece cobertura de saúde para até cinco pessoas, em serviços tais como consultas, exames para diagnóstico, serviços médicos de emergência, atendimento médico em caso de acidente, hospitalização por doença ou acidente e serviços funerais. Os serviços de saúde são prestados num centro médico próprio, que oferece serviços para homens e mulheres de qualquer idade. Dispõe de serviços pediátricos e há uma clínica de ginecologia e obstetrícia para mulheres. Além disto, o Centro dispõe dos seguintes programas/clínicas especiais:

- programa de assistência à criança
- programa de assistência à mulher
- programa de assistência ao idoso
- Planejamento familiar
- Medicina preventiva

As apólices de **seguro de vida** também podem contemplar as necessidades especiais de mulheres e crianças. A ALMAO, no Sri Lanka, decidiu abordar este tópico diretamente, criando uma apólice para crianças, chamada "Senehasa". O plano paga benefícios às crianças se o pai segurado morre durante a vigência da apólice. O que é singular com respeito a este programa é que, em vez de fazer um pagamento único, quando ocorre a morte, paga-se 20% do valor segurado e, a cada aniversário subsequente da morte, mais 20%, durante quatro anos. Este pagamento gradual se adapta bem às necessidades das crianças beneficiadas, porque lhes dá um apoio financeiro continuado enquanto vão crescendo.

La Equidad opera com uma abordagem semelhante de desdobrar os benefícios ao longo de um período. Na Colômbia, quando morre o arrimo de uma família, uma das providências mais comuns para enfrentar a situação é tirar as crianças da escola. O programa *Amparar*, de La Equidad, procura evitar esta eventualidade provendo um benefício-educação por até 24 meses. A família também recebe, durante um ano, um cheque mensal para comprar mantimentos.

A Delta Life, em Bangladesh, desenvolveu uma apólice para dote matrimonial feminino, que funciona como uma conta de poupança para prover o dote de uma filha do segurado quando ela atingir 18 anos. Embora vendida para prover dote, ela pode ser usada também para educação ou outros propósitos. O prazo será entre 5 e 16 anos, dependendo da idade da filha (que obrigatoriamente deverá ter entre 2 e 13 anos quando o prazo se iniciar). Se o segurado falecer durante o prazo, a filha receberá o valor total segurado quando chegar aos 18 anos (desde que os prêmios estejam em dia por ocasião do falecimento). O prazo de maturação tem a intenção de incentivar os pais a esperar até os 18 anos para casar suas filhas.

Esta apólice não foi a primeira tentativa da Delta para atender às necessidades das filhas. Pelo meio da década de 90, a empresa havia criado um produto que pagava um bônus quando a filha do segurado cumpria certas etapas educacionais e previa uma penalidade se ela se casasse antes de uma certa idade. Em colaboração com o governo, a Delta ofereceu um outro produto de seguro e planejamento familiar, que pagava valores mais altos a segurados que tivessem menos filhos. Este produto foi extinto quando o governo mudou sua política, mas é um bom exemplo de engenharia social que poderia ser associado à oferta de seguros para os pobres.

2.3 Outras características da formatação de produtos

Além do pacote de benefícios, será também importante levar em consideração os efeitos, para as mulheres, de outras características da formatação de produtos.

Pagamento de prêmios: como as mulheres de baixa renda são trabalhadoras sazonais ou ocasionais, é difícil para elas pagar prêmios mensais com regularidade, mas também um pagamento anual pode ser igualmente difícil. O melhor arranjo é o de uma cobrança flexível. No entanto, é preciso que a microsseguradora tenha capacidade para administrar tal sistema e consiga manter baixos os custos. Em virtude de as mulheres terem rendimentos pequenos e irregulares, a microsseguradora deve oferecer uma ampla faixa de opções de pagamento, por exemplo, um período de carência de vários meses e um programa de pagamentos flexível, que permita pequenos pagamentos adaptados à variada situação financeira da cliente em cada ocasião. Tal sistema é especialmente aplicável aos produtos dotais, porque nestes o valor da apólice é significativamente reduzido se o pagamento dos prêmios sofre atraso (*ver Capítulo 2.2*).

Preço: O desejo de oferecer aos pobres produtos baratos e a necessidade de manter a viabilidade financeira da empresa são alvos frequentemente conflitantes. Este dilema tem resultado, em alguns casos, na busca de clientes com renda mais alta e na exclusão de mulheres pobres. Cobrar prêmios mais baratos dos pobres pode evitar algumas complicações, especialmente para as mulheres que, em geral, ganham menos do que os homens. Por exemplo, a Grameen Kalyan e a MHIB, da BRAC, em Bangladesh, cobram um prêmio mais barato de clientes das microfinanceiras coligadas, na maioria, mulheres, do que aquele que é cobrado do público em geral.

Outra abordagem seria usar o preço como um incentivo para encorajar certos comportamentos. Por exemplo, na Índia, VimoSEWA oferece um desconto de Rs. 20 para clientes que inscrevam toda a família (*ver Tabela 16*). Outros objetivos, como o planejamento familiar, podem ser favorecidos cobrando-se prêmios mais baratos das famílias pequenas.

Tabela 16 **Coberturas e preços (em rúpias) da VimoSEWA**

Programa 1	*Associado*	*Cônjuge*	*Filhos*	*Família*
Morte natural	5.000	5.000		
Hospitalização	2.000	2.000	2.000	
Perda ou dano a um bem	10.000			
Morte acidental	40.000	25.000		
Morte acidental do cônjuge	15.000			
Prêmio (anual)*	100	70	100	250

Programa 2	*Associado*	*Cônjuge*	*Filhos*	*Família*
Morte natural	20.000	20.000		
Hospitalização	6.000	6.000	2.000	
Perda ou dano a um bem	20.000			
Morte acidental	65.000	50.000		
Morte acidental do cônjuge	15.000			
Prêmio (anual)*	225	175	100	480

* VimoSEWA tem também outro sistema de pagamento – a conta de depósito fixo – que está descrita no Capítulo 3.3, mas tal sistema não se aplica ao caso de cobertura para toda a família.
Nota: Rs. 44 = US$ 1.

Exclusões: Muitas das disposições das apólices de seguro que indicam insensibilidade quanto ao sexo podem estar estipulados em letras miúdas. Por exemplo, em virtude do alto risco de morte durante o parto, a Delta Life não aceita como segurada uma mulher que esteja em sua primeira gravidez. Em muitos tipos de seguro, limites de idade excluem da proteção as crianças pequenas e os velhos, que são os que mais precisam de proteção. O ideal seria que as microsseguradoras fizessem com que seus produtos fossem mais inclusivos.

Liquidação de sinistros: Documentação complicada dificulta a liquidação de sinistros. Como as mulheres são menos conhecedoras dos procedimentos escritos oficiais, elas podem apresentar documentação incompleta, levando à recusa do sinistro. Combinando isto com seu baixo status social e pequeno poder de negociação (por exemplo, com os burocratas), pode ser difícil para elas obter os documentos necessários.

Comissões de venda: as comissões de venda pagas por renovação são muito mais baixas do que as pagas pela apólice inicial. A experiência revela que os analfabetos – predominantemente mulheres – não se lembram da data de expiração de seus seguros e, por isto, não renovam suas apólices, acreditando que ainda estão seguradas. Se os agentes vendedores receberem comissões muito altas pelos novos contratos, eles irão dar mais prioridade a estes, e não se preocuparão com as renovações, para o prejuízo das mulheres menos instruídas.

2.4 Distribuição

Como descrito no Capítulo 4.7, há limitações no uso das MFIs como canais de distribuição para microsseguro. Por exemplo, há registros de que quando a microsseguradora está ligada a operações de crédito, existe uma certa falta de transparência; prestamistas de microcrédito em Zâmbia (Manje, 2005) e em Uganda (McCord et al., 2005a) não estavam conscientes das taxas cobradas pelo processamento de empréstimos e do valor de pagamento de prêmios (algumas vezes as mulheres nem sabiam sobre sua cobertura de seguro). O fato de os prêmios serem deduzidos, junto com outras taxas, do valor do empréstimo segurado deixava nos clientes a impressão de que o seguro era parte dos custos para obtenção de um empréstimo. Tais dificuldades ocorrem com quaisquer clientes, mas as mulheres são mais afetadas, por serem menos familiarizadas com contratos e ganharem menos dinheiro.

Cooperativas são também veículos usuais para a distribuição de microsseguro. A pessoa filiada à organização é geralmente o homem. Na organização Columna (Guatemala), os cônjuges dos associados podem comprar um Plano Especial de Vida sem que seja preciso filiar-se à cooperativa, mas, muito poucas mulheres se interessam por esta oferta. Situações semelhantes foram encontradas nas uniões de crédito associadas a TUW SKOK (Polônia) e La Equidad,[1] bem como nas cooperativas associadas com a Yeshasvini (*ver Quadro 24*).

[1] La Equidad resolveu a questão buscando a colaboração de uma instituição microfinanceira que lide predominantemente com mulheres, a WWF (Women's World Foundation, Fundação Feminina Mundial).

Quadro 24

O alcance da Yeshasvini

Embora cerca de 78% da população adulta de Karnataka, Índia, esteja ligada de alguma forma com uma sociedade cooperativa, a maioria dos cooperativados é de homens. O Yeshasvini Trust dá cobertura aos associados das cooperativas e está aberto a suas famílias. No entanto, apenas 40% dos segurados são mulheres. Como elas geralmente não são associadas das cooperativas, é mais difícil para elas obter um seguro com a Yeshasvini: o associado é o primeiro a obter um seguro, e sua família vem depois. Com mudanças, talvez, pela introdução de taxas mais baixas quando da adesão de toda a família ao programa, pode ser aumentado o acesso das mulheres ao seguro e, ao mesmo tempo, reduzir a seleção adversa.

Adaptado de Radermacher et al., 2005b

Como se pode ver, estes canais de distribuição não são particularmente eficazes para atingir o mercado feminino. A VimoSEWA adotou uma abordagem oposta, isto é, o acesso aos benefícios é feito através das mulheres. A cliente tem o poder de decidir se quer ou não incluir seu marido e seus filhos na cobertura. Ela não poderia escolher cobertura para si e para sua criança, tendo um marido; ela não poderia escolher cobertura para o marido e excluir a si própria – a prioridade será sempre dar cobertura às mulheres, pois a SEWA (Índia) é uma organização feminina (Self-employed Women's Association, Associação de Mulheres Trabalhadoras Autônomas).

Para que se tenham canais de venda "propícios às mulheres", é preciso que haja contato direto e regular com elas, através de pessoas confiáveis e bem conhecidas, como o pessoal de campo das ONGS e/ou MFIs, dedicação do pessoal dos serviços de saúde e vendedoras que sejam mulheres. Tudo isto contribuirá para evitar práticas de venda enganosas e confusões no entendimento dos contratos de seguros. A estratégia de marketing deverá incluir um forte componente educacional, porque a falta de entendimento sobre seguros e suas complexas apólices pode resultar num serviço ineficaz, uma vez que as mulheres com pouca instrução não serão capazes de submeter suas reclamações de maneira correta e adequada. A falta de compreensão sobre o assunto é mais acentuada entre as mulheres do que entre os homens, o que fará com que elas temam mais ser vítimas de vendas fraudulentas.

Por exemplo, a cobrança de prêmios de porta em porta pelos agentes de Delta e Tata-AIG põe seus produtos ao alcance de mulheres que, por várias razões, têm dificuldade de sair de casa. O fato de que a maior parte da equipe é de mulheres também torna o canal de distribuição mais accessível às mulheres. Os vendedores da Tata são mulheres na maioria, e seu foco principal são pessoas já suas conhecidas.

2.5 Grupos-alvos e titulares de apólices

Uma das ironias de muitos dos programas de seguros ligados a microfinanceiras é que eles frequentemente cobrem a vida do prestamista, que usualmente é uma mulher. Como resultado, a mulher não pode ter o benefício do seguro, que só se materializa com sua morte. Nas Filipinas, por exemplo, inicialmente o programa de seguro do CARD só previa cobertura para seus associados em caso de morte. Discutindo o assunto com os associados e com seus próprios funcionários, o CARD percebeu que seu programa oferecia pouco benefício para as próprias seguradas. Esta percepção foi importante para que o CARD passasse a oferecer cobertura também para os cônjuges e filhos, aumentando assim os benefícios para as mulheres associadas.

Diversas MFIs, entre as quais ASA, SPANDANA e FINCA Uganda passaram pela mesma evolução. Realmente, uma necessidade prioritária para as mulheres é o **seguro de vida para seus maridos**. Elas precisam dos benefícios de um seguro principalmente quando seus maridos falecem. As microsseguradoras que introduziram cobertura para o cônjuge reconheceram que elas próprias também são beneficiadas, porque uma viúva enfrenta muito maior dificuldade para continuar pagando seu empréstimo quando seu marido falece sem deixar um seguro de vida.

Quando o sistema permite que o segurado escolha quem será e quem não será incluído na cobertura, com frequência as mulheres e as meninas não são incluídas porque suas vidas e saúdes são menos valorizadas por quem toma a decisão. A **cobertura familiar**, como o Plano de Família da ServiPerú ou o seguro saúde da UMSFG (*ver Quadro 25*) é um meio de evitar que os membros de uma família sejam selecionados de modo injusto e, ao mesmo tempo, ajuda a controlar uma seleção adversa. O produto "My Family", da TUW SKOK, dá cobertura contra morte acidental e invalidez para o associado da união de crédito, seu cônjuge, seus filhos e seus pais até 65 anos. Similarmente, quando a VimoSEWA incluiu os filhos em seu pacote de benefícios de hospitalização, acabou por compreender que deveria dar cobertura a todas as crianças de uma família por um preço único, para evitar que os pais tivessem de escolher que filhos incluir.

Quadro 25

Cobertura familiar da UMSGF

Na UMSGF (Guiné), a associação a uma MHO (Organização Mútua de Saúde) é baseada na família. Todos os dependentes têm de ser registrados. Os líderes de grupo são responsáveis por garantir que nenhum membro da família (especialmente as crianças) esteja excluído da cobertura. Para facilitar a tarefa deles, as MHOs oferecem cobertura grátis para crianças nascidas no decorrer do ano orçamentário. Em lares polígamos, que são numerosos em certas áreas, os registros das famílias são feitos separadamente para cada esposa e seus dependentes. Cada mãe recebe um cartão de associada, para si e para seus filhos.

Adaptado de Gautier et al., 2005.

Uma mulher que tenha cobertura de seguros deve poder escolher o **beneficiário**. Quando elas têm a escolha, é comum que nomeiem suas filhas, de modo que o benefício possa ser usado para sua educação. Se as crianças forem menores de idade e a mulher não confiar que seu marido irá usar o benefício de acordo com as estipulações dela, ela deve poder nomear um curador ou tutor em quem ela confie.

3 Medidas para melhorar a posição estratégica de mulheres e crianças

Considerando as necessidades e as experiências correntes com o microsseguro, há várias medidas que se fazem necessárias para dar uma proteção mais abrangente às mulheres e crianças, principalmente às meninas. Diversas necessidades práticas de mulheres, meninas e meninos poderão ser atendidas mediante um projeto aperfeiçoado de microprodutos, e operações em nível médio, sendo que para atender outros interesses estratégicos serão necessárias mudanças, mais de longo-prazo, na política trabalhista e no status conferido às mulheres na sociedade (a nível macro).

Como este livro está focado no microsseguro, as políticas para melhorar a situação social de mulheres e crianças serão discutidas brevemente, por estarem além do que o microsseguro pode influenciar por si só. Não obstante, mudanças políticas serão essenciais para reforçar o impacto do microsseguro e avançar no caminho que levará a uma igualdade entre os sexos.

Responsabilidade do Estado na proteção social: Por mais sucesso que o microsseguro obtenha, ele nunca conseguirá uma proteção substancial, como foi analisado no Capítulo 1.3. O papel dos sistemas privados sempre será complementar – a proteção social ampla é responsabilidade do Estado. Reconhecendo esta obrigação, os sistemas de microsseguro do Peru (SMI), da Bolívia (SMS) e do Paraguai (SI), todos começaram focalizando as mais importantes necessidades epidemiológicas da gestação e das doenças da primeira infância – riscos que as seguradoras privadas, e mesmo as microsseguradoras, geralmente evitam assumir.

Semelhantemente, o Estado tem um papel importante na proteção de grupos vulneráveis contra riscos covariantes, que não podem ser facilmente cobertos pelas microsseguradoras, pelo fato de lhes ser difícil ou dispendioso ter acesso ao resseguro. Para famílias pobres, especialmente para as mulheres, estratégias posteriores ao fato não são suficientes para enfrentar perdas resultantes de eventos catastróficos – é necessária a assistência do Estado.

Assim sendo, o uso de influência e o patrocínio advocatício das organizações da sociedade civil serão fatores importantes na obtenção de uma abrangente cobertura para os riscos. A abordagem do assunto, no entanto, deve ser cautelosa, pois uma expansão do microsseguro não deve servir de pretexto para um retraimento do papel do governo na provisão de proteção social.

Os mecanismos comunitários de distribuição de riscos são particularmente vulneráveis em virtude de sua limitada capacidade financeira. Perdas catastróficas, riscos peculiares repetitivos e pouco controle podem exaurir suas reservas e levá-los ao colapso. UMASIDA, da Tanzânia, teve de suspender suas operações seis meses após seu início e, passados vários meses, recomeçar após reestruturar seus controles (McCord, 2000). Quando um programa vai à falência, as mulheres pobres em geral sofrem mais do que os homens, por não terem acesso ao microsseguro, possuírem poucos bens e serem limitadas em sua capacidade de ganhar dinheiro.

Aspectos legais e regulatórios: Leis formais e informais determinam o tratamento de assuntos como herança, casamento, direitos sobre bens, renda e relações de trabalho – e assim têm um impacto sobre o poder de barganha das mulheres sobre escassos recursos, no lar e na sociedade. Neste contexto, formalizar condições de trabalho e garantir direitos de propriedade igualitários são importantes passos para melhorar a proteção das mulheres e seu status social.

Buscar maneiras de formalizar as relações na economia informal e estimular os empregadores a pagar os encargos sociais seria especialmente benéfico para as mulheres. Criar uma regulamentação adequada, que ajude a promover a formalização do trabalho informal habilitaria as mulheres de baixa renda a ter acesso a benefícios diversos. Nesta regulamentação estaria incluído o reconhecimento oficial da sociedade civil como uma essencial promotora dos microsseguros, e a sugestão de que deveria ter uma compensação financeira por seus serviços (por exemplo, comissões pagas por provedores de seguros ou taxas de administração pagas por entidades governamentais).

Promulgar convenções sobre o trabalho infantil e sobre direitos humanos e, depois, fortalecer o cumprimento destes estatutos também serão essenciais para a proteção das crianças.

Aperfeiçoamento de serviços existentes: Fazer com que as mulheres participem no planejamento, gerenciamento e monitoração de programas governamentais sobre centros de saúde e programas de reabilitação após acontecimentos catastróficos aumentará as chances de que estes serviços venham a atender às necessidades delas.

Reformas econômicas: Mesmo quando novas tecnologias são introduzidas, o que geralmente aumenta a produtividade e melhora os vencimentos de homens e mulheres, às vezes o efeito sobre as mulheres é negativo. Elas têm menos treinamento e instrução do que os homens e são as primeiras a serem despedidas dos empregos tradicionais. Para os que traçam a política, a consequência é que, sempre que uma mudança tecnológica ocorre, pode ser necessária uma intervenção para evitar que o status das mulheres seja rebaixado. Tal intervenção pode incluir ação afirmativa para criar novas oportunidades, treinamento para qualificação e empregos de melhor qualidade para as mulheres.

4 Conclusões

Devido a uma série de fatores sociais, econômicos e políticos, mulheres, homens e crianças estão expostos a diferentes tipos de risco. Acresce que o mesmo risco os afeta de maneira diferente. Seu comportamento face aos riscos e suas estratégias para enfrentá-los também podem variar.

A ideia de que as ONGs e as MFIs trabalham pela melhoria da condição feminina e automaticamente levam em conta as diferenças entre os sexos em suas operações provou-se errônea. É necessária maior atenção para as necessidades específicas de cada sexo. As deficiências aparecem quando, sob a perspectiva do risco, uma família é considerada como uma unidade homogênea. Na verdade, é preciso que se dê ênfase a instrumentos para o gerenciamento de riscos que sejam específicos para cada sexo.

As diferenças entre as necessidades de cada um dos sexos, se levadas em conta, afetarão a formatação de qualquer produto de seguros. A experiência revelou a necessidade de produtos que reflitam as necessidades de mulheres e crianças, especialmente as meninas. Mesmo quando os produtos são desenvolvidos com assistência de clientes mulheres, suas necessidades podem não ser atendidas; com frequência, as seguradoras excluem benefícios relativos a doenças ginecológicas e tratamentos para gravidez. Mesmo quando as microsseguradoras exercem seu poder de negociação, há limites sobre quanto as pessoas de baixa renda podem pagar por aquilo que a microsseguradora inclui em seu pacote de benefícios. Nestes casos, os produtos do microsseguro podem ser complementados com outros instrumentos para o gerenciamento de riscos, como medidas preventivas ou microcrédito. Além disto, é preciso não esquecer que o microsseguro privado sempre deve ser considerado como complementar à função de proteção social, que é do Estado.

No geral, as mulheres são mais vulneráveis do que os homens porque elas trabalham predominantemente na economia informal, sem proteção social. Ganham menos do que os homens e têm ínfimo controle e posse de bens, geralmente estão mais envolvidas em cuidar de crianças e idosos. É mais provável que vivam na pobreza e menos provável que tenham seguro saúde e um programa de aposentadoria. Essas condições, somadas a um baixo status social, não podem ser resolvidas pelo microsseguro, mas somente através de uma ação política de longo-prazo em nível macro. Se essas circunstâncias forem modificadas de maneira favorável às mulheres (e outros grupos discriminados, como as crianças), a proteção para elas será aumentada e o microsseguro poderá alcançar todo o seu potencial.

3 Operações de microsseguro

3.1 Desenho do produto e gerenciamento de risco do seguro

John Wipf, Dominic Liber e Craig Churchill[1]

Os autores gostariam de agradecer a Bruno Galland (CIDR), Herbert Meister (Munich Re), Aude de Montesquiou (CGAP) e Ellis Wohlner (consultor da SIDA) pelas valiosas observações e sugestões.

O desenho do produto de microsseguro acompanha as mesmas regras básicas do seguro convencional: a seguradora precisa estabelecer a demanda do mercado de seguro, determinar os riscos que podem ser segurados, e delinear os processos de gerenciamento de risco do seguro para assegurar a viabilidade do produto.

Entretanto, o desenho dos produtos de microsseguro possui certas complexidades específicas. Os desafios particulares são os prêmios e benefícios pequenos determinados pelos recursos limitados do mercado e pelas restrições extremas de fluxo de caixa, que limitam o âmbito da subscrição, a administração de sinistros e a complexidade do produto. Estes desafios exigem método, inovação, eficiência, simplicidade e gerenciamento de risco inteligente.

Além do mais, algumas microsseguradoras têm uma autoridade mais complexa do que as companhias de seguros. As determinantes financeiras e econômicas dos negócios de seguro sólidos podem ser complementadas por um programa em desenvolvimento como, por exemplo, ampliar o acesso o máximo possível ou assegurar a inclusão de certos riscos que possam ser excluídos comercialmente. Nem todas as microsseguradoras estão sujeitas a estas influências, mas quando estão, é certo que os princípios sólidos de gerenciamento de risco não são sacrificados. Quando riscos "não-comerciais" são assumidos, devem ser compreendidos e administrados.

Conforme explicado no Capítulo 1.2, não existe uma solução "tamanho único". As necessidades e preferências dos clientes, os mecanismos de venda adequados e as exigências legais variam imensamente de um território para outro. O profundo conhecimento das condições locais é pré-requisito para produtos de microsseguro bem sucedidos.

Esta visão geral de desenho do produto responde às seguintes questões:

– Quais são as necessidades e as demandas do mercado-alvo?
– Quem é elegível para microsseguro?

[1] As referências neste capítulo a RIMANSI e à pesquisa de mercado nas Filipinas, Dong Trieu (Vietnã), African Companhia de Seguros Vida African (África do Sul) e Fundação Constanta (Geórgia), são obtidas de experiências dos autores, não de estudos de caso.

– Quais são as opções de prazos e pagamento de prêmio?
– Quais são os benefícios?
– Como o desenho do produto garante o controle de riscos do seguro?

1 Pesquisa de mercado

1.1 Pesquisa de mercado inicial

O processo de desenho do produto tem início com a pesquisa de mercado, que inclui quatro etapas básicas.

a) Definir o mercado-alvo

Algumas organizações, como instituições de microfinanças, podem determinar que o mercado de seguros seja igual aos seus mercados de poupança e crédito existentes. Outras podem passar a operar com seguros para ter acesso a novos mercados – por exemplo, pessoas que não estejam interessadas em empréstimos, mas que queiram seguro. Uma decisão chave é se a microsseguradora terá como objetivo apenas a comunidade de baixa renda mais vulnerável, ou uma comunidade mais ampla com uma gama de opções de produto. Por exemplo, os planos de seguro saúde do BRAC e da Grameen Kaylan em Bangladesh não atendem apenas aos sócios de suas respectivas MFIs, mas a comunidade em geral, cobrando prêmios mais altos dos não-sócios como parte da estratégia de sustentabilidade da organização.

b) Identificar quais os riscos que eles enfrentam e precisam segurar (e quais os riscos que são seguráveis)

A pesquisa de demanda ajudará a identificar os eventos seguráveis mais adequados à cobertura. Quais são os riscos mais preocupantes nos grupos alvo, ou que são mais difíceis de lidar por meio de mecanismos informais? Conforme exemplificado no Capítulo 1.2, pessoas de baixa renda normalmente se preocupam com a morte prematura dos chefes de família, com suas próprias doenças e as doenças dos membros de sua família. Muitas vezes o pobre possui alguns mecanismos para viver na comunidade e/ou na família, por meio de poupança, empréstimo e reciprocidade. O seguro deve complementar estes mecanismos existentes.

c) Determinar quais as características do produto importantes para o mercado-alvo

A terceira etapa é determinar as necessidades e demandas do mercado-alvo, e obter informações sobre detalhes específicos do produto, tais como, níveis de cobertura (como por exemplo, importâncias seguradas) e tipos de benefícios que são mais importantes para eles (como por exemplo, paciente internado, paciente não-internado e fármacos). No seguro de vida, por exemplo, iriam eles querer cobertura de seguro pura (como por exemplo, seguro de vida temporário) ou seguro

com um componente de acumulação em vida (como por exemplo, seguro dotal)? Estão interessados apenas em cobertura para si próprio, ou preferem incluir suas esposas, ou suas famílias inteiras? Com que rapidez precisam, querem ou esperam receber indenizações de sinistros? Onde os segurados podem efetuar pagamentos de prêmio ou reclamar sinistros?

d) Estabelecer quanto os possíveis segurados estão dispostos a pagar, e podem pagar
Finalmente, é necessário determinar quanto o mercado-alvo está disposto a pagar por estes serviços. A demanda pode variar muito, ainda que dentro do mesmo país. Dois relatórios de clientes de microcrédito nas Filipinas apresentaram resultados muito diferentes. Os prestamistas de uma MFI na Luzon Central queriam, no mínimo, Php120.000 (US$2.160) de cobertura de seguro de vida para eles, e Php60.000 (US$1.080) para suas esposas e filhos, e estavam dispostos a pagar por esta cobertura, tendo sido combinado pagar os prêmios ao programa de seguro anterior da MFI. Um pequeno número de clientes semelhantes de uma MFI ao norte de Mindanau indicava que eles podiam dispor para pagamento dos prêmios de, no máximo, Php30.000 (US$540) para eles, Php10.000 (US$180) para suas esposas, e Php5.000 (US$90 para a morte de um filho.[2]

Aconselha-se investigar se a disponibilidade e as opções do desenho do produto são compatíveis. Todo mundo gostaria de ter os sinistros pagos imediatamente, ou de cobrir sua família inteira, mas quanto eles querem pagar por isto? Devido às restrições de custo enfrentadas pelo mercado-alvo, uma ligação explícita entre o desenho do produto e as consequências financeiras, ajuda os clientes a tomarem as decisões corretas quanto a valor, enquanto asseguram seu registro no plano. Um exemplo deste tipo de processo foi desenvolvido em um programa da Social Re a fim de possibilitar decisões conscientes a serem tomadas sobre o desenho do pacote de benefícios (Dror e Prekker, 2002).

Ao avaliarem a disposição de pagar, por meio de grupos foco ou entrevistas individuais, os futuros clientes podem superestimar a capacidade que eles têm de pagar, o que poderia levar a evasões posteriores. A informação sobre o nível de renda é outra forma, mais confiável talvez, para avaliar a capacidade de pagamento da população alvo. Por exemplo, ao comparar a renda anual com a contribuição real paga aos sistemas de microsseguro saúde, o CIDR na França, concluiu que as famílias pobres da África Ocidental não comprometem mais do que 2 por cento de sua renda (Galland, 2005a). Além disso, ao projetar um produto para o pobre, há também que ser levado em consideração que a renda pode mudar de um ano para outro. Um produto que esteja disponível em um ano, pode não estar no ano seguinte.

[2] Pesquisa realizada pela RIMANSI (Soluções para Gerenciamento de Risco, S. A.), um centro de pesquisa de microsseguro localizado nas Filipinas.

1.2 Pesquisa de mercado contínua

A pesquisa de mercado não deve ser abandonada depois que o produto é lançado. As seguradoras devem manter contato com seus clientes periodicamente, a fim de assegurar que os serviços ainda são importantes e valiosos para os clientes.

As taxas de desistência muito altas em algumas microsseguradoras podem ser uma consequência delas não estarem atentas às tendências de mercado: elementos problemáticos de desenho do produto devem ser identificados e, quando possível, corrigidos, para assegurar a viabilidade contínua. As renovações ou a continuidade da apólice e as novas taxas comerciais, em conjunto, dão um *feedback* sobre o valor percebido pelos clientes, e devem ser monitoradas com cautela. A pesquisa qualitativa, tais como discussões de grupo de foco, também pode levar a outra percepção dos mecanismos de mercado, e das preferências e insatisfações dos clientes.

1.3 Educação do consumidor

A exposição do mercado-alvo ou familiaridade com seguro deve ser avaliada. Conforme discutido no Capítulo 3.2, caso o mercado não entenda de seguro, ou não confie em seguro, a educação do consumidor precisa estar embutida no marketing e na venda do produto. A opinião sobre as preferências e preocupações dos segurados existentes também ajudarão a seguradora a planejar a educação financeira adequada para administrar as expectativas do segurado.

1.4 A competição

Até hoje, muitas iniciativas de microsseguro eram pioneiras no mercado local, desbravadoras em um território virgem, sem competição. Com o passar do tempo, é provável que isto mude, com a entrada de competidores no mercado com produtos melhores. Consequentemente, é importante reunir a inteligência de mercado sobre o que os competidores oferecem e o que eles sabem sobre preço no mercado ao considerarem um produto novo.

Pode haver uma vantagem em ser um "seguidor inteligente", aprendendo com os erros de outros. As MFIs de Uganda que trabalharam junto com a AIG no período 2000-2002, seguiram os passos da FINCA Uganda, pioneira ao aprender sobre seguro e mercado de baixa renda. Os custos para introduzir o seguro nestas organizações eram significativamente menores do que na FINCA.

2 Elegibilidade

Quem deve ser elegível para cobertura? Esta pergunta difícil deve ser considerada no contexto dos objetivos da microsseguradora e das preferências dos sócios, porém, com uma consciência crítica dos princípios de *pool* de riscos aplicáveis. No microsseguro, o objetivo é atingir um equilíbrio entre inclusão ampla, benefícios suficientes, taxas de prêmio baixas e sustentabilidade. As considerações sobre elegibilidade podem ser regidas, puramente, por circunstâncias econômicas, desde que grandes volumes de clientes com pequenos valores de prêmio exijam um trabalho mínimo de subscrição, permitindo inclusão ampla. Também podem ser objetivos sociais que exijam uma inclusão mais ampla.

Ao determinar a elegibilidade, é necessário considerar se o produto é destinado a grupos ou indivíduos, se será obrigatório ou voluntário, e qual a abordagem que a seguradora deseja adotar para cobrir pessoas de risco mais alto.

2.1 Seguro em grupo

A principal característica que distingue seguro comercial em grupo de seguro individual, é que muitas pessoas são seguradas em uma apólice máster. O segurado de apólice em grupo decide que tipo de cobertura comprar para os membros do grupo. O segurado é responsável pelo registro dos membros, recebimento de prêmios, distribuição de certificados de seguro e divulgação de informações sobre o produto, e pelo auxílio prestado aos membros no que se refere a sinistros. A apólice descreve e define os membros do grupo que são elegíveis.

As diretrizes de subscrição do seguro em grupo começam, geralmente, especificando os requisitos fundamentais que definem um grupo. O principal critério é que o grupo tenha sido formado por razões que não sejam as de obter seguro. Por exemplo, se uma empresa de serviço público obrigasse uma família a contratar seguro como condição para receber energia da companhia de geração e fornecimento de energia elétrica, o grupo está então claramente definido e a cobertura de seguro é necessária em virtude de a família estar ligada à rede. Não é muito comum uma família procurar adquirir uma ligação elétrica para ter acesso a seguro. Este mecanismo limita o âmbito da seleção adversa e permite uma subscrição e um gerenciamento de risco menos rígidos. Exemplos de grupos que são alvos das seguradoras incluem empregados de uma companhia, associados a sindicatos e grupos afins, como associações de classe.

O seguro obrigatório em grupo é, provavelmente, o tipo mais comum de microsseguro. Por exemplo, os programas de microsseguro gerados por muitas MFIs são semelhantes aos da associação da MBA do CARD nas Filipinas, que é totalmente composta de prestamistas do CARD. A associação da MBA do CARD é um grupo que oferece risco muito baixo. Existe uma seleção adversa mínima devido à participação obrigatória; todos os participantes são mulheres com ida-

des entre 16 e 64 anos, e estão ativamente envolvidas em seu respectivo sustento (e para isso contraem empréstimos nas MFIs); o grupo é então relativamente homogêneo e, na média, possui boas condições de saúde. Para minimizar o risco, os 30.000 poupadores do Banco CARD não podem participar da MBA, porque a cobertura opcional elevaria os custos de sinistros, enquanto a cobertura obrigatória dificultaria a venda para os poupadores.

Para ser regido pela demanda e estar concentrado no cliente, estima-se que a cobertura opcional seria a mais apropriada. Ainda no campo do seguro – e do microsseguro em particular, em que a disponibilidade é tão importante – um caso claro pode ser apresentado para cobertura compulsória. O seguro obrigatório:

- reduz custos devido a volumes mais altos, e custos de cobrança e subscrição mais baixos;
- riscos mais baixos devido à base mais ampla e da seleção adversa limitada;
- melhora os coeficientes de sinistros, porque inclui pessoas de risco mais baixo (seleção positiva) que, de outra forma, optariam por não participar da cobertura, ou esperariam para ter cobertura quando estivessem mais velhas;
- reduz a vulnerabilidade à fraude cometida por funcionários, à medida que reduz a chance dos agentes poderem vender apólices e se apropriarem dos prêmios.

Uma das maiores desvantagens da cobertura obrigatória, além do fato de que as pessoas são obrigadas a comprar algo que não querem, é que o sistema de distribuição tende a supervisionar a necessidade de informações dos clientes. Isto ficou muito claro na pesquisa em Uganda, onde a maioria dos clientes não entendeu direito o que está incluído na cobertura, o que tem levado à profunda insatisfação (McCord e outros, 2005a). Conforme discutido no próximo capítulo, ao oferecer cobertura obrigatória, as microsseguradoras (ou seus agentes) precisam promover, constantemente, o preço excelente do programa. Os clientes precisam ser instruídos, constantemente, sobre os benefícios de comprar um serviço intangível, como por exemplo, segurança e paz de espírito.

2.2 Seguro em grupo voluntário

O seguro em grupo pode ser oferecido em bases voluntárias de duas formas diferentes. Qualquer um dos membros do grupo está coberto, salvo se recusar especificamente a cobertura, ou cada membro do grupo deve optar por se cadastrar no plano. Os custos e riscos associados à primeira opção são, muitas vezes, quase iguais aos da cobertura obrigatória, enquanto a segunda opção é mais semelhante ao seguro individual, com uma maior preocupação em relação à seleção adversa. Às vezes, existem pontos não muito claros entre as coberturas em grupo e individual. Por exemplo, tanto a VimoSEWA (Índia) quanto a ServiPerú possuem apólices em grupo de companhias de seguros, porém, são negociadas e vendidas individualmente.

Caso os possíveis segurados já não façam parte de grupos, uma estratégia então utilizada por algumas microsseguradoras é criar os grupos. Esta é a abordagem utilizada pelas *mutuelles de santé* (mútuas de saúde) como, por exemplo, a UMSGF (Guiné), onde as comunidades rurais são organizadas em grupos, e os grupos constituídos como organizações mútuas, e as organizações mútuas constituídas como federações. Para supervisionar o risco de seleção adversa nos grupos criados com objetivos de seguro, a UMSGF estimula toda a comunidade a se registrar, e a base da associação muitas vezes é uma família.

Os provedores de microsseguro podem combinar as vantagens da cobertura em grupo obrigatória e voluntária, de diversas formas. Uma delas é contratar seguro obrigatório para todos os membros de um grupo existente (que minimiza a seleção adversa), porém oferecer a eles duas ou três opções de escolha. Isto permite que os participantes optem pelo nível de cobertura da preferência deles e aumenta a possibilidade deles receberem informações suficientes para tomar decisões conscientes. Deve-se tomar cuidado para não oferecer muitas opções ou opções muito diferentes, porque indivíduos que representam um risco maior tendem a maximizar cobertura, reduzindo, consequentemente, os lucros da participação compulsória.

Outra abordagem, às vezes encontrada entre as MFIs, é a cobertura "tudo-ou-nada" no âmbito do grupo de prestamistas como, por exemplo, um banco do vilarejo. Por exemplo, no acordo inicial da FINCA-AIG em Uganda, todos os associados do banco do vilarejo tinham que concordar com a cobertura, ou ninguém teria cobertura – isso simplificou a administração e criou um controle de seleção adversa, uma vez que as pessoas não podiam ter opção de escolha.

2.3 Seguro individual

No outro extremo da escala, estão as associações de MHIB do BRAC e da Grameen Kaylan acima mencionadas, de Bangladesh. Embora a origem de muitos dos membros sejam as MFIs associadas, os planos também recrutam o público em geral com base em taxas de prêmio e co-pagamento um pouco mais altos. Estes são exemplos de microsseguro individual (uma vez que há participação opcional), como são as apólices de seguro dotal oferecidas pela Tata-AIG (Índia) e Delta Life (Bangladesh). O microsseguro individual é possível, mas requer uma taxa de participação alta no possível mercado-alvo, para que atinja os resultados financeiros desejáveis.

O seguro individual pode custar mais que o dobro, assim como a cobertura em grupo, em função dos custos mais altos de vendas, subscrição, administração e sinistros. Os custos de sinistros do seguro individual podem ser reduzidos por meio de uma subscrição mais rigorosa, como exame médico (uma vez que os riscos ruins são identificados e descartados, ou são limitados a coberturas menores).

Entretanto, economicamente falando, no microsseguro, esta triagem pode não fazer sentido, porque os valores de cobertura são muito baixos, e também podem ser contrários ao programa social.

Está aí o ponto crucial para fazer o microsseguro funcionar. É relativamente fácil, caso a população alvo seja um grupo bem organizado, que pode acomodar acordos de seguro em grupo, mas caso não seja, é bastante desafiador devido aos altos custos de vendas e sinistros. Em que circunstâncias o microsseguro individual faria sentido? Faz sentido quando um grupo já está coberto por um produto compulsório de vida, e alguns membros do grupo gostariam de contratar cobertura adicional, opcional. A cobertura individual também pode ser justificável, porém cara quando a população alvo é desorganizada.

Uma vantagem chave do seguro individual é que a pessoa pode continuar a ter cobertura uma vez finda a associação em grupo, como por exemplo, os clientes de MFI que não solicitam mais empréstimos. As coberturas em grupo podem ser convertidas em apólices individuais, utilizando as opções de solução de continuidade. À medida que a cobertura em grupo conta com infra-estrutura de apoio ao grupo (por exemplo, utilizando os mecanismos das MFI's para cobrança de prêmio), as apólices com solução de continuidade podem gerar encargos e administração adicionais.

Conforme discutido a seguir, o seguro individual pode se tornar mais viável com características do desenho do produto que limitam o escopo da seleção adversa, incluindo declarações de saúde, períodos de carência e benefícios de ampliação. No mercado de baixa renda, as coberturas individuais também podem ser possíveis caso a tecnologia possa ser empregada para minimizar os custos operacionais, embora estes exemplos não tenham sido identificados nos estudos de caso.

2.4 Incluir ou não incluir

Um aspecto singular do microsseguro é a disposição para ser amplamente inclusivo. Em geral, seguradoras comerciais limitam sua exposição excluindo riscos altos, como pessoas mais velhas ou as que apresentem condições pré-existentes. O desafio do microsseguro é encontrar caminhos para atender a famílias vulneráveis, com base em taxas acessíveis a longo prazo. Há várias questões a considerar:

- Inclusões mais amplas têm apelo comercial e social. Em alguns contextos, o mercado-alvo prefere subsidiar pessoas que representam um risco alto (como por exemplo, os associados do Fundo de Assistência Mútua Dong Trieu no Vietnã, indicado em um relatório recente; também observado na Indonésia (McCord e outros, 2005b) e no Camboja (McCord, 2001)), enquanto em outros contextos há uma preferência maior pela exclusão para reduzir custos de prêmio.
- Inclusões mais amplas produzem custos operacionais mais baixos, porque reduzem os custos da triagem, apesar de aceitarem pessoas que representam um

risco mais alto e seus respectivos custos de sinistros. É necessário que haja volumes significantes de segurados para justificar esta abordagem.

– Pessoas que representam um risco alto podem ser incluídas, caso os benefícios sejam limitados ou, por outro lado, caso os prêmios sejam, da mesma forma, mais altos para associados que ofereçam mais risco que o restante do grupo. Ambas as abordagens reduzem o subsídio cruzado das pessoas que representam um risco mais alto pelo restante dos sócios, e suportam inclusão mais ampla em base sustentável.
– Há um consenso econômico firme em proceder desta forma: os custos para monitorar e fazer cumprir exclusões complexas devem ser medidos em relação às reclamações de sinistros negadas; as importâncias seguradas pequenas e os prêmios de produtos de microsseguro não podem suportar triagem complexa e validação de sinistros.

Embora os planos estejam, muitas vezes, dispostos a aceitar membros que representam um risco alto, eles não estão tão inclinados a manter segurados mais velhos. A maioria dos planos tem idade limite – 60 anos na VimoSEWA e 67 anos para benefício hospitalar da ServiPerú – embora alguns, como a UMSFG, não imponham limitações de idade. Para atenuar o golpe de pedir aos membros para saírem do plano (logo quando mais precisam dos benefícios), algumas microsseguradoras, como a MBA do CARD e o Yasiru (Sri Lanka), garantem uma retirada em dinheiro.

Investir em associados mais velhos pode ou não ser viável. O *tradeoff*[NT1] está entre diminuir prêmios para comercializar o programa de forma mais eficaz para todos, ou aumentar prêmios para ser mais inclusivo. Se a intenção é ser inclusivo, todos devem pagar prêmios mais altos, ou os associados mais velhos devem pagar prêmios mais altos, ou receber benefícios menores para minimizar o subsídio de associados mais jovens? A melhor solução, como outros *tradeoffs*, é explicar as diferenças entre o custo de membros vitalícios versus ter uma idade limite, e então deixar que os futuros segurados decidam.

3 Opções de prazos e pagamento

3.1 Termo de Cobertura

Muitos produtos de microsseguro têm prazos de 12 meses ou menos. Em geral, as seguradoras preferem estas apólices de curto prazo, porque seguro de longo prazo envolve mais compromissos e risco maior – é mais fácil prever a possibilidade de um evento segurado no próximo ano do que nos próximos 10 anos.

NT1 *Tradeoff* é um conceito utilizado em economia, sem tradução consagrada em português, que exprime a ideia de que, para que se possa obter algo desejado, é necessário sacrificar ou abrir mão de alguma coisa que se tem. As empresas devem buscar o equilíbrio do *tradeoff*.

Uma seguradora precisa ser conservadora ao dar garantias de médio a longo prazo, e deve assegurar que estão incluídas margens significativas nas taxas para compensar erros *(ver Capítulo 3.5).* Partindo da perspectiva de um regulador, a cobertura de longo prazo é supervisionada mais de perto, devido aos efeitos combinados devastadores que, erroneamente, as taxas de juros e as hipóteses de mortalidade podem ter sobre a seguradora.

Para o segurado, a vantagem da cobertura de longo prazo é que ele/ela terá proteção mesmo no caso de uma condição melhorar. Por outro lado, costuma ser mais caro nos primeiros anos do que a cobertura renovável.

Caso o seguro seja oferecido junto com um empréstimo, recomenda-se, geralmente, que os prazos do empréstimo e do seguro terminem juntos, de modo que o cliente tenha a oportunidade de renová-los juntos. Em Zâmbia, o CETZAM e a NICO Seguros tinham um acordo interessante, onde a cobertura de seguro continuava por duas semanas após o prazo do empréstimo, de modo que os prestamistas pudessem manter a cobertura de seguro entre os empréstimos, desde que houvesse sempre um pequeno intervalo entre o fim de um empréstimo e o início de outro.

Entretanto, caso o prazo do seguro seja significativamente maior do que o prazo do empréstimo, as organizações têm um problema com as desistências. Por exemplo, inicialmente, a Tata-AIG vendia suas apólices de seguro de vida de 5 e 15 anos por intermédio de instituições de microcrédito. Contudo, das aproximadamente 10.000 apólices que foram vendidas entre 2002-2003, apenas 14 por cento ainda estavam ativas em 2005. A taxa de desistência alta é, em grande parte, atribuída aos clientes que pararam de fazer empréstimo, e caso eles não façam empréstimo, as MFIs não dispõem de um sistema de administração para continuar cobrando prêmios.

As coberturas de curto prazo podem ter um acordo de prazo renovável, por meio do qual o segurado pode continuar a ter cobertura até uma idade máxima, sem subscrição ou propostas adicionais, à medida que os pagamentos de prêmio sejam efetuados. As condições renováveis combinam as vantagens de ambas as coberturas, de curto prazo e de longo prazo. O segurado tem a garantia de cobertura com solução de continuidade, a seguradora ainda pode ajustar o preço para mais ou para menos dependendo da sua experiência. A opção de renovação pode estar sujeita à seleção adversa, em que segurados com mais probabilidade de reclamar sinistro, têm mais probabilidade de renovar a cobertura, e isto pode ser refletido no preço.

As preferências locais são importantes para determinar o prazo. Microassistência em Uganda migrou de produtos com prazo de quatro anos (mesclando com ciclos de empréstimo) para cobertura anual, em resposta à demanda do cliente. A VimoSEWA teve uma experiência oposta. Historicamente, ela oferecia apenas ciclo de seguro de doze meses, mas agora está experimentando prazos de três meses, porque os clientes queriam intervalos de prêmio e renovação de cobertura mais regulares. Em geral, prazos curtos têm custos operacionais altos, assim como o custo significativo de apólices que não são renovadas, porque quanto mais curto o prazo, com mais frequência o cliente tem que tomar a decisão de comprar, e menos tempo há para que o efeito da demonstração deixe ele próprio sentir.

3.2 Frequência de pagamento do prêmio

O mercado-alvo do microsseguro muitas vezes tem fluxos de caixa irregulares e imprevisíveis. Para minimizar desistências (e maximizar renovações), o mecanismo de pagamento de prêmio tem que achar caminhos para pagamentos dentro do prazo, de modo que correspondam aos períodos que as famílias tenham alguma renda extra.

Quando a Delta Life começou a oferecer microsseguro, partiu do princípio que o pobre precisava pagar prêmios semanalmente, porque era assim na Grameen, no BRAC, e em outras MFIs de Bangladesh. Para tornar isto possível, a Delta empregou funcionários de campo para irem de porta em porta cobrar os prêmios de todos os segurados em suas casas ou locais de trabalho a cada semana. Este método não apenas foi extremamente caro para a Delta, como também, no fim das contas, se constatou que pouco atendeu às necessidades de seus clientes. Quando a Delta introduziu as opções de pagamento mensal, trimestral, semestral e anual, ela percebeu que segmentos de mercado diferentes tinham preferências diferentes.

Ao determinar os planos de pagamento de prêmio, outro fator a considerar é a desvalorização do dinheiro. Conforme descrito no Capítulo 3.5, quando os prêmios são pagos adiantados às seguradoras, elas podem aplicar este dinheiro; os lucros sobre este investimento são utilizados, no mínimo, em parte para manter o custo do seguro a níveis baixos. Então, em geral, as seguradoras preferem que os prêmios sejam pagos no início, e não em prestações.

Partindo da perspectiva da seguradora, pagamentos no início também eliminam ou reduzem problemas com apólices que perderam a validade. Isto ocorre quando um segurado não efetua o pagamento do prêmio dentro de um determinado prazo, semelhante ao prestamista que perde um reembolso de empréstimo.[3] A grande diferença do reembolso de empréstimo, é que o credor ainda quer ter seu dinheiro de volta; enquanto uma apólice que perdeu a validade pode funcionar como uma vantagem financeira para a seguradora que recebeu dinheiro do segurado, mas não está mais obrigado a garantir benefícios de seguro, conforme ilustrado no Quadro 26.[4]

Quadro 26 **Desistências na Delta Life**

Desde o início, os produtos de microsseguro da Delta foram voluntários. O fato de a seguradora ter vendido aproximadamente 2 milhões de apólices ao longo dos anos, sugere que deve haver algum nível de satisfação do consumidor. E menos da metade destas apólices ainda estão em vigor, o que, possivelmente, reflete

[3] Desistência é um problema que ocorre com as apólices de longo prazo, cujo prêmio é pago em prestações. No seguro de curto prazo, o conceito correspondente é uma não-renovação.

[4] Normalmente, uma apólice que perdeu a validade pode voltar a vigorar por meio do pagamento dos prêmios pendentes e de outro processo de subscrição.

a falta de elo entre desenho do produto e necessidades do consumidor. Uma medida razoável da satisfação do consumidor pode ser o pagamento regular de prêmios. Quando as pessoas ficam insatisfeitas, podem parar de contribuir. Certamente, outros fatores também fazem as pessoas desistirem, mas isto ainda é um indicador razoável de insatisfação.

Das 1,9 milhões de apólices vendidas pela Delta Life até setembro de 2004, 57 por cento estão inativas. Em alguns casos, isso se deve a maturações e liquidações. Apólices inativas podem resultar de alterações na situação financeira do consumidor, ou de diferenças entre o que eles pensavam quando estavam comprando, e o que eles compraram. Por outro lado, a causa pode, simplesmente, ser insatisfação com o produto. Os clientes se queixam sobre atrasos no processamento de sinistros e sinistros que são pagos com cheque cruzado, o que significa que eles precisam abrir uma conta no banco. Alguns segurados também fazem uma comparação negativa dos lucros da Delta Life em relação ao lucro dos bancos.

A administração reconhece o problema das desistências. No passado, as desistências não eram uma prioridade, talvez porque a organização se beneficie financeiramente quando as apólices perdem a validade. Os funcionários de campo não eram monitorados ou recompensados com base no número de apólices em vigor, e não receberam treinamento sobre como estimular pagamentos em dia. Entretanto, a Delta antecipa que reengenharia e melhor gestão de informações aperfeiçoarão a situação.

Fonte: Adaptado de McCord and Churchill, 2005.

Conforme descrito no Capítulo 2.2, nas apólices de seguro dotal, uma forma de prevenir desistências é a adoção da cláusula de não-desistência. Do mesmo modo, o principal produto de uma associação de benefício mútuo nas Filipinas, na forma exigida por lei, é o seguro de vida com participação obrigatória de todos os associados da MBA. De acordo com as normas, 50 por cento dos prêmios brutos devem ser alocados como capital dos associados. Entretanto, se houver desistência de uma apólice, o capital poderá ser utilizado pela MBA como um empréstimo de prêmio, de modo que a cobertura não seja interrompida, pelo menos, até que o capital seja consumido. Se o associado quiser reintegrar, primeiro terá que repor o capital emprestado. É claro que esse canibalismo do valor da apólice enfraquece a utilidade do seguro como um meio de poupança de longo prazo, mas pelo menos a cobertura permanece em vigor.

3.3 Mecanismos de pagamento de prêmio

Conforme discutido no Capítulo 3.3, além de minimizar desistências e não-renovações, o outro fator crítico a ser considerado no desenvolvimento de métodos de pagamento de prêmio, é que os custos administrativos (e os custos de negociação com o cliente) sejam mantidos o mais baixo possível. Como norma prática, a

melhor hora para cobrar prêmios é quando os segurados têm dinheiro, como por exemplo, na hora da colheita, ou quando recebem um empréstimo ou uma transferência em dinheiro do governo. Melhor ainda, é cobrar o prêmio na fonte, de modo que os prêmios de vários clientes possam ser recebidos em conjunto. Por exemplo, o Yeshasvini, na Índia, recebe os prêmios das cooperativas de produtores, e estas debitam o valor do prêmio pago da remuneração dos associados.

A cobertura em grupo tem a vantagem de otimizar o processo de cobrança de prêmio: pode haver apenas um segurado central, que paga um prêmio em nome de muitas pessoas. A cobrança de prêmios é efetivamente terceirizada para este segurado.

Para otimizar os pagamentos de prêmio, outra estratégia comum é "se aproveitar" de outra operação financeira. Por exemplo, uma das maneiras mais fáceis de alcançar um número maior de renovações com um mínimo de custos administrativos, é unir o pagamento do prêmio a um empréstimo, uma vez que os clientes estão com dinheiro quando recebem o empréstimo e podem pagar o prêmio com facilidade. O lado ruim de confiar nessa abordagem é que apenas clientes que recebem um empréstimo podem ter cobertura de seguro.

Outra abordagem, adotada pela La Equidad e outros na Colômbia, é deduzir o prêmio de uma conta poupança. Esta abordagem é firmemente recomendada no Capítulo 2.3, desde que os clientes saibam que o dinheiro será deduzido. Outra ligação mais inovadora entre poupança e seguro é abrir uma conta de depósito fixo, e permitir que os juros paguem o prêmio de seguro, uma estratégia que a VimoSEWA utiliza com sucesso. Um dos desafios deste método é fazer com que os clientes mais pobres economizem dinheiro suficiente para depositar na conta.

O que uma seguradora faz quando seus clientes não têm um local regular para morar e trabalhar, e muito menos uma conta bancária? Existem outras maneiras de tirar partido de outras transações financeiras para alcançar uma clientela na economia informal. Por exemplo, a African Companhia de Seguros Vida descobriu que muitos clientes de um de seus produtos mais baratos na África do Sul tinham em comum um hábito regular: ir à igreja todo domingo. Então, ela emitiu "cadernetas de depósito em poupança" para os clientes, que eles carimbavam na igreja ao pagarem seus prêmios semanalmente.

3.4 Valores de prêmios

É prática usual das seguradoras aplicarem taxas de prêmios diferentes dependendo da idade e do sexo do segurado, em especial no seguro individual. No microsseguro, isto inclui um nível de complexidade que pode ser difícil de entender para funcionários e clientes. Dentro do contexto do modelo sócio-agente, várias MFIs, incluindo a TSKI (Filipinas) e a Shepherd (India), negociavam com as seguradoras para garantir uma taxa única para todas as idades *(ver Quadro 27)*.

Um acordo como este é possível em se tratando de importância segurada pequena, quando há um influxo contínuo de associados mais jovens, e um limite

máximo de cobertura e/ou registro de idade, com revisão anual do preço atuarial. Para apólices de valores mais altos ou com participação opcional, é provável que as MFIs tenham que implementar taxas com base em idade, calculadas pela companhia de seguros ou pelo atuário.[5]

Quadro 27 **Precificação com base em taxa fixa na Shepherd**

Quando a Shepherd estava desenvolvendo seu produto de hospitalização com a *United India Insurance Company - UIIC*, um dos pontos de partida nas negociações era a faixa etária proposta pela seguradora. Inicialmente, a UIIC queria oferecer um prêmio mais baixo para os associados entre 18 e 45 anos, e cobrar dos associados de faixa etária entre 46 e 60 anos, um preço mais alto. Conforme de praxe, a Shepherd levou sua proposta aos associados e eles expressaram preocupações significativas, preferindo um preço uniforme. Dadas as complicações decorrentes para se tentar determinar a idade de uma pessoa na Índia rural, e os custos administrativos e desafios de separar os segurados em duas categorias, esta foi, provavelmente, a melhor escolha.

Fonte: Adaptado de Roth et al., 2005.

4 Benefícios

Os benefícios garantidos pelo produto de seguro devem ser amplamente determinados por meio de pesquisa de demanda: qual é a cobertura que aquela pessoa precisa? A instrução geral é que, por várias razões, quanto mais simples os benefícios do microsseguro, melhor. Primeiro, para manter os prêmios baixos, os custos administrativos têm que ser mantidos baixos; e é mais fácil levar a cabo este objetivo se os benefícios são diretos. Produtos mais complicados poderiam ser administrados a um custo mais eficaz, caso a organização conte com um excelente sistema de informações gerenciais, embora não seja uma área em que o microsseguro já tenha se sobressaído.

Segundo, na maioria das vezes o mercado-alvo de microsseguro é um público analfabeto ou sem instrução, e falta experiência em relação a seguro. Pacotes complicados de benefícios são difíceis e consomem tempo para serem explicados aos clientes. De fato, uma das razões dos produtos novos apresentados pela ALMAO no Sri Lanka não terem se popularizado, é que eles são mais difíceis de explicar para os clientes que o antigo produto básico de seguro funeral.[6] Se um produto não pode ser facilmente explicado em poucas frases, então não será compreendido por

[5] Embora a taxa fixa possa ser melhor sob uma perspectiva operacional, o Capítulo 3.6 descreve o motivo pelo qual ela não é a abordagem ideal para gerenciamento de riscos financeiros.

[6] Outra razão para a demanda limitada é porque os novos produtos são mais caros, uma vez que incluem um componente de valor acumulado.

clientes de baixa renda, e não será bem recebido. Na verdade, quando o pacote de benefícios é complicado, os vendedores tendem a omitir determinados benefícios.

Outra razão para tornar o produto simples é que, realmente, muitas características avançadas e exageradas de produtos complicados são uma camuflagem utilizada com objetivos de marketing, para fazer com que o produto pareça mais atraente. Entretanto, na prática, dificilmente haverá quaisquer reclamações para determinados benefícios e, consequentemente, pessoas pagando por coisas que não precisavam ou queriam. Por exemplo, o grupo ASA estava oferecendo seguro em parceria com a LIC na Índia que garantia benefícios múltiplos *(ver Tabela 17)* a um prêmio anual de apenas Rs.100 (US$2,22). Partindo da perspectiva do grupo ASA, o problema era que a seguradora, dificilmente, pagaria sinistros por morte acidental, uma vez que era exigida documentação detalhada para provar que a morte havia ocorrido devido a um acidente e, dificilmente, os clientes apresentavam reclamações de sinistro por invalidez. Consequentemente, quando o grupo ASA trocou de parceiros de seguro, as MFIs simplificaram os benefícios, exigindo apenas cobertura por morte, independente da causa, e sem benefícios por invalidez.

Tabela 17 **Benefícios da Janashree Bima Yojana, da LIC**

Evento segurado	*Importância segurada*
Morte natural	Rs.20 000 (US$444)
Morte acidental	Rs.50 000 (US$1,111)
Invalidez Parcial	Rs.25 000 (US$556)
Invalidez Total	Rs.50 000 (US$1,111)

Fonte: Roth e outros, 2005.

Ao determinar os benefícios de seguro, é importante perguntar se os segurados terão facilidade de apresentar uma reclamação de sinistro. Se o cliente não pode apresentar uma reclamação de sinistro, ou pelo menos não com facilidade, então o benefício proposto não será, particularmente, vantajoso. Esta lógica tem levado outras seguradoras a seguirem os líderes do grupo ASA, e se manterem longe da cobertura por morte acidental e dos benefícios por invalidez. Leftley (2005) concorda que os benefícios por invalidez não devem ser incluídos no microsseguro: "Muitos clientes não podem reclamar sinistro por invalidez, porque são incapazes de demonstrar que não se tratava de uma condição pré-existente, uma vez que eles não ficam com os prontuários médicos. Além disso, tentar explicar que eles seriam indenizados em 50 por cento da importância segurada por um braço, e 25 por cento por um olho, e assim por diante, é muito complicado e desagradável para um novo segurado."

Em contrapartida, a MBA do CARD oferece benefícios adicionais por morte acidental *(ver Tabela 21)*. Visto que se trata de um plano particular do associado, é mais fácil para os pares calcularem se, de fato, a morte foi acidental, mesmo

sem um relatório da polícia ou do médico legista, que são difíceis de chegar às remotas ilhas Filipinas. A MBA do CARD também segue uma regra simples com relação à liquidação de sinistros: "Em caso de dúvida, pague". Esta abordagem ajuda a aumentar a confiança do associado no plano.

Embora os benefícios devam ser simples e passíveis e serem reclamados, as microsseguradoras devem também considerar a oferta de um conjunto de diferentes níveis de benefício, de modo que o mercado de baixa renda possa conhecer um produto bastante básico e barato. Se eles passarem a acreditar que o seguro garante boa valorização do seu dinheiro, eles podem ser atraídos por níveis mais altos de benefícios. Esta graduação de produtos básicos a benefícios mais essenciais seria um forte indicador de satisfação e fidelidade do cliente (e, possivelmente, de uma seleção adversa de risco!).

4.1 Cobertura *Basket*?

Na Índia, talvez o mercado de microsseguro mais sofisticado, há uma tendência em relação à cobertura *basket*, onde uma quantidade de benefícios está incluída em uma apólice de seguro integrada. Por exemplo, o produto da VimoSEWA cobre morte, hospitalização e perda de ativos – benefícios originados de duas companhias de seguros diferentes – todos juntos em um pacote compreensivo de produtos *(ver Tabela 16 no Capítulo 2.4)*.

A Tabela 18 resume os benefícios de uma apólice de seguro da UIIC para a Shepherd. O benefício principal deste produto é a cobertura de hospitalização. Embora seja um produto relativamente novo, com uma experiência de sinistro pequena, não é provável que ocorram muitos sinistros na maioria dos outros benefícios. Mas se de fato isso acontecer, então os clientes pagam 20 a 25 por cento a mais do que deveriam pelo benefício de hospitalização. De fato, um problema da cobertura *basket* é que os segurados podem estar comprando benefícios que eles não querem (embora isso tenha a vantagem de reduzir a seleção adversa).

A base lógica por trás de um produto incluído no pacote, é que ele oferece um pacote mais abrangente de proteção ao risco, enquanto reduz despesas (por exemplo, seria mais caro vender três produtos separadamente). O custo marginal de incluir benefícios adicionais é mínimo. Ademais, ao vender o produto, o vendedor pode oferecer uma solução eficaz em termos de custo para as necessidades diversas de gerenciamento de riscos do mercado-alvo.

Uma questão importante em cobertura *basket* é a falta de transparência. Os clientes nunca sabem quanto representa cada benefício individual em relação ao preço total, nem podem escolher os benefícios específicos que desejam. Outro possível problema, é que o serviço inadequado de um componente do produto pode prejudicar o produto como um todo, à medida que os riscos de vida e não-vida, em geral, são cedidos para companhias diferentes. Portanto, caso os

sinistros de saúde não sejam pagos dentro do prazo, por exemplo, todo o pacote será afetado. O contrário também é possível: boa prestação de serviço e bom preço de um componente poderiam aumentar o atrativo de todo o pacote, a fim de que um componente inferior seja sustentado, pelo menos por um tempo.
Resumindo, esta é uma questão sem solução, visto que a capacidade de oferecer cobertura mais compreensiva está em conflito com a base lógica obrigatória de manter o produto simples.

Tabela 18 **Benefícios do plano de seguros UniMicro, da UIIC**

Característica do Produto	*Comentário*
Em grupo ou individual	Em grupo
Prazo	1 ano
Exigências de elegibilidade	De 18 a 60 anos Declaração de boas condições de saúde
Modelo de venda	Agente em parceria com a UIIC
Voluntário ou compulsório	Voluntário
Cobertura do produto (benefícios)	Rs. 15 000 (US$333) morte acidental
	Rs. 15 000 (US$333) invalidez permanente
	Rs. 250 (US$5,55)/mês até o máximo de Rs. 750 para invalidez temporária
	Rs. 5 000 (US$ 111) despesas de hospitalização
Exclusões chave	30 dias de carência (exceto para acidentes); exclusões para cobertura de hospitalização incluem parto, condições pré-existentes, e HIV/AIDS; durante o primeiro ano de cobertura, o tratamento de catarata, histerectomia, hérnia, doenças internas congênitas não é pago, mas é coberto a partir do segundo ano
Preço	Sócio paga Rs.100 (US$2,22; Rs.84 (US$1,87) são destinados à parceria do seguro; Rs.16 são mantidos como comissão (é cobrado um valor adicional de Rs. 20 (US$0,40) para casas de telhado de palha)

Fonte: Roth e outros, 2005.

4.2 Benefícios para a família

Apesar de ser correto ter poucos benefícios, também é melhor (geralmente) ter mais pessoas cobertas por um único produto. Uma abordagem de benefício para a família, que pode incluir cônjuges, dependentes e até pais, gera um número de vantagens importantes para as microsseguradoras.

– Uma família é um grupo de classe e, consequentemente, a cobertura para uma família garante muitas das mesmas vantagens de uma cobertura em grupo: números maiores, menos seleção adversa de risco, etc. O preço para uma unidade familiar, geralmente, é mais baixo do que o total de prêmios individuais.

– A cobertura para família pode ter um efeito de seleção positiva por incluir, intencionalmente, pessoas cujo risco seja muito pequeno. Por exemplo, a African Companhia de Seguros Vida entrou no mercado de baixa renda dominado por HIV/AIDS, desenvolvendo um produto onde a família, em vez do indivíduo, era a unidade segurada.
– A cobertura para família tem, muitas vezes, um efeito de marketing melhor, porque os sinistros são mais frequentes e, portanto, há muito mais exemplos para demonstrar o valor do microsseguro.
– As instituições de microcrédito, preocupadas com a proteção de suas carteiras de empréstimos, chegaram à conclusão de que os prestamistas têm problemas para pagar suas dívidas quando a morte ou doença atinge os membros da família.
– Caso a ideia como um todo por trás do microsseguro seja reduzir a vulnerabilidade das famílias de baixa renda, a cobertura deveria então ser ampliada para incluir todos os membros da família.

A desvantagem dos benefícios para família, é que nem todo mundo tem uma família, ou uns têm famílias maiores do que outros. Para lidar com o tamanho da família, as microsseguradoras pedem que o segurado identifique os dependentes específicos que estão cobertos pela apólice, ou eles oferecem preços para famílias de tamanhos diferentes. Para garantir que mulheres e crianças não ficarão excluídas, é preferível, quando possível, solicitar cobertura para a família.

A apólice de funeral da ALMAO cobre até nove pessoas, incluindo pais e parentes por afinidade. A MBA do CARD cobre esposa e até três filhos menores de 21 anos. Os que não têm filhos podem incluir os pais. Aos que não são casados legalmente, o CARD auxilia organizando casamentos *(ver Quadro 28)*. Outra desvantagem é que os benefícios para a família são mais caros em termos absolutos (embora, possivelmente, não o sejam em termos *per capita*), o que pode tornar a cobertura indisponível para alguns segmentos do mercado.

Quadro 28

Casamentos em massa

A MBA do CARD exige que para cobertura de outros membros da família, deve constar documentação legal para comprovar a relação familiar. Muitos sócios da MBA ainda não formalizaram o relacionamento com o cônjuge, muitas vezes, devido aos custos envolvidos. Portanto, como um benefício, a MBA de vez em quando organiza casamentos em massa para seus sócios. Este evento ajuda os sócios a cumprirem as exigências impostas pela MBA, coloca as mulheres em uma posição legal melhor, e poupa o dinheiro deles.

Fonte: Adaptado de McCord and Buczkowski, 2004.

Não se pode supor que os núcleos familiares sejam compostos de mãe, pai e dois filhos. Dependendo do país, muitas famílias são numerosas, incluindo avós, sobrinhas, sobrinhos, tios, filhos de amigos, etc., particularmente, em áreas assoladas por HIV/AIDS, onde avós tomam conta dos órfãos. Consequentemente, as microsseguradoras precisam ser muito claras sobre quem elas consideram ser um dependente, confiando, quando possível, nas definições locais. *(ver Quadro 29)*.

Quadro 29 **Definição de família em Uganda, de acordo com a UHC**

Quando fez um acordo para patrocinar o desenvolvimento da UHC, a administração da entidade Parceiros de Saúde, uma HMO dos Estados Unidos, estimou que muitas de suas pretensões e formas de fazer as coisas ao estilo norte-americano teriam que ser adaptadas para o contexto Ugandense. Uma adaptação necessária considerada urgente foi a definição de quem estava incluído na cobertura de "família". A definição norte-americana de família não refletia, exatamente, a realidade das vidas dos possíveis segurados Ugandenses. Então, a UHC desenvolveu uma definição mais "local": "todos que se alimentam da mesma panela".

Fonte: Adaptado de Brown e Churchill, 2000.

Por exemplo, a TSKI e a Cocolife, seus parceiros de seguro, fizeram um acordo em que os filhos nascidos fora do casamento podem ser incluídos na apólice, desde que tenham o mesmo nome de família que o cliente da TSKI. Filhos ilegítimos com um nome de família diferente não podem ser incluídos. Entretanto, filhos de casamentos anteriores que tenham nomes diferentes podem ser incluídos no microsseguro, desde que exista documentação para comprovar que eles são filhos biológicos do cliente. Este exemplo não é, necessariamente, uma prática boa ou ruim, mas ilustra tipos de questões que precisam ser esclarecidas em uma cobertura para família.

Mais importante ainda do que definir quais são os dependentes elegíveis, é identificá-los antes. Para minimizar fraude em sinistros, cada pessoa coberta pela apólice deve ser identificada individualmente, utilizando documentos oficiais (quando possível) e/ou com fotografias. Não é suficiente especificar quem está coberto sem associar isto à identificação explícita das pessoas adicionais. Também é importante controlar os movimentos de entrada e saída dos dependentes na apólice. Por exemplo, os clientes podem ter a opção de incluir um filho recém nascido na apólice quando do nascimento (ou dentro de um pequeno espaço de tempo depois do nascimento), mas não muito depois. Desta forma a seleção adversa é controlada.

Ao ampliar a cobertura de vida para as esposas, é importante reconhecer que os homens muitas vezes apresentam coeficientes de sinistros mais altos. Por exem-

plo, na experiência da AIG Uganda, a relação de coeficientes de sinistro entre homens e mulheres é de 4 para 1, enquanto na MBA do CARD é de 3,2 para 1. A Spandana apresentou experiências semelhantes. Houve vários fatores envolvidos, como por exemplo, os homens costumam ser mais velhos do que suas esposas, embora tenham uma expectativa de vida menor. Entretanto, também parece ser um problema de triagem. Em cada um destes casos as mulheres são mutuárias que precisam atender a critérios específicos, como por exemplo, ter menos de 55 anos, ser economicamente ativas e aceitas por seu grupo de prestamistas. Entretanto, nem triagem ou restrições de idade são aplicadas às esposas, o que leva a um panorama de seleção adversa, em que mulheres com maridos doentes podem aderir ao plano.

4.3 Em dinheiro ou em mercadoria? Agora ou mais tarde?

No seguro saúde, os benefícios são convertidos ou em serviço (caso em que o benefício é o serviço de saúde), ou em dinheiro. Os benefícios de saúde são pagos, geralmente, por reembolso; o segurado precisa pagar as contas e então apresentar os recibos para reembolso. Este acordo, em geral, é menos adequado para clientes pobres que não têm dinheiro para pagar as contas imediatamente *(ver Capítulo 2.1)*.

O benefício de ter seguro saúde, é que as pessoas não precisam retardar a assistência por falta de dinheiro. A maioria dos planos de seguro saúde comunitários utiliza um terceirizado ou sistema de pagamento em que não se lida com dinheiro, onde a microseguradora efetua o pagamento ao provedor de saúde diretamente, de modo que o segurado não precisa desembolsar qualquer valor, exceto, talvez, para um co-pagamento ou transporte (que às vezes também é reembolsado pela seguradora). Seguro saúde na base de reembolso é uma segunda melhor opção distante.

Na Geórgia, uma parceria existente entre a Aldagi Seguros e a Fundação Constanta, dão aos segurados uma quantia em dinheiro no hospital, de modo que eles possam pagar as propinas exigidas pela assistência (pagamentos efetuados sem recibo que, portanto, não são pagos ao hospital ou reembolsados ao beneficiário). Embora esta abordagem não possa ser recomendada em outros contextos, ela demonstra a criatividade necessária para atender ao mercado de baixa renda.

No seguro de vida, os benefícios são quase sempre pagos em dinheiro, embora haja algumas exceções interessantes. A cobertura da ServiPerú é paga por meio de serviços funerários, que incluem um caixão, flores e um carro fúnebre. Na verdade, a ServiPerú achou o mercado de baixa renda mais receptivo à prestação de serviço, porque para ela fica mais fácil de entender do que um *pool* de risco. Uma vantagem da prestação de serviços é que a seguradora pode conseguir um desconto ao comprar os serviços funerários básicos, logo, as famílias de baixa renda podem conseguir valorizar seu dinheiro. A desvantagem é que, quando ocor-

re um óbito, a família muitas vezes tem que pagar por outras despesas além do funeral e, consequentemente, precisa também de um pagamento em dinheiro.

Outro fator a considerar nos benefícios de seguro de vida, é quando eles são pagos. Normalmente, após um sinistro ter sido processado, o beneficiário obtém um benefício em pagamento único, e é só. Se um chefe de família morre, a família terá que encontrar meios de repor a renda perdida. Sob essas circunstâncias, um benefício em pagamento único pode acabar rapidamente. Para tratar desta questão, a La Equidad garante às famílias vários benefícios. Além de um pagamento no caso do segurado morrer ou ficar inválido permanentemente, seu produto *Amparar* ("proteger" em espanhol) – oferecido ao mercado de baixa renda por meio da MFI Fundação Mundial de Mulheres – também garante apoio financeiro para ajudar os beneficiários a pagarem gêneros alimentícios e serviços de utilidade pública (*ver Tabela 19*). Mediante um prêmio adicional, os segurados podem comprar uma cláusula de educação para os filhos que resultaria em pagamentos adicionais mensais pelo período de dois anos, a fim de ajudar nas despesas de educação.

Tabela 19 **Benefícios do produto de microsseguro *Amparar,* da La Equidad**

Cobertura (US$)	*Plano 1 Menor*	*Plano 6 Maior*
Morte (qualquer causa)	1 244	8 292
Invalidez total e permanente	1 244	8 292
Alimento/gêneros alimentícios por 12 meses	25	104
Serviços de utilidade pública por 12 meses	12	62
Auxílio funeral (pagamento único)	62	332
Opcional:		
24 meses de despesas com educação dos filhos	15	75

Observação: existem seis planos. Apenas o menor e o maior estão incluídos.
Fonte: Almeyda e Jaramillo, 2005.

É provável que fornecer os benefícios durante um período de tempo após o evento segurado cause um impacto no desenvolvimento maior do que efetuar um pagamento único, que pode ser gasto em um funeral elaborado, mas não ajuda a família a lidar com a perda da renda. A abordagem de benefícios escalonados também é adotada pelo produto "Senehasa" da ALMAO *(ver Capítulo 2.4),* e pela cobertura de invalidez total e permanente *(Total and Permanent Disability – TPD)* da MBA do CARD, que pagam as contas durante um período de 18 meses. A principal desvantagem dos benefícios escalonados são os custos envolvidos na operação, em especial se eles são pagos por meio de cheque, que pode ser difícil para os beneficiários descontarem. Esta desvantagem pode ser superada, caso o pagamento dos benefícios possa ser efetuado, diretamente, em uma conta poupança ou a um prestador de serviço, como por exemplo, uma loja de gêneros alimentícios ou empresa de serviços de utilidade pública.

4.4 Benefícios por meio de reembolso

Conforme mencionado acima, uma das dificuldades ao negociar microsseguro, é convencer os clientes que eles estão valorizando o dinheiro, mesmo não ocorrendo sinistro. Os segurados, muitas vezes, têm a impressão de estarem perdendo dinheiro, caso paguem prêmios por algum tempo sem receber algum benefício que seja, não reconhecendo a importância de ter desfrutado de segurança e proteção. Isto, em especial, pode ser verdade, caso o segurado fique muito velho e seja obrigado a desistir do plano.

Para ajudar a lidar com este problema, algumas características do benefício podem ser incluídas nos produtos de longo prazo, como por exemplo, os descritos no Capítulo 2.2, embora possam apresentar riscos de precificação, normalmente inerentes na maioria das garantias de longo prazo *(ver Capítulos 3.5 e 3.6)*.

1. Restituição de prêmio, em geral, devolve o total ou parte dos prêmios pagos depois de vários anos de registro, conforme exigido pelas normas da MBA nas Filipinas. Caso o prazo seja longo o suficiente, um pagamento modesto de juros pode até ser incluído. O Yasiru (Sri Lanka) faz isto, distribui 40 por cento de seus lucros para os clientes com pelo menos 5 anos de associação, o que funciona como um incentivo de fidelidade.

2. Seguro pago significa que depois de vários anos de pagamentos de prêmio, a cobertura pode continuar por toda a vida sem prêmios adicionais. O valor do seguro também pode ser determinado pela idade de entrada e saída de cada cliente no plano. Por exemplo, com o produto "Pilisarana" da ALMAO, os prêmios são pagos até o segurado atingir 60 anos. A partir desta idade, o benefício depende da idade que ele tinha quando começou a pagar o plano.

3. Poupança pode fazer parte do pacote do produto, e as contribuições devolvidas com juros dependem do lucro líquido da carteira. Pode ser difícil negociar uma taxa de juros que não seja garantida, mas isto pode ser feito com projeções hipotéticas.

4. Planos de seguro dotal pagam um benefício garantido em dinheiro, talvez equivalente ao valor da cobertura de vida por um determinado período, ou quando o segurado atinge uma determinada idade.

Estas características tendem a ser relativamente caras e potencialmente arriscadas para a seguradora, caso não sejam projetadas de forma adequada, em especial quando as taxas de juro estão baixas ou caindo. Embora recompensas por "não-ocorrência de sinistro" ou por devolução de dinheiro devido à permanência possam parecer atrativos para os clientes, como qualquer outro benefício, devem ser cobrados para que reduzam, de forma eficaz, a pulverização do risco de seguro, que

é redistribuir recursos daqueles que não foram afetados pelo risco, com aqueles que foram afetados pelo risco. Além disso, há que se tomar cuidado para que o produto seja de fácil compreensão ao introduzir tais características, a fim de preservar seu atrativo.

5 Gerenciamento de risco e controles de sinistros

Tanto no seguro de vida como no seguro saúde, é essencial desenvolver produtos com as características de controles de sinistro e seleção adversa, a fim de sustentar o plano e manter os prêmios baixos. Em geral, participação eletiva, diferentes populações alvo, inclusões mais amplas e muitas alternativas de produtos, tendem a aumentar a seleção adversa e, portanto, precisam de mais controles, especialmente em planos menores.

O princípio da simplicidade que se aplica ao desenho e ao marketing do benefício, também se aplica ao gerenciamento de risco e aos controles de sinistro. As seguradoras parecem ter uma tendência própria para fazer coisas complicadas, uma tendência que o microsseguro deve eliminar. De qualquer modo, para fins de gerenciamento de risco, as opções de produto não devem ser escolhas ao acaso, e sim pré-definidas e devem estar vinculadas a circunstâncias fora do controle imediato do proponente. Por exemplo, se os proponentes têm uma família, eles devem então ser obrigados a adquirir o pacote para família.

Outros controles chave a serem considerados incluem declarações de saúde, co-pagamentos e franquias dedutíveis, e alternativas de microsseguro menos rigorosas no que se refere a exclusões.

5.1 Declarações de condições de saúde

Se existe um potencial significativo de seleção adversa, o proponente deve então ser obrigado a assinar uma declaração de boas condições de saúde, uma abordagem utilizada pela maioria das organizações que oferece seguro de vida. Isto também funciona bem com o seguro prestamista, para desestimular prestamistas mais velhos ou doentes de tentarem maximizar seus valores de empréstimo ao tomarem conhecimento de uma doença terminal, como por exemplo, um câncer.

A ideia básica de uma declaração de condições de saúde, é que os proponentes declarem que gozam de boa saúde até onde eles sabem na ocasião da proposta. Caso os segurados morram e a microsseguradora possa determinar que eles estavam cientes da condição terminal de saúde na ocasião da declaração, mas que mentiram a respeito, a microsseguradora tem então o direito de negar o sinistro baseado na declaração falsa. Logo, em vez da triagem cara de todos os proponentes, a seguradora concentra seus recursos na análise de alguns sinistros.

A declaração de condições de saúde é útil não apenas como uma ferramenta para a microsseguradora recusar sinistros, mas também como uma restrição à se-

leção adversa. Por exemplo, se um candidato a empréstimo que seja doente terminal sabe que o sinistro do ramo prestamista costuma ser rejeitado devido à declaração, ele/ela pode então ser desestimulado(a) a prosseguir com a proposta de empréstimo, por causa do peso que recairá sobre sua família.

No seguro prestamista, as declarações de condições de saúde também podem ser exigidas para todos os empréstimos, ou apenas para empréstimos de valores maiores. Para fins de eficiência, os sistemas de microsseguro minimizam os controles das apólices menores, mas os introduzem no caso de importâncias seguradas maiores. Caso os controles sejam exigidos apenas para empréstimos maiores, a microsseguradora ainda estará um pouco exposta à seleção adversa, mas irá sujeitar-se a isto para economizar os custos de administração envolvidos ao processar uma declaração para cada empréstimo. Nestes casos, a razão de uma declaração deve se basear no valor total de todos os empréstimos pendentes concedidos ao prestamista, e não em cada empréstimo individual.

5.2 Teto dos co-pagamentos e benefícios

No microsseguro saúde, os tetos de franquias, do cosseguro (que são tipos diferentes de co-pagamentos) e do benefício, são mecanismos importantes de controle de sinistro. O desenho mais eficaz combina os três. Ou seja, todos os sinistros abaixo de um determinado valor, a franquia dedutível, são pagos pelo segurado. Então, o segurado paga um cosseguro de *x* por cento do sinistro (ou um valor fixo) em excesso à franquia dedutível. A seguradora paga a diferença até um determinado valor máximo. Estes mecanismos de controle podem ser aplicados a cada sinistro ou por ano de apólice.

Os objetivos destes pagamentos são dois: 1) reduzir o valor real de sinistros pagos pela seguradora e, talvez, o de maior importância; 2) ajudar a reduzir a incidência de sinistros. Por exemplo, os segurados pensarão duas vezes antes de ir a um hospital, no caso de indisposições menores, caso tenham que pagar uma franquia dedutível e, também, ficariam desestimulados a permanecerem hospitalizados além do prazo necessário, caso tivessem que pagar um cosseguro em excesso à franquia.

Um objetivo adicional de uma franquia é reduzir a carga administrativa da seguradora de processar muitos sinistros pequenos. Logo, se fosse aplicada uma franquia, a seguradora processaria apenas os sinistros em excesso à franquia dedutível. O interessante é que embora o cosseguro seja comum no microsseguro *(ver Tabela 20)*, nenhuma das organizações de estudo de caso incluíram franquias. Inicialmente, as *mutuelles* da UMSGF adotavam a franquia, mas quando a rede introduziu um sistema de pagamento terceirizado em que a seguradora reembolsava os prestadores dos serviços de saúde diretamente, as franquias não foram mais consideradas necessárias, porque os processos administrativos foram suficientemente simplificados. Entretanto, sob a perspectiva do preço, todos os sinistros devem ser codificados em um MIS, a franquia tendo sido ultrapassada ou não, um pagamento de sinistro tendo sido efetuado ou não. É necessário determinar as taxas reais de morbidade e os custos médicos *(ver Capítulo 3.5)*.

Os planos de saúde que garantem apenas benefícios para pacientes hospitalizados podem achar que os co-pagamentos sejam desnecessários. Por exemplo, o Yeshasvini, que cobre apenas cirurgias, não exige co-pagamentos desde que entendam que as pessoas não se submeterão a uma cirurgia sem, de fato, precisarem (e cirurgia eletiva está excluída). Da mesma forma, nem a VimoSEWA nem a Shepherd utiliza co-pagamento em suas coberturas de hospitalização.

Tabela 20 **Teto do cosseguro e dos pagamentos efetuados por microsseguradoras do segmento saúde**

Seguradora do segmento saúde	*Co-seguro*	*Tetos do benefício*
UMSGF	• US$0.38 para paciente não-internado • não há co-seguro para paciente internado • 30% para cuidados primários	não há
AssEF	30% das despesas por serviços específicos em paciente internado e não-internado	não há
MHIB do BRAC	• US$0.03 para clientes de MFI • US$0.08 para outros segurados • não há co-seguro para paupérrimos	entre US$8,52 e US$17,04 para cada incidente quando encaminhado para clínicas que não sejam do BRAC
Grameen Kalyan	• US$0,09 para clientes de MFI • US$0,17 para não-clientes • US$0,85 para não-segurados	US$34,08 para hospitalização devido a complicações no parto, e US$17,04 para hospitalização devido a outras complicações
Yeshasvini	Não há	US$4.545 por ano, que é suficiente para duas das operações mais caras e algumas outras de menor porte
ServiPerú	• US$1,43 por consulta (exceto para raios X, em que o segurado paga 50% do custo) • US$11,43 por serviço de emergência • 10% das despesas de assistência médica em caso de acidente, e assistência hospitalar em consequência de doença ou acidente	não há

O valor de co-pagamentos deve ser determinado com cautela. Caso seja muito alto, a tendência pode ser o segurado esperar muito tempo para procurar tratamento, ou nem procurar tratamento e, portanto, levando sua condição de saúde a evoluir para uma doença mais grave, resultando, consequentemente, em um sinistro muito maior, ou mesmo, até a morte. Ao considerar co-pagamentos (ou franquias), as microsseguradoras devem ter em mente co-pagamentos "implícitos" – como, por exemplo, custos de viagem para ter acesso aos serviços de saúde ou perdas de renda pelo afastamen-

to do serviço, que podem depois de um certo tempo funcionar como desestímulo a sinistros desnecessários.

Outra consideração para co-pagamentos em particular, é se a infra-estrutura em uso aceita pagamentos em dinheiro. Por exemplo, três dos quatro planos do governo analisados na América Latina também evitam co-pagamentos, pelo fato das transações financeiras oferecerem vulnerabilidade à fraude (Holst, 2005a).

No seguro saúde, várias organizações controlam os sinistros instituindo um sinistro máximo por ano ou por hospitalização, ou limitando o número de hospitalização por ano. O BRAC e a Grameen Kalyan utilizam estas limitações quando os segurados do CARD precisam ser encaminhados para outros serviços de assistência, mas não limitam o valor da assistência de suas clínicas próprias. O Fideicomisso Yeshasvini utiliza um valor máximo que pode ser reclamado em um ano civil (US$4.545). Estes controles protegem a viabilidade dos planos – em especial quando os planos não têm resseguro – mas os limites não podem ser tão baixos de modo a enfraquecer o benefício da cobertura de seguro.

5.3 Alternativas de exclusões

As seguradoras podem fazer uso de exclusões por um número de razões:

- Controlar a seleção adversa, como por exemplo, exclusões de condições pré-existentes
- Reduzir riscos morais como, por exemplo, exclusões de suicídio
- Reduzir o custo do seguro eliminando sinistros comuns ou de frequência elevada, e com alvo apenas em determinadas causas de sinistro como, por exemplo, cobertura apenas de acidente excluindo morte devido à doença
- Controlar risco covariante ou catástrofe como, por exemplo, exclusões de guerra e tumulto, ou catástrofe devido a intempéries
- Reduzir a amplitude da aceitação inicial como, por exemplo, exclusões pelo prazo de um ano para HIV/AIDS aplicadas à cobertura de vida, a fim de eliminar a necessidade do teste

Conforme discutido acima, as microsseguradoras podem adotar uma abordagem diferente para exclusões, daquelas que as seguradoras tradicionais adotam. Embora a exclusão de risco moral seja passível de justificativa independente do tipo de seguro, uma microsseguradora pode, normalmente, excluir condições para o risco covariante e determinados riscos de seleção adversa, munido do espírito de proteção social.

Quando os riscos covariantes são levados em consideração, é essencial que haja estratégias adequadas de avaliação de risco como, por exemplo, resseguro ou apoio de doador na forma de garantias. Caso contrário, a única consequência de

suspender a exclusão de catástrofe será a insolvência do plano no caso de uma catástrofe, o que não beneficia ninguém.

O argumento contra exclusões de condições pré-existentes não é bem claro. Caso uma microsseguradora ofereça seguro individual voluntário, é mais provável a adesão ao plano por pessoas que ofereçam risco maior; caso a adesão ao plano seja feita apenas por pessoas que ofereçam risco maior, a seguradora não pode, efetivamente, fazer *pool* de risco. Entretanto, caso seja cobertura em grupo, especialmente se for obrigatória, a microsseguradora recruta um grande volume de segurados, ou pode ser mais inclusivo no que se refere a condições pré-existentes. Este risco adicional é mais alto no lançamento do produto. Caso as taxas da renovação/permanência possam ser mantidas altas, à medida que o sistema amadurece, o risco associado às condições pré-existentes se torna mais passível de administração, porque os segurados novos passam a representar uma proporção menor da carteira como um todo. Pode ser apropriado fornecer fundos para este início de risco com apoio de doações, que podem ser reduzidas posteriormente, à medida que o plano alcançar sustentabilidade.

Uma alternativa menos rigorosa no que se refere a exclusões de microsseguro, é o período de carência, em que os segurados não podem ter acesso a determinados benefícios por algum tempo depois de contratados. Por exemplo, na África do Sul, a seleção adversa relacionada à HIV/AIDS é administrada utilizando carências de seis meses a um ano apenas para acidente nas apólices de vida que respaldam empréstimos para moradias de baixa renda. Um período de carência tem, essencialmente, o mesmo efeito na exclusão de condições pré-existentes, com a exceção de que a seguradora não tem que pagar os custos de análise dos sinistros. Caso o evento segurado ocorra durante o período de carência, o sinistro é rejeitado; a seguradora não tem que verificar com os médicos e examinar os prontuários para determinar se o segurado já tinha o problema, uma vez que ele é relativo a exclusões de condições pré-existentes.

Outra alternativa em relação às exclusões que está mais alinhada com o espírito do microsseguro, é oferecer **planos de benefício** com aumento progressivo de benefícios. Por exemplo, caso o evento segurado ocorra no primeiro ano, o benefício é pequeno, porém, ocorrendo depois do primeiro ano, o benefício é muito maior. Esta abordagem é uma forma eficiente de controlar a seleção adversa, ao mesmo tempo em que gera um sistema de microsseguro justo, que estimula a participação e a renovação a longo prazo. A MBA do CARD adotou esta abordagem de benefícios com aumento progressivo, conforme ilustrado na Tabela 21.

Tabela 21 **Valores de benefício na MBA do CARD**

Tempo de associação	*Causa mortis*	*Sócio (US$)*	*Cônjuge e dependente legais (US$)*
Abaixo de 1 ano	Condição pré-existente ou evento durante o período passível de contestação	18	–
Abaixo de 1 ano	Não-acidental	55	55
Abaixo de 1 ano	Acidente	182	55
1 – 2 anos	Não-acidental	55	55
1 – 2 anos	Acidente	236	55
2 – 3 anos	Não-acidental	302	110
2 – 3 anos	Acidente	575	110
Acima de 3 anos	Não-acidental	302	110
Acima de 3 anos	Acidente	665	110

Fonte: McCord and Buczkowski, 2004.

5.4 Controle de fraude

Um componente final e crítico do desenho e do gerenciamento de risco do produto de microsseguro é um sistema para prevenir sinistros fraudulentos. Os produtos devem ser desenvolvidos de forma a apoiar a cobertura e a validação de sinistros com critérios objetivos claros. Uma maneira de implementar controles de fraude eficazes em termos de custo nos sistemas de microsseguro, é fazer uso da sua relação com as estruturas da comunidade.

Além disso, a eficácia em termos de custo precisa ser considerada a partir da perspectiva de ambos, seguradora e segurado. Se, para conseguir a certidão de óbito, for preciso fazer duas ou três viagens de 10 quilômetros, pagar taxas extraoficiais e um mês de espera, será realmente necessário que o representante compareça ao enterro do segurado?

6 Conclusões

As principais mensagens deste capítulo são:

- O desenho do produto de microsseguro deve alcançar um equilíbrio entre inclusão ampla, benefícios adequados, taxas de prêmio baixas e sustentabilidade (ou lucratividade almejada).
- Os produtos precisam ser customizados conforme as necessidades e preferências dos clientes.
- Os aspectos de disponibilidade e desenho do produto precisam ser considerados em conjunto.
- O microsseguro é relativamente fácil, caso o mercado alvo seja um grupo bem organizado; os desafios enfrentados são significativos ao se tentar atender a indivíduos não organizados.

- A cobertura em grupo, em geral, é mais apropriada para microsseguro, porque minimiza os custos administrativos que levariam a prêmios mais baixos.
- A cobertura obrigatória apresenta vantagens significativas, enquanto suas desvantagens podem ser controladas por meio de esforços de marketing e educação, e alguma opção nos pacotes de benefícios.
- O seguro de curto prazo, em geral, é mais apropriado para o mercado de baixa renda.
- O mercado heterogêneo de baixa renda prefere uma variedade de frequências e mecanismos de pagamento de prêmio.
- É aconselhável limitar os benefícios para os riscos seguráveis mais importantes.
- A ampliação dos benefícios do seguro de vida durante um período de tempo pode ser vantajosa para ambas as partes, desde que os custos da transação possam ser minimizados.
- Caso os segurados não possam reclamar um benefício com facilidade, então a apólice não é muito vantajosa.
- Franquias, co-pagamentos e limites de benefício são importantes controles de sinistros nos planos de seguro saúde.
- Aspectos do desenho do produto, como carência e planos de benefício, permitem que os sistemas de microsseguro incluam pessoas que representem risco alto, sem que incorram em custos de triagem adicionais.

3.2 Marketing do microsseguro

Craig Churchill e Monique Cohen

Os autores gostariam de agradecer a Herbert Meister (Munich Re), Dirk Reinhard (Fundação Munich Re) e Tamsin Wilson (Centro de Microsseguro) por seus comentários neste capítulo.

Quando desenvolvido corretamente, o microsseguro pode ser uma ferramenta financeira valiosa para clientes de baixa renda. Mesmo sendo um produto forte, um sistema de microsseguro não irá para frente sem uma campanha de marketing eficiente. Quando perguntadas sobre seguro, as pessoas de baixa renda, muitas vezes, demonstram falta de conhecimento ou dizem achar que se trata de produto apenas para ricos. O principal obstáculo do marketing do seguro para os pobres é a falta de diferenciação entre produtos de microsseguro e seguro convencional. A mentalidade de que seguro é apenas para os ricos continuará até que as microsseguradoras possam diferenciar corretamente seu produto no mercado.

O marketing do seguro para o pobre também apresenta alguns outros desafios. Caso eles tenham tido acesso ao seguro convencional (ou conheçam por meio de outra pessoa que tenha tido seguro), a experiência, muitas vezes, foi negativa em função de atrasos no processamento de sinistros, sinistros rejeitados e apólices que perderam a validade – todas as características que o desenho do produto de microsseguro deve evitar. Os níveis baixos de alfabetização entre os possíveis clientes tornam o marketing do produto ainda mais difícil.

A maioria das pessoas, ricas ou pobres, não gosta de comprar seguro, porque não gosta de pensar em riscos ou na iminente ocorrência de sinistros. A maioria não gosta da ideia de comprar tranquilidade, e vai achar que o gasto foi um desperdício, caso o evento segurado não ocorra. Entretanto, esta ideia é ainda mais difícil de aceitar em se tratando do pobre, que vive um dia pelo outro, sem planejar o futuro e sem ter dinheiro para desperdiçar.

Este capítulo está organizado em quatro seções. A primeira seção resume as principais mensagens de marketing comumente transmitidas pelas microsseguradoras. A segunda seção examina as técnicas utilizadas para transmitir estas mensagens. A seção 3 considera o serviço pós-venda, papel importante do marketing, e a seção final trata das implicações do marketing do seguro obrigatório.

1 Principais mensagens de marketing

A primeira etapa no desenvolvimento de uma estratégia de marketing é determinar quem a microsseguradora está tentando alcançar, incluindo níveis de alfabetização e renda. Um importante modelo a seguir, o da ICMIF (2005), é que as microsseguradoras devem evitar tentar atender a segmentos de mercado muito diferentes, à medida que eles podem exigir muitos produtos e canais de marketing correspondentes, o que pode elevar os custos operacionais de forma significativa.

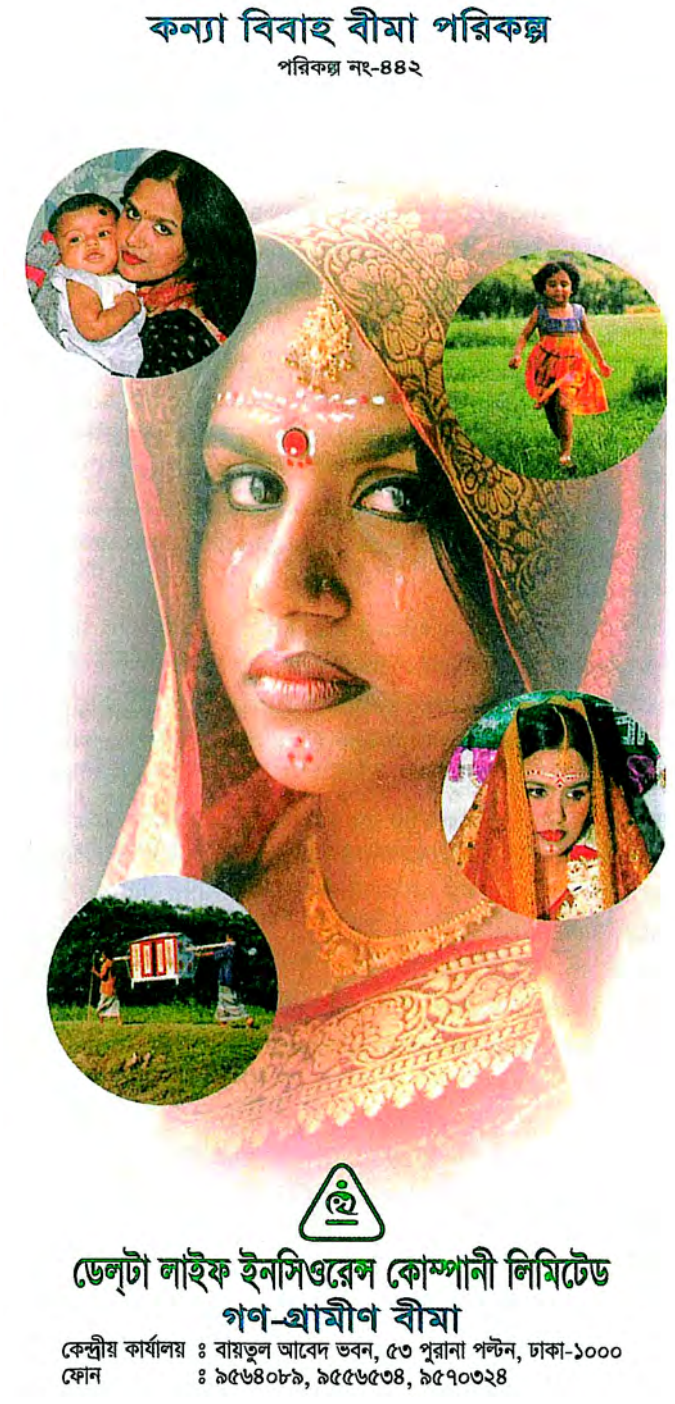
Depois de identificar o mercado alvo, a próxima etapa é determinar as mensagens principais que as microsseguradoras querem transmitir. Isto se consegue considerando os argumentos anti-seguro que o mercado alvo pode ter e, a partir daí, desenvolvendo mensagens para contornar estes argumentos. Partindo de estudos de caso disponíveis, quatro importantes mensagens de marketing são obtidas: proteção, solidariedade, otimismo e confiança. Infelizmente, considerando o tempo disponível, não é possível avaliar a eficácia relativa destas mensagens, de modo que esta seção descreve apenas as mensagens de marketing mais comuns.

1.1 Proteção

Uma importante mensagem transmitida pelas microsseguradoras é lembrar às famílias de baixa renda que elas estão vulneráveis, que pessoas como elas estão expostas a riscos todo o tempo, e que se elas não tiverem uma forma de administrar estes riscos de maneira eficaz, ficarão em uma situação pior. Esta abordagem emocional, muitas vezes, tem um peso bastante grande **nos testemunhos** de pessoas que usufruíram o benefício e tiveram a chance de sobreviver a uma crise (assim como testemunhos daqueles que não tinham proteção e sofreram).

A Delta Seguros de Vida Ltda. (Bangladesh) utiliza esta abordagem com seu novo produto de seguro dotal de casamento, cuja proposta é beneficiar a filha do segurado ao atingir a idade de 18 anos, seja com base em poupança ou, caso o segurado morra durante a vigência da cobertura, com base no benefício de seguro. No folheto do produto *(ver Figura 10)*, a noiva está chorando – embora esteja usando um vestido de noiva – porque seu pai não está presente para compartilhar de sua alegria.

Figura 10 **Plano de seguro de casamento de filha: Delta Seguros de Vida Ltda**



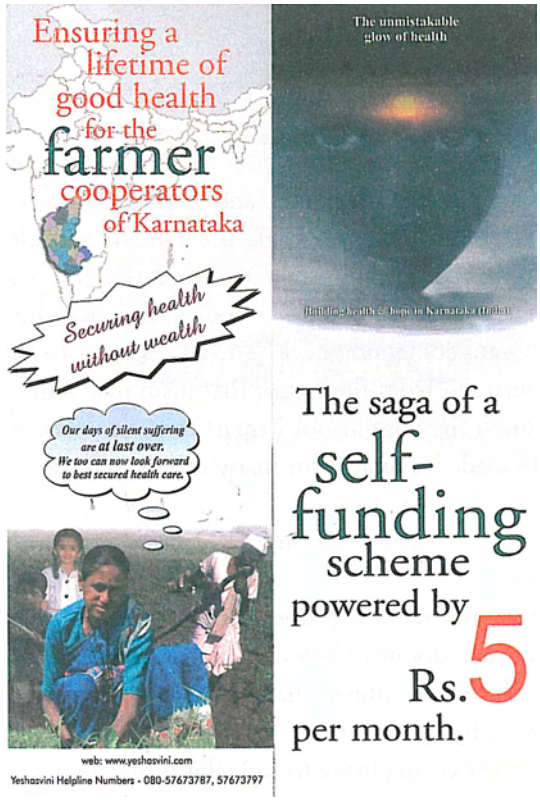
Fonte: Delta Seguros de Vida Ltda., Bangladesh

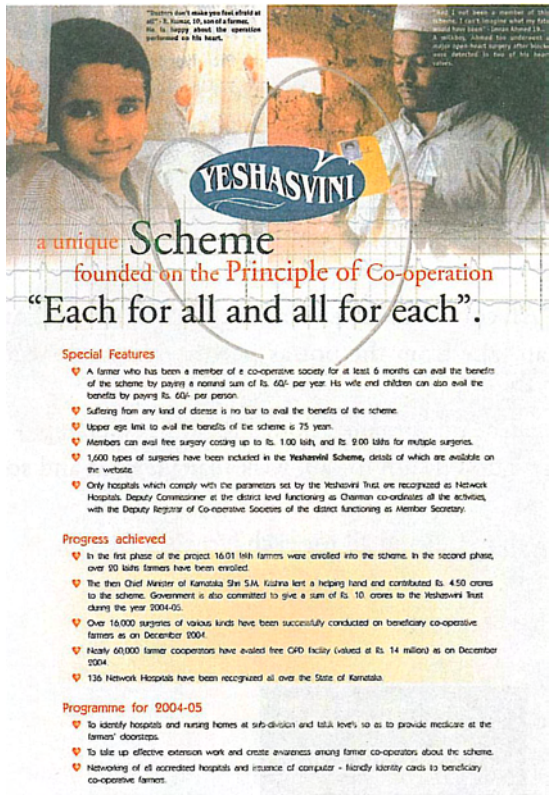
1.2 Solidariedade

Enquanto a mensagem de proteção é essencialmente a mesma para seguro e microsseguro, algumas microsseguradoras também enfatizam a solidariedade como uma mensagem chave de marketing. Esta mensagem se baseia em mecanismos informais de auto-ajuda, com os quais as pessoas estão familiarizadas, a fim de tornar o seguro e o *pool* de riscos mais compreensíveis em um mercado de pessoas sem instrução. Por exemplo:

- **VimoSEWA (Índia):** "Todos contribuem para o mesmo pote; aqueles que enfrentaram os riscos preceituados, podem retirar do pote conforme as normas e regulamentos decididas por todos."
- **AssEF (Benim):** "Organização mútua de saúde! Associação ampla + pagamento regular de prêmios = boas condições de saúde para todos. Gerenciamento de risco e solidariedade para uma saúde melhor."
- **Yeshasvini (Índia):** "Um por todos e todos por um" *(ver Figura 11)*.

Figura 11 **Folheto sobre marketing: Yeshasvini**





A mensagem de solidariedade é mais simples, e talvez mais eficaz, quando os segurados também estão incluídos na imagem do benefício e dos procedimentos. Esta mensagem é particularmente importante para evitar a confusão que muitas vezes ocorre quando a vigência da apólice chega ao final, e os clientes que não sofreram o evento segurado querem alguma devolução. O desafio é ajudar as famílias de baixa renda a compreenderem, desde o início, que seguro exige solidariedade, e que embora eles possam não usufruir de um benefício este ano, poderão vir a usufruir no futuro, e terão possibilitado a muitas outras pessoas se beneficiarem.

1.3 Otimismo

Várias microsseguradoras reconhecem que suas mensagens de marketing devem ter um estilo positivo, na medida em que a abordagem "nem tudo está perdido" pode reforçar a perspectiva negativa que os clientes pobres têm do seguro. Esta abordagem positiva pode ser melhor apreciada, comparando o sorriso da menina no folheto da TUW SKOK *(Figura 12)* com o choro da noiva da Delta.

Figura 12 **Folheto sobre poupança garantida: TUW SKOK**

Tradução:

– Uma conta poupança regular de um segurado
– Juros altos
– Não apenas para o rico
– Sensação de segurança
– Futuro garantido

Esta abordagem otimista é, provavelmente, a mais fácil no plano de seguro dotal ou nas apólices de seguro de acumulação em vida. O foco da mensagem pode ser o valor das poupanças que a pessoa deve ter ao final do prazo, ou a finalidade para a qual o dinheiro poderia ser utilizado – como, por exemplo, construir uma casa, enviar um filho para escola, ou pagar um casamento – em vez de ser a importância segurada que o beneficiário teria, caso o segurado morresse.

O estilo positivo no seguro saúde se concentra nas pessoas sendo e permanecendo saudáveis, em vez de se concentrar na doença e em tratamentos de saúde. Também é possível apresentar o seguro de vida temporário partindo de um ângulo positivo, associando a cobertura, que é relativamente barata, a uma simples despesa supérflua. A mesma ideia realça a propaganda de um plano de seguro saúde na Índia – "Por apenas uma rúpia por dia" – considerando que custa Rs. 365 por pessoa por ano.[1]

1.4 Confiança

Um dos problemas de vender seguro é que os segurados não sabem se a seguradora pagará os benefícios no caso de um sinistro. O mercado observa muitas vezes que as seguradoras são ágeis quando se trata de receber dinheiro, mas lentas quando se trata de efetuar pagamento. Pessoas de baixa renda são particularmente suscetíveis a planos fraudulentos, o que em alguns locais têm arruinado a credibilidade de seguradoras honestas. Mesmo em companhias de seguro de respeito, o mercado de baixa renda tende a experimentar um valor desproporcional de atrasos e recusas de sinistros. Isto se dá, em parte, porque a população pobre não é uma base poderosa ou influente de clientes, logo as seguradoras não têm incentivos significativos para agradá-la.

As microsseguradoras precisam encontrar formas de convencer o mercado alvo de que, de fato, elas são confiáveis. As seguradoras convencionais, muitas vezes, tentam montar escritórios grandes, visíveis, como uma forma de passar a impressão de serem uma companhia de porte e estável. Localizados nos centros das cidades e municípios, os escritórios, muitas vezes, estão distantes das áreas onde o pobre vive e trabalha, o que não é muito conveniente para o mercado de baixa renda. No microsseguro, a forma mais eficaz de transmitir esta mensagem é talvez por meio da logo da companhia – associando a seguradora a algo que seja confiável para o pobre. Por exemplo:

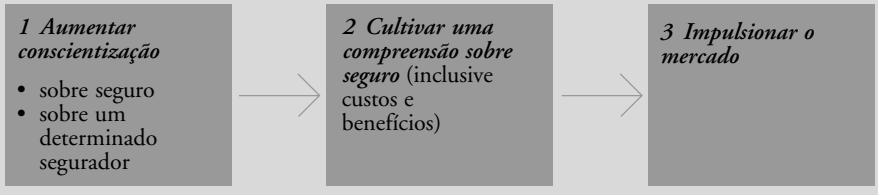
[1] Este plano do setor público, Seguro Saúde Universal, não alcançou tantas pessoas quanto o esperado, mas não é possível determinar se o problema foi a campanha de marketing, o desenho do produto ou o mecanismo de venda, ou uma combinação dos três. O produto é mais barato para famílias que vivem abaixo da linha da pobreza, que recebem do governo central um subsídio anual no valor de Rs. 200 (US$4,60) por pessoa, até Rs. 400 (US$9,10) para uma família de sete integrantes. No final de março de 2004, 417.000 famílias tinham cobertura (Rademarcher e outros, 2005b).

– A logo da TUW SKOK (Polônia) é parecida com logos de associações de crédito com as quais ela trabalha, a fim de estabelecer uma conexão entre a confiança que o associado tem em suas associações de crédito e a companhia de seguros de associações de crédito.
– A SEWA goza de uma imagem poderosa e confiável entre as mulheres na economia informal, que é de grande ajuda para a VimoSEWA. Mesmo depois de períodos difíceis, como por exemplo, o terremoto de Gujurat, ocasião em que houve uma onda de sinistros que ultrapassaram a capacidade da microsseguradora, e cujos pagamentos de sinistros levavam três meses ou mais, os associados tiveram um grau de tolerância com a VimoSEWA que não teriam com a maioria das organizações.
– Quando a AIG entrou no mercado da Índia, teve sorte de começar um empreendimento com o grupo Tata, um dos mais respeitados e confiáveis conglomerados industriais da Índia. Quando a Tata-AIG entrou no mercado de baixa renda, usava a logo da Tata: agentes que vendiam microsseguro, garantindo aos possíveis clientes que companhias de grande porte tinham pouco interesse em seus minúsculos (em termos relativos) prêmios. Além disso, ela colaborava com as ONGs locais, que ajudavam a fortalecer sua credibilidade local.

2 Técnicas de marketing

Para transmitir estas mensagens, as microsseguradoras utilizam uma variedade de técnicas de marketing. Para os clientes chegarem ao ponto de assinar seus contratos e pagar seus prêmios, os gerentes de marketing precisam passar por três etapas *(Quadro 13)*. Primeiro, precisam aumentar a conscientização sobre microsseguro e provedores de microsseguro. Segundo, precisam ajudar o mercado a compreender os produtos, inclusive os custos e benefícios. Por fim, precisam impulsionar o mercado, transformando em vendas a conscientização e a compreensão elevadas.

Figura 13 **Processo de marketing em três etapas**



2.1 Aumentar a conscientização

Aumentar a conscientização do cliente sobre seguro tem dois aspectos: a) um conhecimento geral de seguro e b) familiaridade específica com um provedor de seguro. A partir de experiências de microsseguradoras, o geral recebe muito menos atenção do que o específico. Poucas microsseguradoras utilizam técnicas de marketing social para:

- educar seus clientes de uma forma mais ampla sobre seguro,
- descrever como o seguro se ajusta aos mecanismos mais amplos de gerenciamento de risco, e
- demonstrar as vantagens e desvantagens do seguro em relação a outras formas de gerenciamento de risco (por exemplo, poupança ou crédito).

O único exemplo sobre criar conscientização geral extraído dos estudos de caso foi o da Tata-AIG, que elaborou folhetos explicando seguro sem mencionar, de fato, a seguradora ou seu produto. A literatura foi difundida por seus parceiros da ONG, e sua credibilidade no mercado de baixa renda ajudou a elevar a reputação do seguro como uma intervenção viável para o pobre. (Obviamente, o sucesso desta abordagem pode ser restrito em função dos níveis de instrução dos possíveis segurados.)

Por dois motivos, criar conscientização geral não é mais simples no microsseguro. Primeiro, no caso dos principais provedores de seguro, eles têm interesse que seus clientes compreendam seus produtos, porém, tenham pouco conhecimento sobre a indústria em geral. Segundo, as campanhas de conscientização geral sobre seguro poderiam, da mesma forma, beneficiar outros provedores de seguro, de modo que seria menos provável para as seguradoras individuais terem esta iniciativa. De fato, à medida que conscientização geral seja um bem público, o governo ou uma associação industrial pode desfrutar de uma condição melhor para participar nas campanhas educacionais, como é o caso da África do Sul *(ver Quadro 30)*. Esta é uma área onde as organizações doadoras também devem ser capazes de fazer contribuições úteis.

Quadro 30

Criar conscientização: A experiência da Associação de Seguros da África do Sul

De acordo com o mercado, seguradores da África do Sul concordaram em alocar recursos para vender produtos de seguro para famílias de baixa renda. Além disso, eles contribuem com 0,2 por cento dos lucros líquidos para serem aplicados em educação financeira. Os associados da SAIA, provedores de produtos de seguro não-vida e de curto prazo, decidiram lançar um programa de educação ao consumidor que cobre sete temas: administração do dinheiro, orçamento, dívida, poupança, banco, seguro de vida e de curto prazo, e direitos e deveres do consumidor. Para aumentar a conscientização, a SAIA deu início à três atividades:

1. Desenvolvimento de um conjunto de recursos para o professor, destinado aos estudantes do ensino médio;
2. Seminário com duração de um dia sobre finanças em áreas rurais. Até hoje, 10.000 pessoas receberam o treinamento;
3. Rede de Passageiros: com 17,5 milhões de pessoas viajando diariamente, esta população foi identificada como um grupo alvo prioritário. Foram introduzidas várias iniciativas:
   - Foram instalados monitores de televisão em pontos de táxi, que exibem anúncios sobre os sete temas;
   - Estações de rádio fornecem educação interativa;
   - Foram distribuídas em pontos de táxi 25.000 fitas cassete com música e mensagens de educação financeira; e
   - Foram distribuídas revistas em quadrinhos sobre educação financeira.

Fonte: Adaptado do website da SAIA

O aumento da conscientização sobre provedores de microsseguro específicos é mais predominante do que a promoção de educação geral do seguro. As três abordagens mais comuns são sobre logo, relações públicas e campanhas de prevenção:

- **Logo** é uma forma eficaz de familiarizar um mercado com uma organização. Para promover sua logo, as microsseguradoras tendem a utilizar placas ou faixas na frente de seus escritórios, com cores e talvez símbolos já conhecidos. Outro componente da logo é a frase utilizada nos materiais de marketing para transmitir uma mensagem geral sobre a organização aos clientes e aos possíveis clientes; o material da Delta diz, "Delta Seguros de Vida, Uma Vida Próspera", e da mesma forma a frase da Tata-AIG diz, "Um Novo Olhar para a Vida". Logos simples que utilizam ilustrações ou gravuras são uma forma eficaz de transmitir uma mensagem de marketing para ambos os segmentos, alfabetizado e analfabeto.
- A maioria das microsseguradoras, de uma forma ou de outra, está envolvida em **relações públicas**. A atividade mais comum em relações públicas de seguradoras de vida é organizar cerimônias de premiação por sinistros, onde um beneficiário recebe um pagamento de seguro em um evento público. As microsseguradoras maiores também estão envolvidas em patrocínios coletivos. Por exemplo, a TUW SKOK patrocina o time de futebol de jovens e uma competição anual de pintura e desenho de crianças, eventos modestos com a intenção de promover a imagem da TUW SKOK como uma instituição voltada para a comunidade. A Spandana (Índia) utiliza uma parte do lucro acumulado gerado do seu plano de seguro para financiar bolsas de estudo. Estes tipos de programas demonstram o comprometimento das organizações com a comunidade de uma maneira tangível, sem a necessidade de folhetos e panfletos.

– Conforme descrito no Capítulo 3.9, **as campanhas de prevenção** também podem aumentar a conscientização a respeito de uma microsseguradora. A Shepherd (Índia) cobre os campos de criação de gado, com capital obtido, em parte, por meio de uma sobretaxa em cada apólice de seguro, a fim de promover a manutenção adequada dos animais e garantir gratuidade na imunização e vermifugação. Estes campos são para o público em geral, não para associados. Além de evitar sinistros, os campos também servem como um veículo de marketing. Da mesma forma, a ServiPerú possui unidades médicas móveis que visitam as cooperativas e de outros grupos afins que oferecem consultas médicas grátis. Em conjunto com estas unidades móveis, um quiosque promove seus serviços de seguro. O MHIB do BRAC e a GK, ambos de Bangladesh, participam da campanha de imunização do governo. As autoridades de saúde fornecem as vacinas gratuitamente, e sem cobrar qualquer quantia para cobrir o custo de promoção da campanha. Esta participação fortalece o próprio programa de prevenção e melhora a imagem das microsseguradoras.

Criar conscientização no modelo comunitário *(Capítulo 4.3)* é um pouco diferente, porque a microsseguradora não está apenas em busca de futuros clientes para comprar seguro; também está pedindo que eles participem no projeto e na administração do plano de seguro *(ver Quadro 31)*.

Quadro 31 **Três etapas da estratégia de marketing da UMSGF**

Em um modelo comunitário, o marketing é mais do que tentar persuadir alguém a assinar um contrato e a pagar um prêmio. É necessário trabalhar com a comunidade para ajudá-la a chegar à conclusão de que trabalhando em conjunto conseguirão solucionar, de forma coletiva, os problemas individuais. No caso da UMSGF na Guiné, que promove as *mutuelles de santé*, o problema que elas estão tentando solucionar é a disponibilidade do acesso à saúde.

A UMSGF utiliza três etapas de estratégias de marketing para ativar e envolver a comunidade na criação de *mutuelles de santé* ou MHOs.

A **primeira etapa** é a comunidade, onde promotores fazem apresentações sobre o problema e as possíveis soluções, e tentam estimular o interesse no seguro. É semelhante ao aumento geral da conscientização.

A **segunda etapa** inclui duas abordagens de grupo, ambas visando a explicar um pouco mais detalhadamente como funciona o seguro saúde. Com a primeira abordagem, os promotores alcançam grupos existentes – ROSCAs ou tontinas,[NT1] associações religiosas, grupos de mulheres, associações comerciais e etc. – a fim de verificar se eles desejam formar uma MHO. Com a segunda abordagem, os

[NT1] Associação de pessoas de faixas etárias diferentes, em que o capital dos que morrem é transferido para os sobreviventes, seja por partilha entre eles, seja pela formação de uma renda vitalícia.

promotores estimulam pessoas que querem seguro saúde para criar seu próprio grupo de organização mútua com outras pessoas em quem eles confiem. Quando possível, o objetivo é trabalhar com os grupos sociais da comunidade, sejam pré-existentes ou organizados em atividades das *mutuelles de santé*. Desta forma, eles se baseiam em uma infra-estrutura e liderança existentes.

A **terceira etapa** são as famílias individuais, começando com aquelas pessoas que os organizadores identificaram como líderes de opinião. Algumas pessoas não se sentem confortáveis fazendo perguntas pessoais, como por exemplo, sobre necessidades particulares de saúde, na frente de terceiros. Consequentemente, os organizadores precisam acompanhar as reuniões de grupo de discussões com a família. Sempre que os promotores conseguirem algumas poucas pessoas influentes, podem então contar com estes líderes da comunidade para persuadir seus vizinhos a participarem do plano.

Fonte: Adaptado de Galland, 2005a

2.2 Aumentar a compreensão

Quando o mercado possui uma conscientização geral sobre seguro e está familiarizado com o provedor de seguro, o próximo passo no processo de marketing é aumentar a compreensão dos produtos específicos disponíveis, incluindo as características do produto e os custos e benefícios do seguro relativos às outras estratégias de gerenciamento de risco. Isto exige educação em seguro, que é, particularmente, um desafio em mercados com níveis de alfabetização baixos.

Em última análise, aquele que ajudasse na educação, levaria a mudanças no conhecimento, nas habilidades e atitudes, e a seguir, na adoção do microsseguro pelo mercado alvo. Infelizmente, os provedores de microsseguro tendem a ser limitados, principalmente, no que se refere a fornecer informações, mais do que no que se refere à educação. Entretanto, há algumas exceções. O BRAC foi pioneiro no uso de **teatro de rua** para educar os grupos alvo quanto aos benefícios do microsseguro saúde. Desde 1998, o Programa de Desenvolvimento Social do BRAC produz peças para pontuar as práticas injustas, ilícitas e de exploração na sociedade, enquanto preserva a tradição rica do drama local e das canções folclóricas de Bangladesh. Os participantes são selecionados entre os clientes das MFIs e são submetidos a 10 dias de treinamento intensivo no teatro rural. Durante os últimos três dias de treinamento, os participantes visitam vilarejos diferentes, a fim de reunirem histórias reais de vida que reflitam questões sociais críticas. Estes métodos promovem o plano de seguro saúde retratando os benefícios frente a um problema de saúde.

Uma versão moderna do teatro popular é o **vídeo**, utilizado por organizações como a Tata-AIG para ajudar possíveis clientes a compreenderem como funciona o seguro, e porque devem comprá-lo. Diferente do teatro de rua, o vídeo não tem a vantagem de envolver participantes no processo de passar a mensagem,

mas na Índia, os filmes ao estilo Bollywood[NT2] podem ter um impacto poderoso no público alvo. A Tata-AIG mostra vídeos de vanguarda, e quando o filme termina, os microagentes podem responder perguntas e recrutar segurados.

As estratégias de educação baseadas em tecnologia simples também podem ser eficazes se levarem em consideração o nível de educação do mercado alvo. Talvez uma das técnicas de marketing mais comuns seja o uso de **apresentações com ilustrações** – utilizadas pelo MHIB do BRAC, pela AssEF e outros – para demonstrar como funciona o seguro. Um *flipchart* é uma ajuda visual para padronizar as principais mensagens que estão sendo passadas. Ademais, a abordagem também é interativa e permite que os futuros segurados façam perguntas.

Os níveis de alfabetização de uma determinada comunidade devem influenciar o desenho de uma campanha educacional. Ao definir a intensidade e a amplitude de seu mercado, uma microsseguradora deve considerar se os futuros clientes são ou não alfabetizados. Em caso positivo, as microsseguradoras devem passar as informações necessárias sobre microsseguro em geral, e sobre os produtos que estão sendo oferecidos, sem confiar plenamente na comunicação escrita.

Um dos desafios em utilizar qualquer uma destas técnicas de educação é assegurar que as pessoas realmente compreendam e se lembrem das principais mensagens transmitidas. Para vencer este desafio no Vietnã, o sistema da Ninh Phuoc transformou o exercício em um jogo. As questões chave são escritas dentro de flores de papel, que são então colocadas em uma árvore ou em um arbusto. Os clientes pegam uma flor e tentam responder as perguntas. Caso as respostas estejam corretas, os clientes ganham um doce ou algum outro prêmio.[2]

Ao desenvolver uma campanha de educação, é importante considerar a heterogeneidade do mercado. Podem ser necessários métodos e mensagens diferentes de comunicação para cada segmento de mercado – uma lição aprendida pelo CETZAM *(ver Quadro 32)*. Também é importante definir termos e evitar jargões. Por exemplo, em Uganda, "beneficiário" é uma palavra que está associada a quem se beneficia de um programa social. Portanto, é comum os clientes se considerarem beneficiários de suas MFIs. Não havendo treinamento adequado, nem os clientes nem as entidades de empréstimo compreendem o que esta palavra significa no contexto de seguro.

[NT2] Bollywood é o nome dado à indústria de cinema de língua hindi, a maior indústria de cinema indiana, em termos de lucros e popularidade em nível nacional e internacional. O nome Bollywood surge da fusão de Bombaim, antigo nome de Mumbai, cidade onde se concentra esta indústria, e de Hollywood, nome dado à indústria cinematográfica americana. Contudo este nome é usado por vezes para designar todo cinema indiano, uma utilização incorreta.

[2] Esta informação sobre a Ninh Phuoc foi fornecida por Nguyen Thi Bich Van, do escritório da OIT em Hanoi.

Quadro 32

Diferenças regionais em Zâmbia

Em setembro de 2002, o CETZAM realizou uma pesquisa de mercado para apurar a reação de seus clientes em relação ao novo produto de microsseguro de vida, o *Ntula*. A pesquisa demonstrou que 81 por cento dos clientes achavam que o *Ntula* ajudava a protegê-los e a proteger seus negócios em um momento de crise. A pesquisa também apontou a razão para a demanda por seguro: 41 por cento dos clientes registraram uma morte em sua família durante o ano anterior. De maneira interessante, 15 por cento dos clientes do CETZAM se mostraram contrários à introdução do *Ntula* e, aproximadamente, todos eram moradores de Livingstone, uma cidade ao sul de Zâmbia.

O escritório principal do CETZAM e a maioria de seus clientes estão nas cidades ao norte de Copperbelt. É comum os clientes viajarem entre estas cidades. Como a língua falada é a mesma, os clientes de outras cidades ao norte ouviram nas estações de rádio da comunidade a respeito do programa piloto de seguro que estava sendo realizado em Kitwe. Quando o *Ntula* foi apresentado em outras cidades de Copperbelt, os clientes já perguntavam pelo produto as suas entidades de empréstimo e, consequentemente, sua implementação foi recebida com entusiasmo.

Em contrapartida, o sul de Livingstone está a um dia de carro de Kitwe e tem um dialeto e uma cultura local diferente. "*Ntula*", que significa "suportando o fardo" em Bemba, não significa nada para o povo de Livingstone. Os clientes e a equipe de Livingstone não foram informados sobre o *Ntula* e, portanto, sua implementação encontrou resistência e suspeita.

Mais tarde foi revelado que na ocasião da implementação do *Ntula*, dois outros fatores conspiraram para desestimular os clientes de Livingstone. Em primeiro lugar, os desembolsos com empréstimo tinham atrasado recentemente, o que levou os clientes a ficarem preocupados com a saúde financeira do CETZAM. A implementação do produto de seguro que era obrigatória e incluía uma dedução do empréstimo, pareceu aos clientes uma medida desesperada para assegurar a sobrevivência da organização. Eles não consideraram que o *Ntula* pudesse pagar sinistro, mas entenderam o fato como sendo um tributo sobre o empréstimo para manter o CETZAM funcionando. Em segundo lugar, na ocasião de sua implementação, um jornal local estava noticiando incidentes de "magia negra" na cidade. Os clientes ligaram o *Ntula*, um produto cobrindo a morte do cliente mais cinco membros da família (seis pessoas no total), a algo como sendo demoníaco. Foi necessário que uma organização local encenasse o teatro de rua por várias semanas, a fim de mudar a opinião pública sobre seguro em Livingstone.

Fonte: Adaptado de Leftley, 2005.

Quando do desenvolvimento de ferramentas de educação em seguro, também vale considerar os **grupos de futuros comunicadores**. Muitas microsseguradoras se unem a outras organizações (ou a outras partes de sua própria organização), incluindo empregados da área de saúde, da área social e funcionários do governo, para interagirem com a maioria dos futuros segurados. Por exemplo, a GK em Bangladesh utiliza serviços de saúde infantil e maternal prestados às famílias carentes pelos assistentes de saúde itinerantes de uma organização irmã, como uma ferramenta promocional. Da mesma forma, os professores de educação informal do BRAC promovem o plano de seguro saúde para pais de seus alunos. Seguradoras mútuas e cooperativas utilizam seus grupos de afinidade que muitas vezes possuem comitês de educação, como uma maneira chave para promover educação sobre seguro. Em geral, para que estes "educadores de seguro" sejam eficientes, eles precisam de ferramentas e treinamento suficientes para passar as mensagens.

Uma das lições mais importantes extraídas de estudos de caso, é que é muito mais fácil se comunicar com clientes quando um produto é simples. A La Equidad na Colômbia tem dois produtos de microsseguro e tem experimentado um sucesso maior com o mais simples dos dois. Conforme descrito no Capítulo 3.1, é mais fácil para os clientes entenderem o produto, se não há exclusões, se os benefícios são uniformes ou, pelo menos, honestos, e se o preço é transparente. O ideal é que seja possível explicar os detalhes do produto em cinco minutos ou até menos.

Quando os produtos são complexos, os funcionários de campo, muitas vezes, explicam apenas uma parte dos benefícios, dos procedimentos, e das exclusões. Se os funcionários não mencionam determinados benefícios, então os clientes não reclamarão tais benefícios caso ocorra o evento segurado. Se os funcionários não explicam os procedimentos, o processo de apresentar reclamações também costuma ser extremamente ineficiente para todos os envolvidos.

O maior obstáculo para aumentar a compreensão do mercado sobre o produto de seguro é o fato de que muitas pessoas no sistema de distribuição não compreendem o produto. Este problema de funcionários, comum entre as microsseguradoras, ocorre por vários motivos, incluindo a falta de um bom treinamento, acompanhamento e incentivos insuficientes, e alta rotatividade de vendedor. Este desafio, que poucas organizações tiveram sucesso em superar, é discutido no Capítulo 3.7.

2.3 Impulsionar o cliente

Uma vez que o mercado conheça seguro e seguradora, e tenha um entendimento do produto, a terceira etapa do processo de marketing é providenciar que os clientes assinem seus contratos e paguem os prêmios.

Uma abordagem para impulsionar o cliente é por meio dos períodos anuais de inscrição ou **campanhas de registro**, como aquelas utilizadas pela VimoSEWA e pela UMSGF. Conforme resumido na Tabela 22, ambas as abordagens são vantajosas, as campanhas anuais e as admissões por registro. As campanhas anuais

podem motivar os funcionários, dando um grande empurrão para conseguir clientes, ativando pessoas indiferentes ou indecisas na compra de seguro porque elas não querem esperar outro ano inteiro antes de receberem cobertura. Além disso, o registro uma vez por ano fornece algum controle da subscrição, já que os segurados não podem optar por aderirem apenas quando ficam doentes; eles podem apenas se registrar durante a campanha. Uma desvantagem chave é que isto cria um período de pico para a carga de trabalho dos funcionários. Consequentemente, os associados que perdem a campanha precisam esperar um ano para ter seguro. O prazo da campanha também precisa ser determinado, de modo que os segurados tenham um valor de prêmios anual disponível durante o período de registro – como a Karuna Trust aprendeu *(ver Capítulo 3.3)*.

Tabela 22 **Admissões por registro *versus* campanha anual**

Vantagens das admissões por registro	*Vantagens de uma campanha anual*
A carga de trabalho é distribuída mais uniformemente durante o ano	Ajuda a controlar a seleção adversa, porque os associados não podem escolher quando se associar
O plano sempre pode incluir novos clientes	A atenção do marketing está focada em um período concentrado
Segmentos diferentes de mercado podem precisar pagar em diferentes ocasiões durante o ano	Pode impulsionar alguns clientes

Outras atividades promocionais incluem rifas e loterias. Por exemplo, a Columna organiza, periodicamente, rifas em que os segurados podem ganhar utensílios domésticos. Esta abordagem pode ser utilizada para beneficiar os segurados, os agentes de vendas, ou ambos.

Uma estratégia para impulsionar o cliente – que deve ser evitada pelas microsseguradoras – foi tentada pela Delta. Na década de 90, ela instituiu um produto complementar em que os segurados podiam obter um empréstimo de microempresa. De fato, uma razão chave para o crescimento exponencial da Delta durante este período, foi que os agentes trabalhavam com a chance de obter um empréstimo, sendo uma forma de sedução para iniciar uma apólice de seguro. Esta oferta foi muito atrativa, porque as pessoas podiam obter um empréstimo de Tk. 5,000 (US$83) depois de pagar algumas poucas centenas de *takas* em prêmios. Entretanto, muitas destas apólices perderam a validade, e a maioria dos empréstimos não foi paga *(ver Quadro 37 no Capítulo 3.3)*.

Independente do fato do mercado ser estimulado por uma campanha anual, rifas ou outros truques de venda, o fator mais importante ao vender seguro voluntário, em última análise, é a técnica do agente, o poder de persuasão do pessoal de vendas, e o discurso de seus pares que tiveram uma boa experiência com uma apólice de microsseguro. Infelizmente, em geral, faltam microsseguradoras nesta área. Considerando que eles tendem a confiar em um custo baixo ou mes-

mo em promotores voluntários, ou nos vendedores que distribuem seguro em complemento a sua atividade principal (como por exemplo, poupança e empréstimo), existe um espaço significativo para melhoria, conforme demonstrado no Quadro 33.

Quadro 33

Desafios de vendas na TUW SKOK

A única *raison d'être* (razão de ser) da TUW SKOK é atender às associações de crédito e seus associados. Mesmo que a natureza dessa relação gere uma tensão dinâmica que ser cuidadosamente equilibrada. O sucesso da seguradora depende inteiramente do sucesso de seu sistema de distribuição, as associações de crédito – sua capacidade de crescer, o talento de seus funcionários para vender produtos de seguro, e a vontade dos administradores de CU em promoverem vendas de seguro. Este conjunto gera desafios em relação à qualidade do potencial de vendas, seu comprometimento e motivação em vender, e sua disponibilidade para treinamento.

O segurador reconhece que é mais fácil para as CUs e seus agentes temporários de seguro vender seguro que esteja associado a produtos de poupança ou crédito, do que somente a apólices de seguro. Se alguém desejar um produto contratual de poupança, por exemplo, é muito natural perguntar se gostariam de um seguro de poupança complementar barato no caso de morte acidental ou invalidez. É muito mais difícil vender um produto de seguro para morador que não tenha ligação com nenhuma poupança ou crédito.

No caso de produtos pagos pelos associados, a união de crédito e a seguradora podem estar competindo pelos recursos financeiros finais do associado.[3] A única maneira de ambos obterem sucesso, é caso eles possam aumentar a soma de dinheiro que o cliente esteja querendo (e possa) gastar em ambos.

Para superar alguns destes desafios, a TUW SKOK investe tempo e dinheiro para cultivar um bom relacionamento com as CUs, dando grande ênfase à comunicação e ao compartilhamento de informações. Duas vezes por ano, a seguradora se reúne com os administradores das principais uniões de crédito, e utiliza esta oportunidade para informar às CUs sobre os planos que estão por vir, solicitar um *feedback* sobre o desenho do produto e o serviço prestado ao cliente, e cultivar a competição nas vendas entre as uniões de crédito.

Fonte: Adaptado de Churchill e Pepler, 2004.

No princípio desta relação com a AIG, a FINCA Uganda, reconhecendo que seus funcionários tinham habilidades limitadas para vendas, organizou um treinamento de marketing com um professor da Universidade de Makarere.

[3] Conforme discutido no Capítulo 4.1, no modelo de rede cooperativa, é importante fazer a distinção entre o seguro comprado por união de crédito ou por SACCO, na forma de um benefício do associado, como proteção ao empréstimo e à poupança, e os produtos de seguro pelos quais os associados pagam, como seguro de vida.

Estas novas habilidades para vendas levaram a uma melhora significativa no crescimento após o treinamento, de uma taxa de participação de 5 por cento para mais de 40 por cento ao ano. Mais tarde, entretanto, o produto de seguro se tornou obrigatório para os prestamistas, quando então todas as vendas cessaram e até a transmissão de informações caiu no esquecimento (McCord e outros, 2000).

O microsseguro exige uma cultura de vendas diferente do seguro convencional. Ao invés de contar às pessoas sobre o produto e seus benefícios, os agentes precisam orientar futuros clientes até a conclusão de que emergências são caras e que eles estão vulneráveis às emergências, perguntando sobre suas experiências ou sobre as experiências de seus vizinhos. Eles atuam como conselheiros, ao invés de vendedores, ajudando famílias de baixa renda a reconhecerem quais os riscos que seriam indicados para seguro. Em geral, por causa dos níveis baixos de alfabetização e da falta de confiança no seguro formal por parte do mercado alvo, os agentes de microsseguro são obrigados a participar ativamente e se envolver pessoalmente.

Para impulsionar o cliente, o marketing de microsseguro tem que impulsionar o vendedor, e é aí que as coisas ficam um pouco mais delicadas. As microsseguradoras querem recompensar e estimular as vendas sem "empurrar" seguro para pessoas que não querem seguro. Encontrar este equilíbrio é difícil e pode significar um terreno perigoso. As microsseguradoras que reivindicam operar para o melhor interesse do cliente devem realmente fazê-lo. Por exemplo, embora o seguro garantido pelos grupos de ASA (Índia) seja nominalmente voluntário, na prática, o sistema tem o mesmo número de prestamistas e segurados. Os associados se sentem obrigados a comprar seguro, por pensarem que não podem receber o empréstimo (que é o que eles realmente desejam). Algumas estratégias para encontrar este equilíbrio incluem:

- **Estabelecer metas moderadas de vendas** que podem ser alcançadas sem medidas agressivas. Se as microsseguradoras tentarem forçar os agentes a alcançarem um volume grande em vendas, eles podem ter que recorrer a técnicas de vendas que não sejam fiéis ao espírito do microsseguro.
- **Equilibrar comissões pelas vendas com incentivos de novas adesões** para assegurar que o serviço tem a mesma atenção que as vendas.
- Nas campanhas comerciais de seguro, **criar um departamento operacional destacado** para microsseguro, de modo que uma cultura específica de vendas possa ser desenvolvida neste departamento.
- **Estimular o pessoal de vendas a comprar seguro**, de modo que eles possam falar de sua experiência.

A Delta aprendeu algumas coisas sobre os incentivos de vendas que merecem ser evitados. Inicialmente, ela cobrava as comissões de novas apólices antecipadamente, o que estimulava alguns agentes a utilizarem parte de sua comissão como um desconto não-oficial pelo primeiro ano. Os agentes pagavam uma parcela dos

prêmios do primeiro ano de seus próprios bolsos, e quando os próprios segurados tinham que pagar o prêmio total, muitas apólices haviam perdido a validade. Outro plano de incentivo mal aplicado dava um aparelho de jantar para agentes que vendiam um determinado número de apólices novas, apenas por entender que estes agentes trabalhavam em equipe e apresentavam contratos em nome de um agente, e então dividiam os pratos.

Sem dúvida, todas estas estratégias de marketing têm um custo. Algumas microsseguradoras entendem o marketing como uma despesa, e não como um investimento e, consequentemente, relutam em comprometer tanto dinheiro para promover seus planos. Também há um problema na outra ponta, particularmente com seguradoras comerciais que pagam comissões excessivamente altas.[4] Em se tratando de dinheiro, quanto é o suficiente e quanto é muito? O valor varia de acordo com a linha de produto, a maturidade do plano e o modelo institucional, de um mínimo de 2 por cento até um máximo de 40 por cento dos prêmios. Produtos individuais exigem maiores investimentos de marketing, em especial quando levam em consideração as comissões dos agentes de campo. Nos negócios de grupo, as despesas de marketing devem ser muito menores. É regra as despesas de marketing para produtos de microsseguro de grupo (incluindo comissão) representarem em média 5 a 15 por cento dos prêmios.

Em geral, todavia, marketing não é uma das forças da maioria das microsseguradoras. Dada a relutância do mercado em aceitar seguro, são necessários maiores recursos, bem como maior atenção e criatividade.

3 Serviço pós-venda

Uma maneira que o microsseguro tem para demonstrar sua singularidade em relação ao seguro convencional é dar menos ênfase às vendas e enfatizar o serviço. O serviço na discussão do seguro está amplamente associado a sinistros: se certificar de que os clientes sabem como apresentar reclamações de sinistros, ajudá-los a cumprir as exigências de documentação, e garantir que os sinistros serão pagos rapidamente, com um mínimo de recusas. Além disso, avisos contínuos sobre o produto podem ser necessários para assegurar que um mercado analfabeto não perde de vista sua cobertura de seguro.

Esta ênfase no serviço pós-venda é necessária. Isto pode ser visto como uma extensão de um processo em andamento de construção de confiança entre a seguradora e o segurado. Consequentemente, nos planos que já investiram muito em seus clientes, por meio de aumento da conscientização, educação e etc., é extremamente ineficaz perder estes clientes devido a um serviço de má qualidade. Serviço excelente gera um **efeito propaganda**, onde quem não é segurado começa

[4] Por exemplo, McCord e outros (2005a) estimam que um dos agentes de venda da AIG Uganda ganhou US$158.000 de comissão em 2004 (ou seja, 20 por cento dos prêmios pagos pelas MFIs às seguradoras).

a perceber que a seguradora significa negócios, que ele está cumprindo suas obrigações, que ele é confiável. Serviço excelente pode ser também uma estratégia de marketing, desde que estimule a propaganda positiva "boca a boca", que muitas vezes é um dos canais de marketing mais poderoso.

Dada a importância do serviço pós-venda, uma das piores deficiências dos planos de muitas seguradoras é que o cliente muitas vezes não recebe um **documento da apólice** que esclareça quanto a benefícios, exclusões e procedimentos de sinistros.[5] Estas informações, acompanhadas de uma explicação, são necessárias para reduzir sinistros rejeitados. Quando os segurados entendem o que está e o que não está coberto, é menos provável que eles apresentem reclamações para sinistros que não estejam cobertos.

A VimoSEWA enfrentou o problema oposto. Após vários anos com taxas de sinistros surpreendentemente baixas, ela chegou a conclusão que muitos segurados que tinham direito a apresentar reclamações de sinistro não as apresentavam. Consequentemente, em 2003, a VimoSEWA iniciou uma forte campanha de serviço pós-venda. Agora a *Vimo Aagewants* mantém contato com os associados durante os períodos de registro para explicar novamente a cobertura, perguntar se eles foram hospitalizados, e ajudar na apresentação das reclamações de sinistros. Os segurados recebem um cartão para pendurar na parede como um lembrete de sua associação, que contém o nome do seu agente de vendas e o endereço e telefone do escritório, a fim de facilitar na hora do procurar ajuda. Além disso, todos os associados recebem um cartão-resposta já selado, que eles podem enviar para o escritório pelo correio, caso necessitem da visita de um *Aagewan*. A VimoSEWA estima que estas medidas facilitem a vida dos associados, particularmente os mais pobres, quando da apresentação de reclamações de sinistro. Por causa das intervenções, as taxas atuais de renovação agora têm se mantido altas.

Independente dos esforços para educar os clientes e garantir que eles entendam os benefícios e o processo de sinistros, haverá, invariavelmente, alguns sinistros que terão que ser recusados. A microsseguradora (ou seu agente de distribuição) tem outra importante responsabilidade pós-venda para transmitir para seu segurado – e talvez também para outros associados da comunidade – sobre o motivo pelo qual o sinistro foi recusado, de uma certa forma, para reduzir o impacto negativo da recusa e converter um futuro pesadelo de relações públicas em uma oportunidade de educação. Por exemplo, para reduzir o impacto de um sinistro recusado, a VimoSEWA melhorou sua comunicação com os associados e a comunidade por meio de visitas do *Vimo Aagewan* acompanhado de membros da equipe do escritório principal.

[5] Uma explicação para a falta de material escrito é o fato do mercado alvo muitas vezes ser analfabeto. Entretanto, na maioria dos mercados, adultos analfabetos costumam conhecer alguém que pode ler, na maioria das vezes, alguém de sua própria família. Outra explicação é que algumas culturas, como em partes da Índia, as pessoas não confiam em informações por escrito. Entretanto, mais realisticamente, as principais razões são: 1) não querer investir em custos de impressão e 2) não querer ficar preso a termos e condições específicas, mesmo que pareçam particularmente justificáveis.

Consequentemente, o **procedimento para recorrer de sinistros** é necessário para garantir que os segurados receberam tratamento adequado, embora na prática poucas microsseguradoras façam um acordo. A TUW SKOK é uma exceção. Em seu procedimento claramente definido para recorrer de sinistros, um associado que esteja insatisfeito com a determinação do adjucador, pode recorrer do sinistro por escrito. Todos os recursos são encaminhados para exame da diretoria da TUW SKOK. Reconsiderações ou alterações no que se refere a benefícios costumam ocorrer com sinistros de invalidez, como por exemplo, se o segurado apresentar informações médicas complementares levando a um aumento do benefício.

O aspecto final do serviço pós-venda é **medir a satisfação do cliente** e monitorar a retenção. Geralmente, os últimos trabalhos das microsseguradoras são melhores do que os anteriores, embora medir a retenção seja complicado no seguro obrigatório, uma vez que a organização não sabe qual é (ou não é) a contribuição do seguro em relação à desistência. Em geral, há uma necessidade maior de entender porque os segurados não renovam suas coberturas.

4 Marketing e seguro obrigatório

Um desafio de marketing interessante se apresenta na organização quando o seguro é obrigatório. Conforme descrito no Capítulo 3.1, existem muitas vantagens no seguro obrigatório, tanto para o segurado quanto para a seguradora, porém, para usufruir totalmente destas vantagens, os sistemas de microsseguro precisam compensar, para da mesma forma evidenciar, as desvantagens, em especial o problema do marketing.

Quando o seguro é obrigatório, não estão incluídas, basicamente, atividades de vendas. As pessoas obtêm cobertura de seguro automaticamente, porque ela ou ele obteve algo mais, talvez um empréstimo, ou abriu uma conta poupança. Consequentemente, os agentes de distribuição tendem a ignorar a necessidade de informação dos clientes. Partindo de uma pesquisa com clientes que possuem cobertura obrigatória de MFI em Uganda (McCord e outros, 2005a) e em Zâmbia (Manje, 2005), surge um número de problemas em comum:

- Os clientes não sabem que têm seguro
- Caso saibam, eles podem não estar cientes de todos os benefícios
- Eles podem não saber como apresentar uma reclamação
- Eles consideram o seguro obrigatório como um custo para obter um empréstimo
- Eles não sabem quanto pagam pelo seguro, porque os prêmios podem ser deduzidos do empréstimo ou combinados com outras taxas – muitos pensam que pagam mais do que, de fato, pagam
- Alguns acham que têm direito a uma devolução de prêmio se não apresentarem uma reclamação

Para superar estes problemas de entendimento, os agentes de distribuição precisam tratar o seguro como um serviço *complementar* e convencer os clientes de sua utilidade. O marketing do seguro obrigatório está concentrado, principalmente, no aumento de associados, ou o consumo do que quer que seja é o fator determinante no serviço a que o seguro esteja associado, como por exemplo, empréstimo, emprego ou filiação a uma união de crédito. Neste contexto, o seguro precisa ser apresentado como um benefício a mais, valioso, não um custo.

As informações a respeito do produto devem ser fornecidas aos clientes de forma padronizada e simplificada, a fim de evitar recusas de sinistro resultantes de informações incorretas. No mínimo, as organizações devem fornecer um prospecto para cada cliente apresentando taxas e benefícios, e descrevendo o processo de liquidação de sinistro. De acordo com Manje (2005), mesmo embora os produtos sejam obrigatórios, existem várias oportunidades para o marketing do seguro, como por exemplo:

1. Incluir alguns componentes de livre escolha nas apólices de seguro, como por exemplo, vidas adicionais para seguro funeral, para aumentar a chance de que os funcionários explicarão as opções para os clientes.
2. Destacar a lista de serviços financeiros com preços para negociar o seguro obrigatório em um pacote completo de serviços, não como uma condição para obter um empréstimo.
3. Mostrar aos clientes quanto eles teriam que pagar pela mesma cobertura, caso eles a comprassem por conta própria. Considerando que os produtos de seguro individual muitas vezes costumam ser mais caros do que as apólices em grupo, é um aspecto importante da venda convencer as pessoas de que elas estão fazendo um grande negócio ao comprarem uma apólice de seguro obrigatório em grupo.
4. Tornar o produto real. Utilizar o testemunho de beneficiários que receberam indenizações para falar da importância de receber indenização quando a família mais precisa.
5. Promover a natureza solidária do seguro, de modo que as pessoas não pensem que estão desperdiçando seu dinheiro, caso não apresentem reclamações de sinistro.

Com um produto obrigatório, é mais fácil ter um entendimento sólido da verdadeira demanda por microsseguro. O CARD tem envidado esforços para entender esta demanda, e como ela afeta seus negócios. Em uma pesquisa de qualidade elaborada pela Freedom from Hunger, muitos clientes identificaram o seguro como o aspecto mais valioso de toda a carteira de produtos do CARD. Este pensamento deve inspirar outras microsseguradoras a negociarem seus produtos de seguro obrigatório de uma forma que os clientes certamente apreciarão.

5 Conclusão

Quanto à conclusão, este capítulo fornece uma lista para conferência das perguntas que podem ajudar as microsseguradoras a calcularem e melhorarem suas estratégias de marketing.

Tabela 23 **Lista de verificação (checklist) de marketing para gestores de microsseguro**

- Com quem você tenta se comunicar? Quais são as formas eficazes de chegar até este público?
- Qual é o nível de educação e alfabetização de seu público alvo? Como você inclui isto em seu plano de marketing?
- Qual é a necessidade dos clientes em relação à cobertura de risco? Como isto é tratado?
  Qual é o benefício do produto?
- Quais são os argumentos anti-seguro do mercado alvo? Quais são as principais mensagens contra estes argumentos?
- O que você pode fazer para fortalecer a confiança do mercado em sua organização?
- Como você pode transmitir a mensagem sobre *pool* de risco ou solidariedade, de modo que os segurados que não vivenciaram um evento segurado, não criem a expectativa de ter seu dinheiro devolvido?
- Como o produto pode ser descrito sob uma ótica positiva?
- Quais são os tipos de campanhas de prevenção e outras atividades de relações públicas que teriam maior impacto no aumento da conscientização de sua organização?
- Como sua organização se posiciona além de informações e comunicados para incluir educação sobre seguro?
- Você dispõe de métodos para calcular se seus clientes ou o mercado entende, de fato, as principais mensagens que você tenta transmitir?
- Quais são os possíveis parceiros que podem ser incluídos para ajudar nas atividades de educação e promoção? Quais são as ferramentas e os treinamentos que eles necessitarão para desempenhar esta função?
- O produto e os procedimentos de sinistros são suficientemente simples para os vendedores explicá-los aos possíveis clientes?
- Quais são as técnicas de marketing que costumam ter mais sucesso para atrair clientes (por exemplo, campanhas de registro, rifas)?
- Quais são os incentivos que, efetivamente, motivam os vendedores ao desenvolverem uma cultura apropriada de venda de microsseguro?
- Como você pode estimular ou solicitar o marketing “boca a boca”?

- Como você pode assegurar que os clientes percebem que você está prestando um excelente serviço ao cliente?
- Você monitora a satisfação do cliente e a retenção?
- Como você pode convencer os clientes a avaliarem os benefícios do seguro obrigatório?

3.3 Cobrança de prêmio: Minimizar os custos de operação e maximizar o atendimento ao cliente

Michael J. McCord, Grzegorz Buczkowski e Pryanka Saksena[1]

Os autores gostariam de agradecer as contribuições oferecidas neste capítulo por Aristotle Alip (CARD) e Ellis Wohlner (consultor da SIDA).

Ao levar o seguro ao mercado de baixa renda, um dos principais desafios é o processo de cobrança de prêmios. Grande parte do mercado alvo é autônoma ou trabalha na economia informal, e é pouco provável que essas pessoas tenham contas poupança em um banco. Consequentemente, os principais mecanismos de cobrança de prêmio utilizados pela maioria das seguradoras – deduções de salário por parte do empregador, ordens permanentes ou débitos diretos de contas poupança – não funcionam com a maioria das famílias carentes. Para contornar a questão, por definição, a renda do mercado alvo é baixa, muitas vezes irregular e imprevisível, de modo que outro desafio é programar o pagamento do prêmio para um momento em que o segurado tenha disponibilidade de capital.

Para o sucesso do microsseguro, o mecanismo de pagamento de prêmio precisa encontrar um equilíbrio entre ser eficiente e, ao mesmo tempo, sensível às necessidades e possibilidades dos clientes. Receber simplesmente um número grande de pequenos pagamentos de prêmio pode fazer com que os produtos fiquem mais acessíveis para o pobre, mas também pode resultar em custos de operação mais altos, que elevam as taxas.

Com base em um exame de estudos de caso, este capítulo propõe as possíveis soluções para estes problemas, organizadas de acordo com os quatro tópicos a seguir:

1. Formas de cobrança do prêmio
2. Frequência e momento da cobrança
3. Pagamentos do cliente
4. Controles de cobrança do prêmio

1 Formas de cobrança do prêmio

A forma como os prêmios são cobrados tem uma relação direta com os custos de operação por unidade. De fato, para que o microsseguro seja viável, é necessário minimizar os custos de operação. Não há dúvida, entretanto, que o fator chave

[1] As referências neste capítulo feitas a Microcare (Uganda) são obtidas a partir de experiências dos autores.

na decisão sobre a forma de cobrança do prêmio ainda é a circunstância e o sucesso de outros serviços financeiros do cliente. Esta seção descreve quatro formas de cobrança do prêmio.

1.1 Prêmio vinculado a empréstimos

Muitos tipos de produtos de microsseguro estão associados a outros produtos financeiros, especialmente o crédito. A cobrança do prêmio quando do desembolso ou da quitação do empréstimo é um atrativo desde que a operação "pegue carona" em outra operação financeira. Consequentemente, o custo marginal da cobrança do prêmio é mantido a um valor mínimo.

Isto pode ser demonstrado na comparação entre os custos de cobrança do prêmio de uma cobertura avulsa com os custos do prêmio de uma cobertura combinada com outro serviço financeiro como, por exemplo, um empréstimo. Para a cobertura avulsa, a TUW SKOK (Polônia) paga ao agente comissões com base na taxa de mercado de, em média, 15 por cento. Para produtos integrados como, por exemplo, sua cobertura de Morte Acidental e Amputação de Membro associada a empréstimo, a seguradora incorre em um custo total inferior a 1 por cento do prêmio. Os sistemas da TUW SKOK foram desenvolvidos para administrar a cobrança do prêmio mensal de produtos complementares de empréstimo de mais de 2.000 segurados, e de mais de 60 uniões de crédito em todo o país, administrados por três equipes do escritório principal da seguradora.

Associar seguro a empréstimos é a forma de cobrança empregada por muitas MFIs. Alguns clientes, como os da Pulse em Zâmbia, estão satisfeitos com este método, porque "não se sentem com menos dinheiro". Além disso, conforme descrito no capítulo anterior, a cobertura de seguro pode ser negociada como um benefício para obter um empréstimo. Para outros clientes, esta associação pode ser a causa principal de insatisfação. No produto de seguro funeral do CETZAM em Zâmbia, os clientes reclamavam que a dedução do prêmio do empréstimo reduzia o valor do dinheiro que eles recebiam. Os mecanismos reais de pagamento de prêmio variam, conforme descrito no Quadro 34.

Quadro 34 **Plano de Associar prêmios de seguro a empréstimos**

Muitas MFIs oferecem seguro associando este produto a seus produtos de empréstimo. Entretanto, há várias formas diferentes em que o prêmio pode ser realmente pago, todas apresentando vantagens e desvantagens. As cinco alternativas gerais são as seguintes:

1. Deduzir o prêmio do total do empréstimo
Esta talvez seja a abordagem mais comum, porém, os prestamistas não costumam ficar satisfeitos com o fato de, por exemplo, solicitarem US$400.00 de

empréstimo e receberem apenas US$390.00 depois da dedução de US$10 de prêmio. Além disso, os prestamistas pagam juros sobre o total do prêmio, o que aumenta o custo bruto do seguro.

2. Somar o prêmio ao valor do empréstimo
Outra abordagem é conceder um empréstimo, por exemplo, de US$400.00, mas obrigar o cliente a quitar um valor total de US$410.00, acrescido de juros. Desta forma, pelo menos, o cliente recebe a quantia esperada, mas ainda paga juros sobre o valor do prêmio.

3. Embutir o prêmio na taxa de juros do empréstimo
Algumas organizações aumentam um pouco suas taxas de juros, e utilizam a receita adicional para pagar o prêmio em nome dos clientes. Das cinco opções, esta talvez seja a menos vantajosa porque: a) faz a taxa de juros parecer menos competitiva e b) encobre o prêmio de modo que os prestamistas não entendem que possuem cobertura de seguro. Entretanto, este método é, de longe, o mais simples dos métodos de pagamento de prêmio associado a empréstimo, desde que seja apenas uma operação contábil interna.

4. Pagar o prêmio junto com cada prestação do empréstimo
Para facilitar o pagamento do prêmio, o valor pode ser parcelado e pago em prestações junto com cada quitação da parcela do empréstimo. Entretanto, esta abordagem associa algumas das desvantagens de combinar taxas de juros e de prêmio: os clientes podem não saber que possuem seguro e a MFI, provavelmente, precisa pagar a seguradora adiantado. Além disso, a cobertura será cancelada no caso do cliente atrasar as parcelas de quitação do empréstimo?

5. Pagar à vista e adiantado
Se os prestamistas pagam o prêmio adiantado, seja quando solicitam ou quando recebem o empréstimo, há uma probabilidade maior que eles estejam cientes de que possuem seguro. Entretanto, comparada às opções 1 e 2, esta opção gera uma operação adicional e aumenta a vulnerabilidade em relação à fraude, à medida que o dinheiro troca de mãos.

As desvantagens mais marcantes em utilizar esta forma de cobrança são:

1. Falta de transparência
As mesmas razões que fazem os clientes da Pulse "não se sentirem com menos dinheiro", também podem fazer com que os clientes não estejam cientes do preço real que estão pagando pelos benefícios. Curiosamente, em Zâmbia, muitos clientes pensavam que estavam pagando mais pela cobertura de seguro do que de fato estavam (Manje, 2005).

2. Desconhecimento da existência da cobertura
Pior ainda, os clientes ou beneficiários podem não saber que possuem seguro, de modo que podem não receber os benefícios que lhe são devidos. Esta situação enfraquece um dos importantes objetivos de desenvolvimento do microsseguro, que é criar uma cultura de seguro em que o mercado de baixa renda desenvolve um entendimento e uma avaliação de todo o processo de gerenciamento de risco do seguro.

3. Proteção limitada ao prazo do empréstimo
Este mecanismo de pagamento significa que o mercado alvo pode receber proteção apenas quando tem um empréstimo. Embora possa solicitar continuidade de cobertura, a maioria das pessoas, ricas ou pobres, prefere não estar eternamente em dívida.

Em resposta a este último problema, os associados das uniões de crédito vinculadas à Columna (Guatemala) podem renovar suas apólices de seguro sem ter que contrair um empréstimo novamente. Entretanto, pelo fato do sistema inicial de distribuição estar associado ao crédito, é difícil conseguir que os funcionários da união de crédito renovem a apólice, porque elas não estão mais relacionadas as suas atividades principais. De fato, nas Filipinas, a MBA do Banco CARD está em litígio porque a seguradora deseja continuar a cobertura quando os prestamistas não estão mais contraindo empréstimos no banco. O banco argumenta que isto elimina um incentivo para que as pessoas continuem contraindo empréstimos.

Finalmente, prêmios de seguro associados a empréstimos são, certamente, adequados à cobertura que aumenta, diretamente, a garantia do empréstimo para ambos, prestamista e credor. Tanto o seguro prestamista como o patrimonial para caução são produtos que podem estar vinculados. Outros produtos não podem, como a cobertura de vida para família ou as coberturas de saúde. Estes produtos não podem, em geral, fazer parte de cobertura obrigatória vinculada a empréstimo, à medida que eles são relativamente caros e não possuem uma ligação direta com o empréstimo.

1.2 Automação: Deduzir os prêmios das contas poupança

Quando possível, a cobrança automática de prêmio é vantajosa ao reduzir os custos de operação. Para a TUW SKOK, à medida que todos os seus segurados de baixa renda têm contas poupança, a união de crédito pode, facilmente, deduzir os prêmios das contas dos associados e enviar estes prêmios para a seguradora, com centenas de prêmios pequenos agrupados em uma transferência eletrônica. Ordens agendadas/débitos diretos reduzem os custos de operação e minimizam a vulnerabilidade à fraude.

A principal desvantagem dos pagamentos automáticos é que o mercado pode não ter conta poupança, ou sequer a possibilidade de abrir uma. De fato, para

estender a disponibilidade do microsseguro a um número maior de famílias de baixa renda, uma estratégia chave é aumentar o acesso destas famílias aos serviços de poupança. Entretanto, algumas microsseguradoras oferecem esta opção, porém, as famílias não estão se beneficiando desta alternativa. Por exemplo, a ALMAO no Sri Lanka foi fundada pelas sociedades de poupança e crédito do movimento Sanasa.[NT1] Independentemente dos 2 milhões de associados da Sanasa, a ALMAO tem apenas alguns milhares de apólices, em parte por confiar na cobrança de porta em porta, e não em ordens agendadas.[2]

Esta forma de cobrança de prêmio fica vulnerável no que se refere aos problemas de relações públicas caso não seja introduzida corretamente. A VimoSEWA (Índia) passou por sérias dificuldades quando utilizou pagamentos automáticos para seu então plano de seguro obrigatório, porque não havia informado corretamente aos poupadores que o pagamento seria deduzido de suas contas. Consequentemente, os segurados recuaram, e a organização, em última análise, teve que alterar a cobertura obrigatória.

1.3 Prêmios pagos a partir dos juros sobre as contas poupança

Talvez a forma mais simples de cobrança seja permitir o pagamento dos prêmios a partir dos juros sobre uma conta poupança. O exemplo mais comum desta abordagem é o produto de acumulação em vida oferecido por muitas seguradoras de uniões de crédito, conforme descrito no Capítulo 2.3.

Da mesma forma, os segurados da VimoSEWA – que testaram muitos mecanismos diferentes de pagamento de prêmio – podem efetuar um depósito em uma conta bancária especial da SEWA, e ao invés de auferirem juros, recebem cobertura de seguro "semi-permanente" até atingirem 60 anos de idade, sem quaisquer operações adicionais. Consequentemente, o depositante nunca efetua o pagamento de quaisquer prêmios, e ainda fica de posse do dinheiro, tendo acesso a ele na conta poupança. De certa forma, isto é como pagar, antecipadamente, uma apólice de seguro de vida total. Todavia, uma vez que o dinheiro ainda é deles, ajuda a superar uma das queixas sobre seguro do pobre, ou seja, caso eles não apresentem quaisquer reclamações de sinistro, acreditam que desperdiçaram dinheiro pagando prêmios.

Não resta dúvida que esta abordagem de pagamento em depósito fixo minimiza os custos de operação. Entretanto, também pode ficar limitada em sua penetração, caso os valores exigidos dos clientes sejam muito altos. No grupo ASA na Índia, que também experimentou este método de pagamento, foi possível um número limitado de seus associados começarem a capitalizar para justificar a continuação deste mecanismo. Na VimoSEWA, caso um associado esteja apenas segu-

[NT1] O movimento Sanasa representa uma abordagem cooperativa para capacitação e mobilização da comunidade do Sri Lanka.

[2] No seu auge, o antecessor não-regulamentado da ALMAO fornecia seguro funeral para aproximadamente 50.000 pessoas, mas seus novos produtos de seguro dotal, particularmente, não foram populares.

rando ele mesmo, precisa efetuar um depósito fixo de Rs. 2.100 (US$46), ou pode pagar um prêmio anual de Rs. 100 (US$2,20). Mesmo embora um quarto de seus associados utilize o depósito fixo, a proporção diminuiu no decorrer dos anos (caiu em 33 por cento no estudo de caso (Garand, 2005)).

Esta abordagem de depósito fixo funciona melhor em um ambiente de juros altos, e está vulnerável a reduções de taxas de juros que podem levar a uma situação em que os juros não sejam suficientes para cobrir o custo do seguro. Nesta situação, assim como quando as taxas de prêmio são ajustadas para cima, a VimoSEWA achou difícil conseguir depositantes para aumentar a conta poupança. Quando a conta poupança está alta, o custo para o depositante é radicalmente maior do que o valor do aumento do prêmio. Por exemplo, se uma taxa de juros é 10 por cento e o aumento do prêmio é de Rs. 10 (US$0,22), o aumento deve ser, no mínimo de Rs. 100 (US$2,20) para cobrir o aumento do prêmio.

1.4 Cobrança do prêmio feita pessoalmente

A quarta abordagem é cobrar os prêmios pessoalmente, seja indo de porta em porta para cobrar pagamentos individuais, ou por meio de mecanismos de grupo em que muitos prêmios podem ser cobrados de uma vez, ou solicitando ao segurado para se dirigir até um local central para pagamento dos prêmios. Uma diferença chave entre este método e os discutidos acima, é que se trata de uma operação apenas de seguro, enquanto as outras formas estão todas associadas a um produto de poupança ou crédito. Consequentemente, a cobrança do prêmio feita pessoalmente é mais apropriada para: a) organizações sem outras operações financeiras como, por exemplo, planos de seguro saúde baseados na comunidade (*ver Capítulo 3.4*) e b) apólices de valor acumulado que são difíceis de combinar com outros serviços financeiros (*ver Capítulo 2.2*).

Este método de cobrança feita pessoalmente tem a vantagem de ser acessível aos clientes enquanto oferecem oportunidades para interação pessoal entre a seguradora e seus clientes. Por exemplo, em Bangladesh a cobrança de porta em porta da Delta proporciona aos clientes uma ligação física com a companhia, enquanto reduzem possíveis desistências (embora isto ainda seja um problema relevante) e fortalecem a relação entre os funcionários de campo e o cliente. Além do mais, as mulheres de algumas famílias são desencorajadas ou impedidas de trabalhar, de modo que a cobrança feita de porta em porta também proporciona a elas o acesso a um serviço importante.

A deficiência mais visível da cobrança do prêmio feita pessoalmente são os custos de operação da seguradora – a cobrança do prêmio feita de porta em porta é cara. O pagamento dos empregados deve estar alinhado à percepção que eles têm do esforço envolvido. Caso a equipe não esteja motivada para cobrar prêmios, não há dúvida que os planos fracassarão. Por exemplo, a La Equidad teve problemas com cobrança quando cobrava prêmios de porta em porta, porque as comissões baixas eram insuficientes para motivar sua equipe de vendas.

Pedir que os segurados individuais de baixa renda se dirijam até um local central para efetuar os pagamentos de prêmio não é uma solução prática, a menos que eles já estejam indo até o local para realizar outra operação. As pessoas são naturalmente contrárias a gastar tempo e dinheiro para efetuar um pagamento, especialmente em um período imposto.

A possibilidade de fraude também aumenta radicalmente toda esta forma de cobrança, em função do número de pessoas que administram os prêmios. Um aspecto perigoso da cobrança feita de porta em porta, é que em muitos sistemas legais, uma vez que o prêmio é cobrado por um agente ou representante da seguradora, ele é considerado como legalmente cobrado pela seguradora, dando ao segurado o direito à cobertura, mesmo se o agente não transferir o prêmio para a seguradora. Caso isto não seja descoberto imediatamente, pode levar a sérios prejuízos financeiros, como os sinistros a serem pagos, ainda que a seguradora nunca tenha recebido os prêmios. Em muitas jurisdições, é bastante difícil e caro recuperar prêmios dos culpados da fraude, mesmo no caso deles serem identificados e presos.

A fraude na cobrança do prêmio não causará déficits financeiros, mas deixará os clientes desconfiados em relação ao seguro, reforçando talvez os preconceitos negativos do mercado. Em uma das organizações mútuas de saúde associadas à UMSGF na Guiné, líderes de grupo se apropriaram indevidamente dos prêmios cobrados das famílias. Os associados perderam a confiança na MHO, que enfrenta dificuldades para superar a crise. Reduzir fraude exige controles severos que, em contrapartida, acarretam mais despesa.

1.5 Conclusão

Uma comparação destas quatro abordagens, resumida na Tabela 24, considera o custo-benefício do mecanismo em relação ao valor que é garantido aos segurados (como, por exemplo, fácil acesso, entendimento do produto, taxa de prêmio).

A diferença nos custos entre manter uma equipe de agentes para efetuar a cobrança de porta em porta e utilizar uma entidade intermediária, pode ser substancial. Vejamos uma comparação entre a Delta e a AIG Uganda, ambas atendendo milhões ou mais de clientes. A Delta emprega seus próprios agentes para atender os segurados individualmente, enquanto a AIG Uganda oferece, na maioria dos casos, apólices em grupo obrigatórias, vendidas por intermédio de 26 MFIs. A diferença nos custos operacionais entre estes dois métodos na forma de um percentual dos prêmios gira em torno de 10 por cento, com as agências de MFIs sendo, significativamente, menos caras do que um exército de agentes.

A cobrança do prêmio feita de porta em porta oferece uma oportunidade para manter uma relação estreita com o segurado que, se administrado e explorado corretamente, pode oferecer informações valiosas para a seguradora, como também pode ajudar a manter a fidelidade, bem como as taxas de desistência baixas.

Entretanto, a cobrança feita pessoalmente resulta em custos altos, devido à necessidade de pagar comissões de vendas deduzidas de prêmios muito pequenos e aos controles severos necessários para evitar fraude. Os perigos da fraude também não devem ser subestimados, na medida em que eles podem destruir os laços de confiança, cruciais entre as partes, e resultar em prejuízos financeiros para a seguradora. Em geral, é melhor ficar longe da cobrança feita pessoalmente caso algum método alternativo esteja disponível, e identificar formas de cobrar prêmios de grupos de segurados.

Tabela 24 **Comparação das formas de cobrança do prêmio**

Forma de cobrança	*Aumentar o preço para os clientes*	*Minimizar custos de operação*
a) Associada ao produto de empréstimo	+ Aumenta a disponibilidade desde que os prestamistas possam pagar o prêmio ao obterem o empréstimo (ou diluir os pagamentos durante o prazo do empréstimo) – Pode aumentar o custo do seguro por meio dos custos de juros do empréstimo – Custos adicionais mínimos por "pegar carona" nas operações existentes	+ Especialmente quando a cobertura obrigatória permite cobertura em grupo simples + Cobertura de seguro disponível apenas quando um empréstimo está pendente (não há acesso sem um empréstimo)
b) Deduzida das contas poupança	– Disponível apenas para pessoas com contas poupança + Elimina custos de operação indiretos para os segurados	+ Somente para transações eletrônicas
c) Paga pelos juros da poupança	– Segurado precisa ter dinheiro suficiente para depositar na conta de depósito fixo + Clientes não acham que os pagamentos de prêmio foram desperdiçados + Garante cobertura semi-permanente	+ Tão fácil quanto dedução de contas poupança – Aviso e solicitação exigidos para aumentos – Não apropriada para ambientes de juros baixos
d) Cobrança feita pessoalmente	– Cobrança feita de porta em porta significa que não há custos de oportunidade para os segurados (não precisa faltar ao trabalho para pagar o prêmio) + Pode aumentar o acesso das mulheres que não podem viajar – Grande percentual dos prêmios é destinado ao pagamento de comissões e despesa gerais indiretas da seguradora	– Custos de operação muito altos compensam os benefícios de acesso – Custo de controle para limitar o risco de fraude pode ser alto

2 Frequência e momento da cobrança

Além da forma de cobrança, as microsseguradoras também precisam considerar a frequência e o momento da cobrança. Conforme discutido no Capítulo 3.5, as seguradoras preferem, geralmente, ser pagas antes da ativação da apólice, de modo que elas possam gerar renda adicional investindo o dinheiro, o que, por sua vez, levaria a taxas de prêmio mais baixas. No mercado de baixa renda, entretanto, não é possível pagar prêmios adiantado; é necessário pagar em prestações pequenas durante a vigência da apólice. Da mesma forma, pode valer à pena tolerar uma variação nos recursos do cliente, oferecendo um intervalo de tempo em que os pagamentos do prêmio possam ser efetuados.

Pagamentos periódicos – mensais, trimestrais ou anuais – são uma forma popular de cobrar prêmios, porque estão, intrinsecamente, mais sintonizados ao poder limitado de compra e à liquidez do mercado alvo. As principais desvantagens são os custos de operação adicionais (em especial com pagamentos mais frequentes) e o aumento da probabilidade do segurado optar pelo cancelamento da cobertura – toda a possibilidade que os clientes têm para renovar sua afiliação a um plano, também é uma oportunidade para encerrarem, temporariamente ou permanentemente, sua associação.

Uma das lições chave sobre a frequência da cobrança é que as estimativas por parte dos provedores de microsseguro sobre preferências e habilidades dos clientes no que se refere a pagamento, nem sempre são lógicas. A Delta começou com pagamentos semanais em 1908, mas a experiência ao longo do tempo levou a companhia a uma melhor avaliação sobre as preferências do cliente; hoje, a maioria das apólices é paga por meio de pagamentos mensais e trimestrais. O MHIB do BRAC atende um mercado alvo, em particular, pobre e financeiramente vulnerável. Consequentemente, pode parecer óbvio que os pagamentos devam ser tão baixos quanto possível e, portanto, cobrados frequentemente. Entretanto, os clientes do MHIB do BRAC não estavam satisfeitos com a cobrança do prêmio semanal, porque era muito trabalhoso efetuar as contribuições de poupança e as liquidações de empréstimo, e pagar os prêmios de seguro tudo ao mesmo tempo.

O momento da cobrança do prêmio é outro fator crítico. Por exemplo, o MHIB do BRAC aprendeu que clientes que participavam de atividades como agricultura, piscicultura e avicultura, que geram receita trimestral ou semestral, preferiam que os pagamentos de prêmio coincidissem com seu fluxo de caixa. De fato, tentar cobrar prêmios em um momento inoportuno para os clientes pode ser uma tarefa em vão. Ao final da fase piloto do Fideicomisso Karuna, os prêmios eram cobrados em junho e julho quando, infelizmente, havia pouco emprego para muitos trabalhadores diários. Obviamente, não era correto cobrar prêmios em um momento em que muitas famílias raramente tinham dinheiro apenas para a comida. Após muitas discussões com os clientes, o Karuna compreendeu que o período de setembro a novembro seria muito melhor para cobrar prêmio, uma vez que era esperado haver bastante trabalho.

Para explorar um pouco mais a questão do momento da cobrança, é necessário considerar não apenas quando o mercado alvo terá dinheiro, mas quando estará disponibilizando este dinheiro. Caso muitas pessoas recebam dinheiro da mesma fonte, pode ser possível para esta fonte pagar os prêmios em massa de muitos segurados e, consequentemente, aumentar a eficiência. Esta é a essência por trás do mecanismo de empréstimo descrito acima – as pessoas (geralmente) têm dinheiro quando recebem um empréstimo. Existem outras entidades que emprestam dinheiro que permitiriam à seguradora cobrar prêmios na fonte?

Outra abordagem permite aos segurados efetuarem os pagamentos do prêmio em um período definido, diferente de pagar em uma ocasião específica, e é bastante popular entre provedores informais de seguro funeral na África do Sul *(ver Quadro 35)*. De fato, esta abordagem tenta acomodar a variação na renda e no poder de compra do pobre. Entretanto, há necessidade de mais capacidade administrativa a fim de monitorar os sistemas flexíveis de pagamento, e os custos operacionais são mais altos caso os clientes possam alterar seus planos de pagamento.

Quadro 35 **Pagamentos flexíveis do prêmio de seguro funeral na África do Sul**

Os funerais representam uma importante despesa no ciclo de vida da população de baixa renda da África do Sul. Na cidade de Grahamstown, as famílias de baixa renda gastam aproximadamente 15 vezes sua renda familiar média mensal em um funeral. Uma maneira simples de capitalizá-las é por meio do seguro funeral. Uma miríade de seguradoras formais e informais está apta para vender cobertura para o mercado de baixa renda, incluindo o velório, que garante um benefício em mercadorias. Alguns destes planos informais de funeral adotaram um mecanismo interessante de pagamento flexível do prêmio.

As famílias buscam estratégias múltiplas de sustento, com rendas de uma variedade de fontes em diferentes ocasiões. Elas precisam pagar os prêmios a qualquer hora que disponham do dinheiro, não em uma data específica durante um mês. Como disse um segurador informal: "o povo daqui vive uma existência precária; não se pode esperar que eles paguem na mesma data todo mês".

Consequentemente, muitos seguradores informais permitem que os clientes paguem os prêmios – incluindo pagamentos parciais – com qualquer que seja o dinheiro que eles tenham em mãos para a casa funerária, talvez em várias visitas durante o curso do mês. Quando um prêmio é recebido, a caderneta do cliente é selada e datada. À medida que eles estejam em dia com seus pagamentos no final do mês, a apólice permanece então em vigor (alguns planos mantêm as apólices ativas, desde que os clientes não estejam em débito por mais de três meses).

O uso de cadernetas ou cupons interessa a ambos, seguradoras e clientes. Com este sistema, os clientes acham que têm um documento seguro, por meio do qual podem comprovar o pagamento do prêmio. Este sistema é relativamente

barato e fácil para os seguradores operarem. Além do mais, a flexibilidade no pagamento também é um fato bom, na medida em que ajuda a adaptar os produtos de seguro aos fluxos de caixa dos clientes.

Fonte: Adaptado de Roth, 2002.

A flexibilidade no momento do pagamento dos prêmios é um importante componente de acesso ao microsseguro; entretanto, existem custos relevantes, incluindo prejuízos associados à exposição maior em relação à fraude de funcionário, envolvidos em fornecer esta flexibilidade. A capacidade de gerir esta flexibilidade exige sistemas de informações que possam acomodá-la sem um aumento maior nos custos. Do contrário, as microsseguradoras não podem oferecer este nível de acesso sem sérias implicações no preço.

3 Pagamentos do cliente

3.1 Financiamento dos prêmios de seguro

Para ampliar o alcance do microsseguro e tornar os planos existentes mais viáveis, os provedores precisam explorar formas para ajudar os segurados a financiarem os prêmios. De fato, para a maioria das famílias de baixa renda, os problemas encontrados quando elas arcam com as despesas dos prêmios não significam um obstáculo definitivo para comprar seguro. De certa forma, os problemas surgem porque as famílias não têm dinheiro suficiente na data certa – muitas famílias pobres poderiam arcar com as despesas dos prêmios, caso tivessem acesso a mecanismos adequados de financiamento. Estes mecanismos podem permitir que os provedores de microsseguro ampliem seus mercados, e consigam clientes mais confiáveis e em número maior. Os mecanismos adequados de financiamento também promovem a natureza social do microsseguro, à medida que os clientes para quem o seguro era impossível anteriormente poderão se beneficiar da cobertura formal do risco.

Uma das formas mais simples de fornecer opções diferentes de financiamento é trabalhar com grupos de auto-ajuda ou associações de poupança e crédito rotativo. As seguradoras associadas às SHGs ou às ROSCAs podem estimular os associados a aumentarem um pouco seus depósitos regulares de poupança, de modo que quando um prêmio anual seja devido, os associados já tenham o dinheiro. Por meio de parcerias financeiras com as ROSCAs, as seguradoras se beneficiam dos mecanismos existentes de poupança informal, enquanto seus associados podem acumular prêmios de seguro sem custos de operação adicionais.

Trabalhar com cooperativas pode garantir benefícios semelhantes. Opções personalizadas podem ser desenvolvidas para financiar prêmios, em função da relação financeira das cooperativas com seus associados, conforme demonstrado no

Quadro 36, enquanto garante à seguradora um conjunto de pagamentos de prêmio de uma fonte de renda. Ademais, as cooperativas são entidades mais formais do que as ROSCAs e, consequentemente, seus associados são mais seguros partindo de uma perspectiva legal. Também deve ser mencionado que por causa da natureza que as cooperativas têm de "pseudo-empregador", os associados podem ter um incentivo adicional para permanecerem em dia com seus pagamentos de prêmio.

Quadro 36 **Pagamento dos prêmios em leite no Yeshasvini**

Mangsandra é um pequeno vilarejo na Índia com mais ou menos 1.000 habitantes. Cerca de 200 famílias são associadas da Sociedade Cooperativa de Leite Mangsandra, que é uma das sócias do Fideicomisso Yeshasvini. O Sr. Krishnamoti, secretário da Sociedade, é responsável pelo fornecimento de informações sobre seguro saúde do Yeshasvini, registrando os associados e cobrando os prêmios. No primeiro ano, 96 pessoas aderiram ao plano. No segundo ano, 230 associados e dependentes se inscreveram.

O Sr Krishnamoti relata que é difícil pagar em dia os prêmios de uma família inteira. Entretanto, a associação de leite desenvolveu uma solução para este problema. Toda manhã os associados da cooperativa trazem seu leite e o Sr. Krishnamoti registra a contribuição de cada associado em seus livros. Todo dia, um caminhão recolhe o leite e o transporta até a associação para processamento e distribuição. Mensalmente, a associação efetua o pagamento à sociedade pelo leite recebido, que efetua então o pagamento aos associados, de acordo com a quantidade de leite entregue no mês.

Quando os associados se registram no Yeshasvini, ou renovam a apólice, podem ter o prêmio deduzido do valor que a cooperativa paga a eles. Quando o Sr. Krishnamoti entrega para a associação a lista dos associados registrados, informa ao Diretor de Logística, quantos optaram pela dedução do prêmio. A associação de leite adianta o pagamento do prêmio para o Yeshasvini. O adiantamento é então deduzido do pagamento mensal da associação à cooperativa que, por sua vez, faz a dedução da parcela do respectivo associado. Caso os associados decidam inscrever seus dependentes no plano, a sociedade deduz apenas o valor de uma pessoa por mês, e permite que o associado pague em prestações – de leite.

Fonte: Adaptado de Radermarcher et al., 2005b.

Uma abordagem menos indicada para tornar os prêmios "financeiramente mais acessíveis" para os clientes, é fornecer empréstimos separados da cobertura de seguro. Por exemplo, alguns dos agentes de MFIs da Microcare oferecem empréstimos para pagar, especificamente, os prêmios. Ao emitir um empréstimo separado para prêmios, em vez de integrar os prêmios em uma microempresa ou financeira, o custo do seguro se torna muito mais aparente para os clientes. Entretanto, o prêmio dos associados se torna mais caro em termos absolutos, em

função dos juros sobre o empréstimo. Um prêmio anual de US$50, por exemplo, passa a US$60 se financiado por um empréstimo anual com uma taxa efetiva de 20 por cento. Da mesma forma, o credor também enfrenta o risco adicional da quitação do empréstimo e, consequentemente, exige quitação total antes do término da cobertura.

A TUW SKOK criou um mecanismo mais adequado de financiamento para estimular os clientes a comprarem suas apólices de seguro mais caras. A seguradora estimula seus parceiros, as uniões de crédito, a oferecerem empréstimos sem juros para seus associados, fazendo com que o prêmio de valor mais alto seja acessível para os associados de baixa renda. Para compensar as uniões de crédito pela receita que deixam de ganhar sobre o empréstimo, a TUW SKOK paga a elas uma comissão maior. Desta forma, a TUW SKOK administrou como limitar suas obrigações, enquanto torna os produtos mais caros, financeiramente mais acessíveis.

Em resumo, são várias as instruções em relação aos mecanismos de financiamento do microsseguro. Primeiro, quando possível, estimulam os segurados a economizarem regularmente, de modo que eles possam pagar um prêmio anual. A colaboração com cooperativas permite às microsseguradoras deduzirem prêmios de uma fonte de renda. Ao oferecer um empréstimo para financiar um prêmio, fica mais transparente se o empréstimo é, especificamente, para o prêmio. Entretanto, o custo elevado da cobertura torna os empréstimos que rendem juros uma opção um tanto inadequada.

3.2 Equilíbrio entre eficiência e disponibilidade de recursos

O equilíbrio entre a eficiência das organizações e a disponibilidade de recursos dos clientes é um *trade-off* clássico. Não existem respostas padrão, e o equilíbrio tem que ser adequado ao ambiente de negócios. Entretanto, Leftley (2005) fornece uma regra geral simples para identificar disponibilidade de recursos:

> *Certifique-se de que os prêmios são acessíveis para os clientes mais pobres. O modo mais fácil de lidar com disponibilidade de recursos é trabalhar com o dinheiro extra que um cliente terá em um determinado dia. Os clientes nem sempre costumam economizar para um pagamento de prêmio, de modo que um prêmio mensal precisa ser equivalente ao custo de um item não-essencial (como, por exemplo, uma garrafa de cerveja).*

Ao considerar os custos para os clientes, também é importante reconhecer que o prêmio não é a única despesa. Caso os segurados tenham que viajar para pagar o prêmio, o transporte e os custos de oportunidade de estarem afastados do trabalho podem ser até mais altos do que os custos do prêmio. Consequentemente, a eficiência precisa ser monitorada e calculada com base nos custos de operação da seguradora e do segurado em relação ao valor da cobertura garantida.

Para gerar um equilíbrio entre eficiência e disponibilidade de recursos, algumas organizações acrescentam uma taxa ao prêmio para conveniência da cobrança. Por exemplo, os prêmios são reduzidos para pessoas que pagam por meio de ordens agendadas ou em poucas prestações. Esta composição aumenta a eficiência, ao mesmo tempo em que torna o produto financeiramente mais acessível.

3.3 Evitar desistências e não-renovações

Desistências e não-renovações são um importante indicador da competência dos mecanismos de cobrança do prêmio. O ideal de eliminar completamente as não-renovações, entretanto, precisa ser equilibrado com a realidade de atender à população pobre.

Todavia, os sistemas de microsseguro devem ter como objetivo proteger os problemas de desistências e não-renovações. Em vez de confiar apenas nas penalidades como, por exemplo, encerrar a cobertura por pagamentos atrasados, é necessário que haja inovações para ajudar a população que precisa de complacência. Por exemplo, com a apólice de seguro dotal da Tata-AIG, caso os clientes deixem de pagar os prêmios, a seguradora deduz o valor do débito do valor acumulado da apólice, a fim de manter a cobertura em vigor.

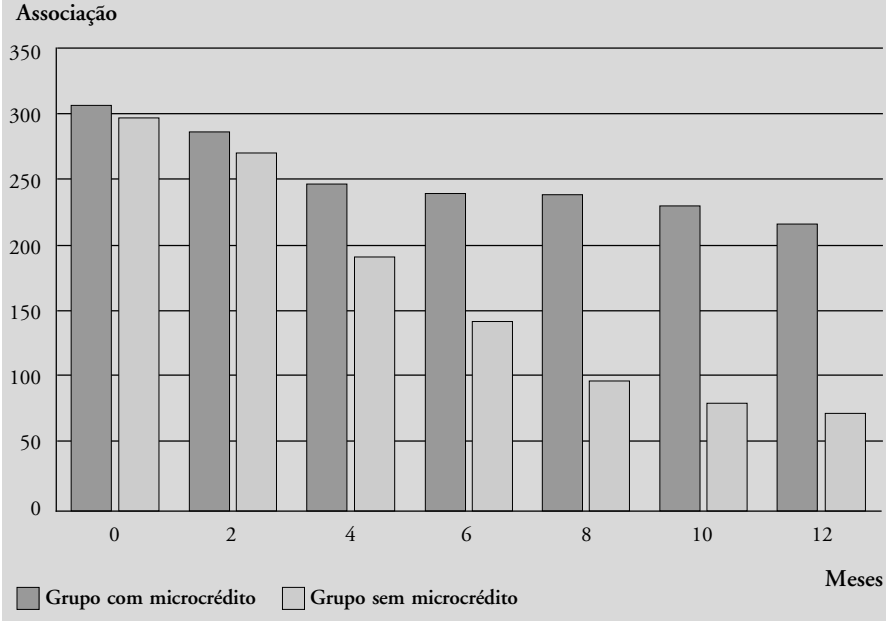
Os incentivos também podem ter a função de estimular a disciplina no pagamento. Por exemplo, os segurados que pagam regularmente em dia podem ser elegíveis para pagar um prêmio menor. A prova chave, é que as regras relativas a prêmios que não são pagos devem refletir a realidade da população pobre, embora sejam elaboradas de forma bastante justa para não serem desrespeitadas.

Cada vez que os clientes precisam pagar um prêmio, são forçados a tomarem uma decisão de compra. Isto pode levar os clientes a realmente optarem pelo não pagamento dos prêmios de seguro devidos. Consequentemente, quanto mais frequente é a cobrança do prêmio, mais chances os clientes têm de abdicar das apólices de seguro. Isto fica muito claro na experiência da AssEF (Benim), que cobra prêmios mensalmente. Em dezembro de 2003, a AssEF tinha recebido apenas prêmios de 71 por cento das pessoas que haviam se registrado no início do ano, e concluiu que nos planos com cobrança de prêmio frequente, seria necessário mais trabalho promocional e de marketing para estimular os clientes a manterem suas apólices em vigor. Depois de campanhas de conscientização em 2004, houve um aumento de 84 a 86 por cento nos negócios mantidos.

Outra estratégia para reduzir as desistências é ajudar os segurados a elevar significativamente suas receitas. De fato, a falta de dinheiro é uma das principais razões do pobre não pagar seus prêmios. Entretanto, caso eles tenham acesso a um empréstimo de microempresa que lhes possibilite um aumento na renda familiar, será então mais fácil pagar o prêmio. Esta foi, certamente, a experiência ocorrida na Tanzânia com um provedor de seguro saúde voltado para a comunidade, que aprendeu esta lição acidentalmente. A UMASIDA começou a traba-

lhar com duas outras MHOs idênticas – a única diferença era que uma delas tinha acesso a uma instituição de microcrédito separada, e a outra não. Conforme demonstrado na Figura 14, a queda da taxa no grupo sem acesso a microfinanças foi muito maior do que no grupo com acesso (Kiwara e Fungu, 2005).

Figura 14 **Desistências em relação ao microsseguro e acesso ao microcrédito**



Fonte: Kiwara e Fungu, 2005.

Esta conclusão sugere que a ligação entre microsseguro e microcrédito é até mais importante do que apenas as eficiências que podem ser geradas por meio de serviços financeiros integrados. O acesso a microcrédito também pode tornar viável para os segurados pobres arcarem mais facilmente com os pagamentos de prêmio. No passado, a Delta reconheceu esta ligação entre prêmio financeiramente acessível e empréstimos de microempresa, e tentou lidar com a questão por sua própria conta. Entretanto, conforme ilustrado no Quadro 37, é muito arriscado para as seguradoras se envolverem em empréstimos de microempresa diretamente.

Quadro 37 **Delta Seguros de Vida Ltda. – combinação de microcrédito e microsseguro**

Motivada pelo surpreendente sucesso do microcrédito em Bangladesh, a Delta também passou a oferecer empréstimos por conta própria. Além de oferecer **empréstimos para apólice** contra o valor do resgate da apólice conforme é exigido por lei, a Delta também começou a oferecer **empréstimos para projeto** para atividades de microempresas que pretendiam ajudar os segurados a aumentarem suas rendas e, consequentemente, tinham condições de pagar os prêmios com maior regularidade.

Embora as quitações estivessem dentro de uma margem aceitável em meados dos anos 90, a taxa de recuperação despencou mais ou menos na mesma ocasião em que a carteira de seguros subia vertiginosamente. Na verdade, uma das explicações para este crescimento é que os organizadores (agentes) estavam utilizando os empréstimos para projeto como uma ferramenta de marketing, prometendo a liberação de empréstimos caso o povo comprasse uma apólice.

A baixa qualidade do crédito dos empréstimos para apólice não era a principal causa de preocupação. Eles eram totalmente seguros e os organizadores estimulavam ativamente os segurados a pagarem os prêmios e não os empréstimos, e caso eles tivessem que escolher entre os dois, a ordem era manter o contrato de seguro em vigor. Entretanto, os problemas com quitação dos empréstimos para projeto eram uma questão séria, porque os valores eram mais altos e afiançados pelos compromissos de outros associados do grupo. Os principais problemas com as atividades de empréstimo incluíam:

- Os funcionários eram treinados para utilizar uma metodologia de empréstimo em grupo ou para administrar grupos de prestamistas e, consequentemente, a garantia do grupo não era particularmente efetiva.
- Os principais indicadores utilizados para medir o desempenho dos organizadores eram o número de apólices novas e o valor de prêmios cobrados; suas quitações de empréstimo não eram monitoradas e verificadas cuidadosamente.
- A cultura associada à cobrança em dia das quitações é muito diferente da cobrança de prêmios. No caso do pagamento do prêmio de uma apólice de seguro dotal, a organização pede ao cliente, basicamente, que a deixe reter seu dinheiro, de modo que não é correto fazer uma pressão muito forte caso o cliente não possa pagar imediatamente. No caso de um empréstimo, entretanto, o cliente tem o dinheiro da organização, e a organização tem a responsabilidade de ter este dinheiro de volta.

Ademais, como uma companhia de seguros regulamentada, há algumas questões quanto ao fato da Delta estar ou não legalmente apta a fornecer empréstimos para projeto. Existem restrições nas práticas de investimento dos seguradores e, provavelmente, não é correto a Delta estar investindo prêmios em sua própria carteira de empréstimo.

Fonte: Adaptado de McCord e Churchill, 2005.

4 Controles de cobrança do prêmio

Fraude e erros na cobrança do prêmio são preocupações relevantes para as microsseguradoras, à medida que suas margens pequenas não permitem um gerenciamento financeiro que não seja competente. Consequentemente, os controles efetivos de cobrança do prêmio precisam estar em ordem. Deve haver uma combinação de ambos os controles, o horizontal e o vertical.

Os controles hierárquicos exigem que a seguradora estabeleça, pelo menos, uma estrutura rudimentar dentro da organização para monitorar a qualidade do processo de cobrança do prêmio. Estes controles geralmente funcionam melhor para seguradoras que utilizam suas próprias estruturas para gerir o processo, do que aqueles que terceirizam o processo com outras organizações. Sendo a última solução a escolhida, é aconselhável que a seguradora crie controles horizontais como, por exemplo, exigindo algum tipo de segurança coletiva por parte da organização ou estrutura com a qual o processo está terceirizado. Uma solução largamente utilizada na Polônia até a introdução do seguro compulsório de responsabilidade civil pelos agentes era pedir uma nota promissória em branco ao agente, co-assinada por um ou mais agentes da mesma organização ou grupo. A nota podia ser utilizada para cobrar sinistros decorrentes de ações fraudulentas de um agente contra a seguradora, porém, isto gerou um nível a mais de segurança para a seguradora por meio de um contrato coletivo de responsabilidade entre os agentes.

A importância da fraude não deve também ser subestimada. De fato, a estrutura de todo um plano precisou ser modificada para poder ser negociado. Por exemplo, na AIG Uganda, uma das razões do produto ter mudado originalmente de voluntário para obrigatório, foi para reduzir a incidência de fraude por parte dos funcionários de campo das MFIs que recebiam os prêmios dos clientes e ficavam com o dinheiro. Ao fazer o marketing do produto obrigatório, o risco de fraude era reduzido com os prêmios pagos por meio de operações que não envolviam dinheiro em espécie nas funções de apoio.

A ServiPerú implementou uma auditoria dos valores cobrados, a fim de tentar evitar a fraude e os erros. O processo de cobrança começa com faturas que são distribuídas pelos cobradores em suas zonas geográficas escolhidas. Os cobradores visitam os clientes, principalmente em seu local de trabalho, até três vezes se necessário, para efetuar a cobrança. Ao final do dia (ou com mais frequência no caso de um volume alto de dinheiro), os cobradores depositam o dinheiro nos escritórios ou nas contas correntes da ServiPerú, junto com um relatório dos pagamentos recebidos. Uma vez findo o período de cobrança do mês, os cobradores devem apresentar um relatório de prêmios não-cobrados, indicando o motivo pelo qual não foram cobrados. Os auditores internos fazem o acompanhamento com uma amostragem das não-renovações, a fim de assegurar que eles de fato não pagaram o prêmio.

5 Conclusão

A cobrança de prêmio é um aspecto desencorajador da eficiência do microsseguro. Algumas seguradoras (ou seus canais de venda) encontraram formas para minimizar os custos da cobrança do prêmio e maximizar a eficiência. Acordos eficazes significam pagamento imediato e total, sem afetar a segurança do mecanismo de transferência do prêmio, ou sacrificar as vantagens do atendimento ao cliente. Para alcançar estabilidade financeira, as seguradoras devem envidar todos os esforços, a fim de assegurar que o pagamento dos prêmios seja efetuado em dia.

Os métodos usuais de cobrança de prêmio atendem às necessidades do cliente em vários níveis. Um dos métodos mais baratos para a seguradora é quando os grupos da comunidade cobram os prêmios de seus associados e efetuam os pagamentos consolidados à seguradora. A cobrança feita pelas seguradoras do total dos prêmios de MFIs e de outros grupos que associam os prêmios a outro produto ou transferem eletronicamente os prêmios, pode ser igualmente mais barata. O método de cobrar prêmios de porta em porta de segurados individuais, normalmente, é muito caro.

O que merece ser considerado sobre pagamento de prêmio inclui:

- Deve ser mantido um equilíbrio entre a eficiência da seguradora, e o fluxo de caixa e os custos operacionais do segurado. Sem um equilíbrio aceitável entre os dois, o microsseguro não obtém sucesso. De nada adianta a manutenção dos clientes, ou mesmo clientes novos, caso a seguradora reduza seus custos de cobrança para algo próximo a zero, enquanto, simplesmente, transfere os custos para os segurados que, por exemplo, podem ser obrigados a viajar para efetuar os pagamentos.
- As transferências eletrônicas reduzem os custos de todas as partes envolvidas. Uma disponibilidade maior de serviços de poupança para o pobre pode melhorar, radicalmente, os mecanismos financeiramente acessíveis de pagamento do prêmio.
- Quando possível, cobrar os prêmios de uma fonte específica de fundos, em um momento em que estes fundos estejam disponíveis como, por exemplo, um pagamento de empréstimo, o pagamento mensal de uma cooperativa de leite, ou o pagamento de salário por um empregador.
- A fraude é um problema importante na cobrança do prêmio. Quando há pessoas administrando os prêmios, os controles precisam ser severos. Felizmente, alguns dos métodos mais eficazes de operação como, por exemplo, transferências eletrônicas, podem estar dentre os mais fáceis de controlar.
- A frequência e o momento da cobrança exigem um conhecimento dos fluxos de caixa e das preferências do segurado. Imaginar que os segurados preferem pagamentos de prêmio pequenos e frequentes não é necessariamente verdadeiro. É preciso que se faça uma pesquisa de mercado.

– Os clientes devem compreender o mecanismo de cobrança, e isto deve conduzir a um entendimento da apólice que eles estão comprando, levando ao desenvolvimento de uma cultura de seguro entre os pobres. Não é suficiente, simplesmente, pagar prêmios por meio de taxas de juros quando os segurados não sabem que possuem seguro.
– As estratégias para minimizar as não-renovações devem ser levadas em consideração segundo a realidade da população pobre. O objetivo é manter o segurado ativo pagando prêmios. É importante que as penalidades por pagamento em atraso controlem a seleção adversa e a fraude, porém, que ainda permitam a manutenção do cliente.

É claro que a eficiência não pode ser o único critério na escolha da melhor forma de cobrar prêmio. A seguradora deve ter em mente sua posição estratégica e seus pontos fortes, assim como os objetivos que deseja alcançar a longo prazo. Caso a seguradora enfatize o preço do produto como sua maior força – por exemplo, tentar oferecer prêmio menor para cobertura competitiva – o foco deve estar nos métodos mais baratos como, por exemplo, a transferência eletrônica de produtos complementares. Se, entretanto, a força da seguradora está em uma relação de proximidade com o mercado e uma alta fidelidade mútua, o custo elevado da cobrança feita de porta em porta pode ser compensado por poucas desistências e poucos sinistros fraudulentos por parte dos clientes que sentem ter uma relação mais próxima com a seguradora à custa de prêmios mais altos. Resumindo, não existe um aspecto único que possa ser utilizado para se chegar a uma solução de um problema multifacetado da relação seguradora-segurado; o sucesso definitivo desta relação depende da sobrevivência da seguradora em longo prazo, resultando, por sua vez, na proteção segura do segurado.

3.4 Processamento de Sinistros

Michael J. McCord e Richard Leftley[1]

Os autores agradecem a edição e as sugestões de: Aris Alip (CARD), Dubby Mahalanobis (ex Grupo Microcare) e Ralf Radermacher (Universidade da Colônia)

O processamento de sinistros, do aviso à liquidação, muitas vezes, é uma atividade carregada de dificuldades e que consome tempo. O equilíbrio entre custos operacionais – incluindo controles para minimizar sinistros indevidos – e o custo da fraude, conduz a um processo caro, especialmente no seguro saúde. Para que o microsseguro obtenha sucesso, os custos de operação e de controle devem permanecer baixos, a fim de manter prêmios que sejam financeiramente acessíveis para o mercado.

O processo de sinistros do microsseguro difere do processo de sinistros do seguro tradicional em seu reconhecimento das realidades da vida da população de baixa renda como, por exemplo:

- Os sinistros precisam ser liquidados rapidamente porque a população de baixa renda tem acesso insuficiente a fundos para administrar os custos financeiros dos riscos.
- Os sinistros do ramo saúde devem ser pagos diretamente ao prestador, uma vez que a população de baixa renda não dispõe, com frequência, de capital para obter tratamento e esperar pelo reembolso.
- As exigências convencionais sobre documentação, muitas vezes, devem ser substituídas por comprovação alternativa em função das dificuldades que a população de baixa renda enfrenta para obter alguns documentos.
- O processo de sinistros, muitas vezes, substitui a subscrição, porque é mais barato se deparar com alguns poucos sinistros, do que exigir uma subscrição extensa para grandes volumes de pequenas apólices.
- Com prêmios pequenos e benefícios muito limitados, as opções para exigências diferentes sobre documentação de sinistros devem ser determinadas com base em seus custos e benefícios.
- Para serem eficientes, as seguradoras devem filtrar seus controles de apólices menores, na medida em que os esforços empreendidos para fazer valer os controles podem ser mais caros do que o benefício real.
- Em geral, o processo deve ser o mais simples possível.

[1] As referências neste capítulo feitas a Microcare (Uganda), Compartamos (México), Aldagi (Geórgia), Fundação Kashf (Paquistão) e Gemini Seguros de Vida (Gana) são extraídas de experiências dos autores, não de estudos de caso.

Este capítulo discute estas diferenças detalhadamente, utilizando exemplos para demonstrar a necessidade de administrar os sinistros de microsseguro de maneira diferente do seguro convencional. Também resume tudo o que pode ser aprendido ao tentar tornar os processos de sinistros de microsseguro eficientes, eficazes e controlados. De início, o capítulo aborda o processo em geral, e depois aborda, especificamente, aviso, liquidação, controles e administração de sinistros.

1 Introdução

De uma forma questionável, o aspecto mais importante do seguro para o segurado é o sinistro. Sem um processo de sinistros eficiente e eficaz, será difícil para a seguradora vender apólices caso aumente a insatisfação do cliente. O direito a reclamações de sinistros eficientes, sob determinadas circunstâncias, é o que os segurados compram com seus prêmios.

O custo do processamento dos sinistros é um fator crítico ao determinar o sucesso das companhias de seguros. Elas devem ser eficientes com controles eficazes, a fim de assegurar que reconhecem apenas os sinistros que são liquidados e pelos valores corretos. Os controles e processos que funcionam em um mercado mais próspero podem ser ineficazes no mercado de baixa renda. De fato, quando o processamento dos sinistros se torna muito exigente ou muito caro, os produtos afins não podem, simplesmente, ser oferecidos ao mercado de baixa renda. Esta é a natureza crítica no processamento dos sinistros.

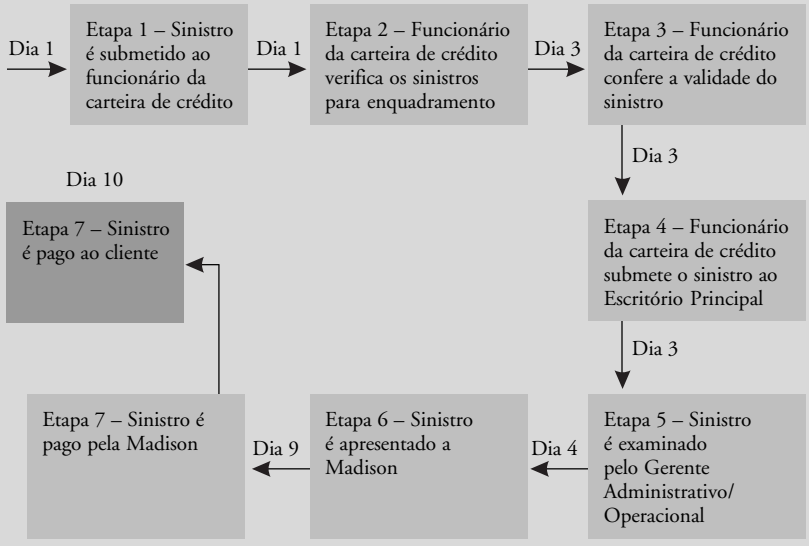
1.1 O processo de liquidação dos sinistros

O processo de sinistros, em geral, inclui os seguintes componentes:

- Um evento segurado que conduz a um aviso de sinistro
- Reunião dos documentos necessários
- Apresentação do formulário de sinistros a um intermediário ou à seguradora
- Regulação e liquidação dos sinistros
- Pagamento dos sinistros

Para que o microsseguro tenha sucesso, ele deve equilibrar a quantidade de informações necessárias para confirmar que realmente o evento ocorreu, com a capacidade da seguradora de obter estas informações em tempo hábil e de uma forma eficaz em termos de custo. De fato, o processo de sinistros deve ser simples para ganhar a confiança dos clientes. Conforme demonstrado na Figura 15, o processo na Madison Insurance em Zâmbia, por exemplo, ocorre de maneira clara, e de certa forma em tempo hábil (comparado a outros casos).

Figura 15 **Processo normal de liquidação de sinistros do produto de microsseguro da Madison**



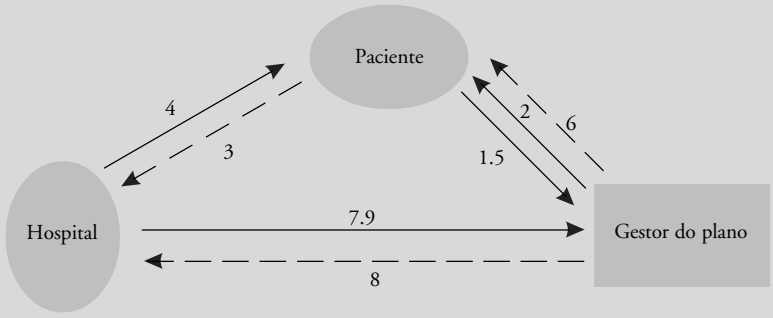
Observação: Em um caso onde os documentos não sejam preenchidos corretamente (Etapa 1 ou Etapa 5) o sinistro retornará ao funcionário da carteira de crédito/cliente e o processo necessitará de mais alguns dias – em torno de 2 ou 3.

Fonte: Manje, 2005.

O processo na Madison Seguros leva até 10 dias, enquanto a documentação é corrigida e o sinistro reconhecido. Na Delta em Bangladesh, o processo pode levar até 60 dias ou mais. Embora muitos processos da Delta tenham sido descentralizados para os Centros das Zonas de Operações, uma quantidade de atividades permanece no escritório principal e algumas aprovações de sinistros ainda exigem a assinatura do Diretor Administrativo. Ainda há a necessidade de controles severos, mas cada etapa leva tempo e custa dinheiro e, portanto, eleva os custos operacionais.

Os sinistros de seguro saúde são mais complicados do que os sinistros de seguro vida, pelo fato de haver o envolvimento de uma nova parte – o prestador de serviços de saúde – e a avaliação do sinistro é subjetiva, exigindo conhecimento médico. Além disso, um único segurado pode apresentar vários sinistros durante a vigência da apólice. Na UMSGF, em um programa mútuo de seguro saúde na Guiné, o processo começa com a confirmação de que a pessoa que está buscando assistência médica está realmente coberta pela apólice. As nove principais etapas de acesso à assistência médica na UMSGF estão indicadas na Figura 16.

Figura 16 **O processo de sinistros na UMSGF**



1ª) O paciente solicita uma autorização para tratamento.
2ª) O gestor do plano controla se o paciente tem direito à assistência médica e emite a autorização.
3ª) O paciente se dirige ao hospital e paga a consulta.
4ª) O hospital controla a validade do cartão de associado do paciente, presta assistência e emite um comprovante do tratamento.
5ª) Ao deixar o hospital, o paciente entrega o comprovante do tratamento ao gestor do plano.
6ª) O gestor do plano reembolsa as despesas de transporte do paciente.
7ª) O hospital envia uma fatura resumida.
8ª) O gestor do plano confere e paga a fatura.
9ª) O hospital emite um recibo.

→ Fluxo de informações
— — → Fluxo financeiro

Fonte: Gautier e outros, 2005.

Conforme descrito no Capítulo 2.1, um plano de microsseguro saúde que obriga o segurado a pagar pelo tratamento e depois o reembolsa como, por exemplo, os benefícios de saúde da VimoSEWA e da Shepherd (ambas na Índia), não garante a principal vantagem do seguro – a possibilidade de buscar assistência médica sem ter que juntar dinheiro para pagar por ela.[2] Já a UMSGF, o Yeshasvini (Índia) e a Microcare (Uganda) reembolsam os prestadores de serviços de saúde diretamente.

1.2 Triagem inicial *versus* controles finais

Em muitos planos de microsseguro, o esforço para reduzir custos transferiu o processo normal de subscrição de apólice do departamento de subscrição para o departamento de sinistros. Os futuros segurados não se submetem a um exame médico, por exemplo. Eles não precisam apresentar certidões de nascimento e casamento, ou registros de saúde junto com a proposta inicial de apólice.

[2] A VimoSEWA está em processo de teste do sistema de pagamento que não envolve dinheiro em espécie, a fim de superar este problema.

Em muitos casos, a triagem dos futuros segurados é eliminada, ou de alguma maneira é coberta pela aceitação dos parceiros no risco. Por exemplo, uma mulher que faça parte de uma MFI pode solicitar microsseguro. Seu seguro seria aceito automaticamente, contanto que atendesse aos critérios estabelecidos pela MFI para empréstimo. A cobertura pode até incluir membros da família, como acontece na AIG Uganda, na Spandana (Índia), e na MBA do CARD (Filipinas) sem quaisquer outras exigências operacionais.

Mesmo em vendas individuais como, por exemplo, na Delta, futuros segurados simplesmente têm que assinar uma declaração de boas condições de saúde. Caso alguém sofra um evento segurado, a seguradora solicita a confirmação da declaração como, por exemplo, de que não havia, de fato, condições pré-existentes. Desta forma, as microsseguradoras minimizam a carga de trabalho associada à avaliação da quantidade de propostas de cobertura, e concentram seus esforços nos poucos proponentes.

Em geral, é necessário que haja bastante conferência e controle para assegurar o não-pagamento de sinistros fraudulentos, mas o processo também deve ser de utilização simples e eficaz em termos de custo para todas as partes. Entretanto, o processo de seguro deve ser considerado como um todo. Quando os controles são minimizados para a massa de compradores de seguro, uma carga mais pesada recai sobre os proponentes. Outra estratégia para melhorar a eficiência, é ter exigências mais importantes de sinistros, com um número limitado de documentos e um processo simples para os sinistros menores, porém, controles mais rígidos para sinistros maiores.

Os próximos tópicos analisam como os subprocessos chave de sinistros atendem os segurados, e como as microsseguradoras têm feito estes processos funcionar de uma forma eficiente e eficaz.

2 Aviso de sinistros

Os avisos de sinistros ocorrem em dois níveis. Primeiro, a abordagem pode ser pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante da seguradora. Em seguida, o formulário é preenchido e submetido para, formalmente, dar início ao processo de liquidação de sinistros.

2.1 Abordagem

A maioria das resseguradoras deixa a cargo do beneficiário a responsabilidade de iniciar o processo de sinistros. Embora várias instituições como, por exemplo, a Delta, a AIG Uganda e a La Equidad (Colômbia), exijam que os beneficiários se dirijam à seguradora ou ao seu agente, as seguradoras podem melhorar seu atendimento ao cliente se aproximando dos beneficiários, o que aumenta a credibilidade da seguradora e fortalece o desenvolvimento da cultura do seguro.

Na MUSCCO, em Malauí, os beneficiários geralmente avisam à SACCO que um associado faleceu, embora haja casos em que os beneficiários não estão cientes de que foram nomeados beneficiários ou da cobertura de seguro. Nestas circunstâncias, as SACCOs informam os beneficiários e os estimulam a dar início à documentação. As SACCOs têm uma motivação particular para fazer isto, uma vez que os associados morrem e deixam empréstimos com saldo pendente.

Da mesma forma, na MBA do CARD, os funcionários de campo e os associados do grupo são motivados a encontrar os beneficiários para que seja possível regularizar os saldos do empréstimo do falecido. Caso não haja beneficiário nomeado ou a pessoa faleceu antes do segurado, a política da MBA do CARD é que "em caso de morte de um associado que não tenha nomeado beneficiário, todos os benefícios devidos serão pagos a seus herdeiros legais de acordo com a lei" (McCord e Buczkowski, 2004).

Mesmo não havendo um empréstimo a ser quitado, no seguro de vida é importante que as microsseguradoras e seus intermediários se certifiquem de que foi dada entrada no sinistro, mesmo que eles tenham que procurar o beneficiário. A confiança ainda está sendo construída na maioria destes programas, e os pagamentos de sinistros demonstram aos segurados que eles podem confiar na seguradora no que diz respeito a honrar os pagamentos.

No seguro saúde, tanto o segurado se dirige às seguradoras para ser reembolsado, como a seguradora mantém o segurado afastado do processo, pagando ao prestador de serviços de saúde diretamente. A última abordagem é mais simples para o segurado e mais eficiente para as seguradoras. A Grameen Kalyan (Bangladesh) utiliza uma terceira abordagem que elimina totalmente o processo de sinistros. Na GK, os associados possuem cartões para apresentar quando do tratamento. O custo do tratamento é então simplesmente descontado e nenhuma reclamação precisa ser apresentada. Entretanto, o segurado ainda necessita de dinheiro para ter acesso à assistência médica com base em uma taxa de desconto, e o custo da assistência médica que está além da capacidade do centro de saúde é coberto por reembolso.

Com o intuito de ajudar no processo de sinistro, a TUW SKOK (Polônia) e a Aldagi (Geórgia) introduziram um serviço de auxílio 24 horas por meio de ligação gratuita para ajudar em caso de dúvidas sobre sinistros (entre outras coisas). No caso da TUW SKOK, é interessante observar que apenas 10 por cento dos sinistros têm início por meio do serviço de auxílio 24 horas, enquanto o restante é iniciado por meio dos associados das uniões de crédito – uma clara indicação da preferência pelo contato físico humano neste processo.

2.2 Formulário de reclamação de sinistros

Os formulários de reclamação de sinistros para os produtos de seguro são complicados e podem ser problemáticos para os segurados de baixa renda, especialmente aqueles com instrução limitada. Por exemplo, o formulário de reclamação de sinistro da Delta exige informações importantes, incluindo detalhes das auto-

ridades locais e do empregador do falecido, assim como informações específicas sobre a *causa mortis*. Preencher este formulário com as assinaturas e informações exigidas gera frustração e atrasos para o beneficiário. Além do mais, o índice de sinistros recusados na Delta gira em torno de 15 por cento, e isto se dá em parte a formulários incompletos.

Em algumas microsseguradoras como a Delta, a documentação de sinistros não evoluiu o bastante para acomodar o mercado de baixa renda. Por exemplo, enquanto a documentação de um empregador pode não ser difícil de ser obtida por uma viúva de classe média de uma cidade, pode representar um grande desafio para um beneficiário de baixa renda de uma área rural. Os sinistros recusados muitas vezes são um resultado direto da complexidade da forma e da falta de sensibilidade em relação à capacidade deste mercado de conseguir a documentação formal, o que pode minar a intenção do microsseguro conforme demonstrado no Quadro 38.

Quadro 38 **Recusa de sinistro: Um caso de documentação incompleta em Zâmbia**

A mulher de Philip Zulu faleceu e ele deu início ao processo de sinistros após o funeral. Depois da apresentação do formulário de sinistro junto com as certidões de óbito e de funeral, Philip foi avisado que também precisava providenciar a Certidão da *Causa Mortis*, um documento oficial. Ele voltou ao hospital apenas para ouvir que a certidão não podia ser fornecida porque havia passado muito tempo desde a morte de sua mulher. Depois de passar três semanas de idas e vindas entre o escritório de sua MFI e o hospital, ele finalmente desistiu de reclamar o sinistro.

Fonte: Adaptado de Manje, 2005.

Algumas microsseguradoras, entretanto, ajustaram suas exigências de sinistros de acordo com seu mercado alvo como, por exemplo:

– A VimoSEWA exige um recibo da madeira utilizada na construção da pira funeral
– Uma permissão de enterro pode ser utilizada para a AIG Uganda e a Madison no lugar de uma certidão de óbito

Parte da complexidade das exigências de sinistros diz respeito a experiências negativas que as seguradoras vivenciam com os segurados, que se beneficiam da combinação de formulários iniciais simples (e, portanto, limitados ou sem garantia) juntados a processos de sinistros relativamente simples. Como os controles eram frágeis em ambas as pontas da operação, a MBA do CARD enfrentou problemas sérios e recorrentes de seleção adversa, especialmente com membros da família dos clientes. Isto estimulou a MBA do CARD a incluir uma cláusula de contestabilidade nos casos de morte ou invalidez ocorrida durante o primeiro ano de cobertura *(ver Capítulo 3.1)*.

A complexidade dos formulários de reclamação de sinistros será regida, em parte, pelo grau de confiança da seguradora ao assumir as despesas de todo o processo de sinistros, assim como a complexidade do próprio produto. Produtos simples com poucas exclusões exigem menos informações para apresentar uma reclamação de sinistro, na medida em que a seguradora não precisa verificar qual é a causa do sinistro que está coberto, já que (quase) tudo está. Um processo de sinistros mais simples não apenas reduz custos para o beneficiário, agente e seguradora; também conduz a um nível mais alto de satisfação do segurado.

Por exemplo, a Microcare e a Oportunity International utilizam um formulário para seu pacote de apólice de seguro prestamista e funeral que é claro *(ver Figura 17)*, embora este formulário ainda exija uma certidão de óbito, que pode ser difícil de obter na área rural de Uganda. Consequentemente, não faz muito tempo a Microcare passou a aceitar uma carta do sacerdote ou do *imam*,[NT1] que realizou o funeral, caso uma certidão de óbito ou registro policial não esteja disponível. Sem tais ajustes, os beneficiários podem ficar frustrados, como ficou o amigo do segurado na situação relatada no Quadro 39.

Quadro 39

Frustração do beneficiário

Um segurado em Uganda observou: "Eu conheço uma pessoa que perdeu o marido e não teve dinheiro para tirar os documentos, apesar de seu marido ter morrido em um acidente, o que foi, portanto, um sinistro significativo. Consequentemente, ela desistiu."

Fonte: Adaptado de McCord e outros, 2005a.

O objetivo é encontrar um equilíbrio entre acreditar que o evento segurado ocorreu, e aceitar a documentação incompleta. A TUW SKOK, por exemplo, exige a certidão de óbito do segurado e meios aceitáveis de identificação para confirmar a identidade do beneficiário. A Madison exige certidão de óbito, relatório pós-morte, permissão para o enterro, registro policial, e identificação. Muitas vezes, obter os documentos necessários custa caro e leva tempo. Entretanto, em áreas rurais a Madison aceitará três confirmações do óbito por escrito provenientes da Secretaria do Distrito – do responsável local, do empregador do falecido, ou da polícia local.

O Yeshasvini adotou uma abordagem muito diferente ao exigir que os sinistros sejam pré-aprovados por seu administrador terceirizado antes do segurado receber tratamento. Esta abordagem garante um controle inicial para assegurar que apenas serviços autorizados serão prestados, o que minimizou, consequentemente, a probabilidade de sinistros recusados.

Em geral, os formulários de sinistros devem ser fáceis de serem preenchidos pelos beneficiários, exigindo apenas a documentação suficiente para confirmar a ocorrência do evento segurado. Os segurados ou seus beneficiários frustrados apenas atrapalham a expansão do microsseguro.

[NT1] Líder religioso; no islamismo é o chefe de mesquita.

Figura 17 **Formulário de reclamação de sinistro da Microcare e do Opportunity International**

Formulário de Reclamação de Sinistro – Seguro Prestamista em Grupo

Nome do credor: _____ Nome da filial: _____

Nome do contato na filial: _____

Telefone do contato: _____

Sobrenome do **falecido**: _____ Outro(s) nome(s): _____

Causa mortis: _____

Data do falecimento: _____ (dia) _____ (mês) _____ (ano)

Valor total do sinistro: UGS _____

Do qual UGS _____ é destinado a empréstimo/juros pendentes

Detalhes sobre o prestamista que faleceu, ou cujo membro da família faleceu

Sobrenome do **prestamista**: _____ Outro(s) nome(s): _____

Data do pagamento do empréstimo: _____ (dia) _____ (mês) _____ (ano)

Confirmamos, pelo presente instrumento, que as informações contidas neste formulário de sinistro e anexadas ao comprovante de falecimento, ao que nos é dado saber e crer, são verdadeiras e corretas:

Assinatura do reclamante: _____ Data: _____

Nome do reclamante: _____

Assinatura do funcionário da carteira de empréstimo: _____ Data: _____

Nome do funcionário da carteira de empréstimo: _____

Assinatura do gerente da filial: _____ Data: _____

Nome do gerente da filial: _____ Data: _____

Favor anexar todos os documentos de confirmação do sinistro conforme exigido pela Condição Nº 12 da Apólice, a saber:

- Original ou cópia da certidão de óbito;
- Registro policial em caso de morte acidental;
- Cópia do contrato de empréstimo;
- No caso da morte de um Associado, caderneta de depósito original e demonstrativo de amortização do empréstimo;
- Carta do membro do Legislativo Municipal Local;
- Carta do Gerente da Filial ou do Líder do Grupo em questão.

2.3 Atrasos na apresentação dos formulários de reclamação de sinistros

O atraso na apresentação das reclamações de sinistros à seguradora pode ser devido a uma variedade de causas. Na Madison, os sinistros apresentados com atraso estão frequentemente relacionados a problemas na documentação. Há relatos de que a origem destes atrasos está, em grande parte, nos funcionários da carteira de empréstimo, a quem compete ajudar com a documentação, ainda que estejam muito ocupados na busca de prestamistas inadimplentes para perderem tempo assegurando que a documentação de sinistros está em ordem. Além disso, os funcionários de campo das MFIs indicaram que a documentação para liquidação dos sinistros era necessária e que eles queriam que ela fosse mais simples.

Em compensação, os *Vimo Aagewans*, que são o braço do seguro da VimoSEWA, garantem que os associados sabem como reclamar um sinistro, e que eles facilitam o processo de sinistros quando necessário. A VimoSEWA entendeu que, às vezes, os documentos oficiais não são apresentados, de modo que os funcionários cobram uma "taxa de urgência" para preparar ou assinar os documentos exigidos. Nestes casos, os *Vimo Aagewans* intervêm para assegurar que o documento seja obtido sem custo adicional.

A origem dos atrasos na apresentação das reclamações de sinistros à MUSCCO está em dois pontos. O primeiro é a dificuldade que existe em Malauí para obter uma certidão de óbito que a MUSCCO exige. O segundo é mais interessante. A MUSCCO trabalha por intermédio de uniões de crédito locais que fornecem as apólices de seguro. Para combater o problema das uniões de crédito que atrasam demais a transferência de prêmio para a MUSCCO, os pagamentos dos sinistros são retidos até que os pagamentos estejam em dia. Consequentemente, as uniões de crédito atrasaram a apresentação dos formulários de reclamação de sinistros.

A AIG Uganda enfrenta problemas semelhantes com seus canais de distribuição. Embora a seguradora liquide a maioria dos sinistros em 30 dias, contados a partir da data do recebimento da reclamação, o tempo total entre a ocorrência do evento segurado e os pagamentos de sinistros chegarem até o beneficiário tem sido significativamente maior. As reclamações de sinistros apresentadas pelos beneficiários a algumas das MFIs estavam se acumulando – retidas por semanas – antes de serem transferidas para o departamento de sinistros da AIG Uganda.

Nos casos de morte acidental, quando esta cobertura garante um benefício adicional, geralmente é exigido um registro policial. A Columna na Guatemala ainda exige uma certidão de um médico forense, assim como o relatório da ambulância (caso tenha havido o envolvimento de uma ambulância). Eliminar determinadas diferenças entre morte "natural" e "acidental" ajudaria a acabar com estas exigências.

Para reembolsar as despesas de saúde, a ServiPerú exige apenas a identificação do segurado, o relatório médico, e as faturas, documentos que, mediante o pagamento das despesas, podem ser obtidos com o prestador de serviços de saúde. De posse desta documentação, a apresentação dos documentos fica mais fácil para o segurado e, pelo fato de ter interesse no reembolso, o segurado apresenta suas reclamações de sinistros com rapidez.

No caso do seguro de complementação de poupança da TUW SKOK, leva uma média de 60 dias para que a documentação de sinistros seja recebida, em parte porque o beneficiário muitas vezes não tem ciência da cobertura. Além disso, os sinistros são inicialmente apresentados aos associados da união de crédito da TUW SKOK e o interesse em efetuar estes pagamentos para pessoas que tenham se esquecido da existência do benefício tem sido limitado. Em sua apólice de Morte Acidental e Invalidez, uma média de 56 dias de atraso na apresentação da reclamação de sinistro, muitas vezes, é resultado de problemas técnicos do que de memória. A TUW SKOK e a AIG Uganda entenderam que leva mais tempo para confirmar um sinistro de morte acidental ou invalidez, porque a confirmação depende de terceiros, como a polícia ou os médicos, que não têm interesse de apressar a documentação.

3 Liquidação

3.1 Mecanismos de liquidação

Várias MFIs e uniões de crédito pagam todo ou parte do sinistro quase que imediatamente, ao serem avisadas do sinistro. A Fundação Kashf no Paquistão, por exemplo, prometeu de início que o pagamento de sinistros seria efetuado dentro de um dia a partir da ocorrência do evento segurado. Isto funcionou bem para os beneficiários, à medida que eles poderiam obter o capital que precisavam sem ter que apresentar a documentação exigida até então. Entretanto, os beneficiários não tinham mais interesse em obter os documentos e a Kashf ficava com contas a receber e sem documentação para utilizar para efetuar a cobrança na seguradora. Posteriormente, a MFI alterou sua política para pagamento em cinco dias, porém, após a apresentação dos documentos.

Para liberar fundos para os reclamantes rapidamente, embora ainda mantendo o interesse em fornecer os documentos, alguns dos associados cooperativos da Columna efetuam pagamentos parciais quando os beneficiários fornecem a documentação inicial. Estes beneficiários devem atender a determinados critérios *(ver Quadro 40*) para terem acesso ao pagamento parcial. Além disso, para protegê-los, as cooperativas entram em contato com a Columna para verificar a situação do segurado em termos de seguro.

Quadro 40 **Exigências para um pagamento adiantado na Columna**

O sinistro não será recusado caso as condições a seguir sejam cumpridas:

- A apólice deve estar em vigor.
- O segurado deve estar em dia com os pagamentos do prêmio.
- Em caso de morte natural, um período de carência de 180 dias deve ter transcorrido entre a data efetiva do contrato e o falecimento.

– A *causa mortis* declarada na certidão pós-morte não deve ser por HIV/AIDS.
– Em caso de suicídio, a apólice deve estar em vigor por, no mínimo, dois anos.

Fonte: Adaptado de Herrera e Miranda, 2004.

Para agilizar o processo de liquidação, a TYM, a MBA do CARD, e a MUSCCO criaram sistemas descentralizados que permitem aos escritórios e agentes pagarem sinistros com base no recebimento da documentação completa e correta. A maioria de outras entidades, incluindo a UMSGF, a VimoSEWA e a Tata-AIG, dispõe de um sistema mais centralizado que exige a apresentação da documentação ao departamento de sinistros do escritório principal para que seja processada. Muitas vezes, este processamento inclui teste de amostragem da documentação para validação e, às vezes, na VimoSEWA, um exame do sinistro por um comitê de sinistros *(ver Capítulo 4.5)*. Os sinistros médicos também podem estar sujeitos a um exame clínico como na VimoSEWA e na Microcare em Uganda, pois a intenção de ambas é confirmar a assistência médica adequada e controlar o tratamento em excesso.

Muitas microsseguradoras contam com uma gerência que libera as indenizações de sinistros para os beneficiários. Esta atividade aumenta sua imagem pública e promove o plano e seus benefícios aos associados. O efeito demonstrativo resultante, em que terceiros são atraídos a aderirem ao plano de seguro porque percebem que os sinistros são, de fato, pagos conforme prometido, é um elemento crítico na geração de uma cultura de seguro, à medida que aumenta a confiança entre a seguradora e os futuros segurados.

Os reclamantes de sinistro por invalidez expressam, com frequência, insatisfação com as indenizações por causa das discussões quanto ao grau de invalidez. A TUW SKOK desenvolveu um processo de recurso onde os beneficiários podem, e eles se utilizam deste processo, entrar com recurso pelas indenizações. Durante os primeiros nove meses de 2003, a diretoria considerou 69 reclamações de sinistro, das quais 16 decisões foram alteradas ou revertidas, 48 foram confirmadas, e 5 ainda estavam sendo processadas. Da mesma forma, a VimoSEWA conta com um comitê de injustiças ao qual a população pode recorrer de suas indenizações.

3.2 Recusas de sinistros

Como as exigências de subscrição são frequentemente aplicadas quando os sinistros são apresentados, em vez de serem adotadas na proposta da apólice, as recusas podem representar um problema para o microsseguro. Em estudos de caso, as taxas de recusa de sinistros, quando disponíveis, ficaram geralmente entre 5 e 22 por cento. As taxas mais altas relatadas pelo seguro patrimonial da TUW SKOK, pela MUSCCO e pela La Equidad – 22, 15 e 14 por cento, respectivamente –

podem refletir melhor o recorde das microsseguradoras relativo às uniões de crédito. Também podem refletir uma confiança maior sobre a classificação dos problemas de subscrição por meio dos sinistros. A taxa alta na TUW SKOK está diretamente relacionada aos sinistros de dano por água, ocorrência que levou a TUW SKOK a introduzir um período de carência de 15 dias para contornar um problema com as pessoas que compram apólices depois que seu bem foi danificado por vazamentos de água. Isto também diz respeito à introdução pela TUW SKOK de uma franquia dedutível de US$27 para minimizar sinistros fúteis.

As recusas de sinistros, muitas vezes, ocorrem em vários níveis, deixando os índices reais de recusa particularmente ambíguos. Na Madison Seguros, com um índice de recusa em torno de 5 por cento, foi possível recusar os sinistros em vários níveis, incluindo funcionários de campo, supervisor, administração do escritório principal ou departamento de sinistros da seguradora.

As principais razões para a recusa de sinistros do ramo saúde estão relacionadas a exclusões da apólice e ao fato do cliente não entender estas exclusões, ou não estar ciente delas. Por exemplo, na VimoSEWA, determinados procedimentos médicos e medicamentos não estão cobertos; pelo fato dos associados terem direito a reembolso, há um potencial significativo para recusas de sinistro. A VimoSEWA tem trabalhado para combater esta questão por meio de treinamento amplo de seus agentes de campo.

Outra razão comum de recusas de sinistro entre microsseguradoras tem sido os segurados não entenderem que devem pagar prêmios todo ano, a fim de manterem sua apólice em vigor, de modo que, muitas vezes, eles acreditam que ainda estão cobertos, muito embora não tenham renovado a apólice. Em muitos planos, os segurados não são suficientemente informados ou se esqueceram dos detalhes.

Na Delta há um problema de recusa de sinistro que é comum entre as microsseguradoras nas apólices de longo prazo – as desistências. Durante três anos, incluindo o período de 2000 a 2002, apenas aproximadamente 43 por cento de suas apólices estavam em vigor. Portanto, na morte de mais da metade de seus segurados, não havia cobertura de seguro, de fato, embora o beneficiário provavelmente recebesse alguma poupança acumulada durante os anos. É provável que o crescimento tenha sido limitado em função da imagem pública negativa destas recusas de sinistro.

Para reduzir os índices de recusas de sinistro, são necessárias duas medidas de aperfeiçoamento. Primeiro, os segurados devem ter pleno conhecimento sobre o produto que estão comprando. Além de cuidar da educação de seus clientes, as microsseguradoras devem fornecer a eles um folheto ou um documento simples da apólice onde constem as datas de cobertura, e os benefícios e procedimentos para reclamação de sinistros. Segundo, as microsseguradoras devem tratar a origem do que está causando as não-renovações e desistências; algumas vezes é necessário desenvolver opções de pagamento de prêmio para identificar a natureza variável e, muitas vezes, sazonal da renda familiar *(ver Capítulo 3.3)*.

3.3 Prazo da liquidação de sinistro

Em média, em qualquer lugar que seja, as liquidações de sinistro demoram de 6 a 60 dias, e o prazo mais longo para liquidar um sinistro gira em torno de dois anos. O tempo médio das seguradoras que forneceram informações nestes estudos de caso era de 24 dias.

Muitas vezes, ocorre atraso na liquidação de sinistros devido a empecilhos críticos no processo. Na Delta Life, o empecilho, simplesmente, é a política da própria instituição, uma vez que ela não tem feito das liquidações em tempo hábil uma prioridade *(ver Quadro 41).* Estima-se que 10 por cento de reclamações de sinistro por morte levam seis meses ou mais para serem liquidadas devido a problemas com o correio, sistemas de dados manuais, documentação insuficiente e centralização do processamento de sinistros.

Quadro 41 **A grande quantidade de conferências durante o processo de liquidação de sinistros na Delta Cia. de Seguros Ltda.**

É interessante observar o número de funcionários envolvidos na conferência e aprovação de um sinistro, o que tem um impacto direto sobre a eficiência da liquidação de sinistro, assim como sobre o custo. Na Delta Life, além das três pessoas do escritório que verificam o sinistro, há uma ou duas pessoas do departamento de prestação de serviços dos ZOC e, pelo menos três no escritório principal em conjunto com o MD, caso o sinistro seja superior a US$180. Isto não inclui a participação do departamento de controle e *compliance*, que assegura que todas as assinaturas necessárias estão de acordo. Não é de espantar que a liquidação de sinistros leve no mínimo um mês, e muitas vezes um tempo maior. No futuro, a Delta espera descentralizar todo o processo de sinistros para os ZOCs, mas esta é uma mudança que não parece ser iminente.

Fonte: Adaptado de McCord e Churchill, 2005.

Ao trabalhar com MFIs, o atraso pode ser devido ao agente da MFI não se concentrar na venda dos produtos de microsseguro. Em um estudo de caso, o tempo de liquidação foi monitorado em várias apólices específicas *(ver Tabela 25)*, e ficou claro que a MFI estava gerando atrasos substanciais. A seguradora deve intervir para resolver este problema. Entretanto, pelo fato desta situação estar relacionada a uma apólice em grupo por intermédio de uma MFI, a seguradora acredita que atendeu às exigências da apólice, uma vez que ela paga a MFI. Embora isto possa ser tecnicamente correto, é importante reconhecer que ao serem questionados pelos beneficiários, os funcionários de MFI culpam a seguradora pelos atrasos. De fato, mesmo no Caso 6, que foi recusado, os funcionários da MFI continuam a avisar ao beneficiário que estão esperando a seguradora pagar o sinistro.

Tabela 25 **Um exemplo do tempo de duração do trâmite das reclamações de sinistros**

	Dias a partir da morte até a reclamação chegar à seguradora	*Dias a partir da chegada à seguradora até o pagamento a MFI*	*Dias a partir do recebimento pela MFI até o recebimento pelo beneficiário*	*Total de dias a partir da morte do beneficiário até o recebimento do benefício*
Caso 1	91	38	280	409
Caso 2	60	26	101	187
Caso 3	46	21	101	168
Caso 4	75	33	221	329
Caso 5	77	31	Apenas empréstimo	108
Caso 6	86	30	Recusado	Não aplicável
Média	72,5	29,8	175,8	278

Fonte: McCord e outros, 2005a.

O objetivo de várias instituições de estudo de caso é realizar pagamentos de sinistros "rapidamente". Em seu contrato social, a Madison Seguros, se compromete a "liquidar os sinistros rapidamente, dentro de no máximo sete dias úteis". A seguradora da Shepherd, em 15 dias. Na ServiPerú, o governo determinou o pagamento de todos os sinistros em 30 dias. A AIG Uganda concordou em pagar sinistros em 14 dias, embora seu tempo médio seja muito maior. Uma alternativa interessante foi introduzida pela Gemini Cia. de Seguros Vida, na Gana; caso um sinistro demore mais de 14 dias para ser liquidado, uma multa de 25 por cento do valor do sinistro será paga ao beneficiário. A Microcare oferece algo semelhante.

Os atrasos nas liquidações de sinistro da LIC eram inaceitáveis para os clientes da VimoSEWA, já que muitas vezes demorava um mês ou mais depois que toda documentação era apresentada. A administração da VimoSEWA decidiu explorar alternativas. A Aviva Seguros foi escolhida para substituir a LIC em 2005, por permitir que a VimoSEWA pagasse os sinistros do ramo vida, reduzindo o tempo de ressarcimento para uma semana. Para os seguros saúde e patrimonial, a VimoSEWA trabalhava com a seguradora privada do segmento não-vida, ICICI Lombard desde 2003. Esta relação melhorou a liquidação dos sinistros por meio da provisão de um fundo de ressarcimento, com o qual a VimoSEWA paga os sinistros e é então ressarcida pela seguradora.

É quando apresentam uma reclamação de sinistro, que os segurados descobrem se o prêmio pago foi bem gasto. Todos os clientes esperam que os sinistros sejam pagos rapidamente. Entretanto, "rapidamente" significa coisas muito diferentes para pessoas diferentes. Por exemplo, no Zimbábue *(ver Quadro 42)* ou na África do Sul, onde o povo passou a utilizar grupos informais de funeral, pagar sinistros rapidamente pode significar um dia; considerando que em Zâmbia, onde os grupos de funeral são menos predominantes, "rapidamente" significa uma ou duas semanas. Estas percepções diferentes têm um enorme efeito sobre o processo de sinistros, sobre o custo da venda e sobre o nível de satisfação dos clientes.

Quadro 42

Eficiências no seguro informal

O Fideicomisso Zambuko, uma MFI do Zimbábue, realizou uma pesquisa de mercado para explorar as oportunidades possíveis no seguro. A pesquisa revelou que mais da metade dos clientes do Zambuko havia contribuído para um grupo informal de funeral. Estes grupos informais de funeral são organizados por uma pessoa na comunidade que cobra pequenas contribuições regulares dos associados. As contribuições são depositadas em um banco (ou às vezes guardadas em um recipiente qualquer como, por exemplo, uma lata) e em caso de morte de um associado ou de alguém de sua família, o grupo paga um valor das contribuições.

Devido ao número limitado de pessoas em cada grupo funeral e o âmbito geográfico limitado, os sinistros, muitas vezes, são pagos em questão de horas após a morte. Considerando que estes grupos de funeral são comuns no Zimbábue, a maioria das pessoas de baixa renda está familiarizada com o seguro funeral e conta com o pagamento dos sinistros em 24 horas.

Fonte: Adaptado de Leftley, 2005.

Controles eficazes são importantes em qualquer produto de seguro. Conforme demonstrou a experiência na Delta, ter mais pessoas verificando um sinistro não necessariamente significa um controle melhor. Existem vantagens significativas em ter as decisões sobre pagamento de sinistros próximas do beneficiário. O sucesso dos exemplos da Índia mostra que mesmo com uma seguradora regulamentada como a espinha dorsal do sistema, os prazos podem ser reduzidos com a criação de estruturas no âmbito do canal de vendas, a fim de facilitar estas transações. Entretanto, os dados na Tabela 1 mostram que as MFIs não são sempre os melhores intermediários das necessidades do cliente e, portanto, as seguradoras devem garantir que o cliente final esteja satisfeito.

4 Controles

As seguradoras não obtêm sucesso apenas porque podem pagar os sinistros rapidamente. Elas devem garantir que os sinistros são legítimos e correspondem às exigências da apólice. Por exemplo, para um sinistro de morte acidental, elas não apenas precisam de um documento da polícia confirmando a morte, como também devem garantir que:

- o documento é legal
- a morte foi um acidente
- a pessoa que morreu está, de fato, coberta pela apólice
- o segurado estava em dia com os pagamentos de prêmio quando ocorreu a morte.

As seguradoras prometem cobrir eventos de risco sob certas circunstâncias. Seus segurados e, até mesmo seus agentes intermediários, estão motivados a tentar enganar este sistema, especialmente se os segurados não são os proprietários do plano. Caso as seguradoras estejam no negócio, elas devem manter controles severos e eficientes.

4.1 Regulação e liquidação dos sinistros

Algumas microsseguradoras, como a TUW SKOK, trabalham com reguladores de sinistros profissionais. A TUW SKOK faz isto com sinistros patrimoniais, em que a avaliação pode ser particularmente complicada. Quem oferece seguro saúde ou de invalidez muitas vezes utiliza médicos para analisar e regular os sinistros. No seguro de vida, muitas microsseguradoras utilizam uma combinação de documentos e relacionamentos dos agentes intermediários. A TYM, por exemplo, utiliza a Associação da Mulher para ajudar na regulação e liquidação dos sinistros; a MUSCCO utiliza seus parceiros da SACCO.

A MUSCCO achava que as regulações e liquidações de sinistro representavam um desafio, porque não há em Malauí um sistema nacional de identificação. Consequentemente, é impossível confirmar que o reclamante seja realmente um segurado. Várias instituições superam isto, ou reforçam a confirmação da identidade, exigindo que os agentes que conhecem o falecido façam o reconhecimento do corpo. A MBA do CARD utiliza coordenadores voluntários, selecionados entre seus associados, para confirmar o sinistro indo ao local para ver onde foi a ocorrência. Outros, como a VimoSEWA, exigem uma foto do falecido. O Banco Opportunity International de Malauí supera a falta de carteira nacional de identidade introduzindo cartões com as impressões digitais dos clientes gravadas.

A confirmação da *causa mortis* por HIV/AIDS tem sido uma tarefa evasiva, especialmente em países com altos índices da doença, conforme demonstrado no Quadro 43.

Quadro 43 **Regulação e liquidação dos sinistros e HIV/AIDS**

Diante das altas taxas de possíveis sinistros de HIV/AIDS, diversas microsseguradoras introduziram exclusões específicas para mortes causadas por HIV/AIDS. Tanto a AIG Uganda como a MUSCCO precisam entender que excluir HIV/AIDS é uma solução imparcial. Ambas as instituições fornecem seguro, principalmente e geralmente, para prestamistas que devem atender aos critérios de crédito do credor. Os empréstimos são quase sempre a curto prazo. Portanto, pelo fato dos prestamistas não poderem ser qualificados para o empréstimo e seu prazo curto, foi afastada grande parte da probabilidade de ocorrer um sinistro devido a HIV/AIDS. Também, em Uganda e Malauí, HIV/AIDS raramente consta como causa oficial de alguma morte. As mortes de portadores de HIV/AIDS nor-

malmente resultam de pneumonia ou tuberculose, ou de alguma outra doença oportunista. Estes fatores, basicamente, tornam ineficaz a exclusão impopular de HIV/AIDS. Portanto, a exclusão foi retirada das apólices da AIG Uganda e da MUSCCO.

Fonte: Adaptado de Enarsson e Wirén,, 2005; e McCord e outros, 2005a.

Em 2004 a VimoSEWA melhorou sua abordagem em relação às regulações e liquidações de sinistros, quando treinou três equipes em técnicas de investigação de sinistros. O grupo foi treinado pelo Diretor de Operações, com o objetivo de conseguir, com prudência, corrigir informações no âmbito dos hospitais, médicos, enfermeiras, e parentes e vizinhos dos reclamantes. As equipes também são treinadas para analisar as faturas dos serviços prestados e as informações sobre a renda, o trabalho e a família dos reclamantes, dependendo dos detalhes do sinistros. Os resultados da investigação são discutidos apenas com o coordenador de sinistros e o diretor de operações em conjunto com o presidente nas decisões finais.

4.2 Outros controles gerais

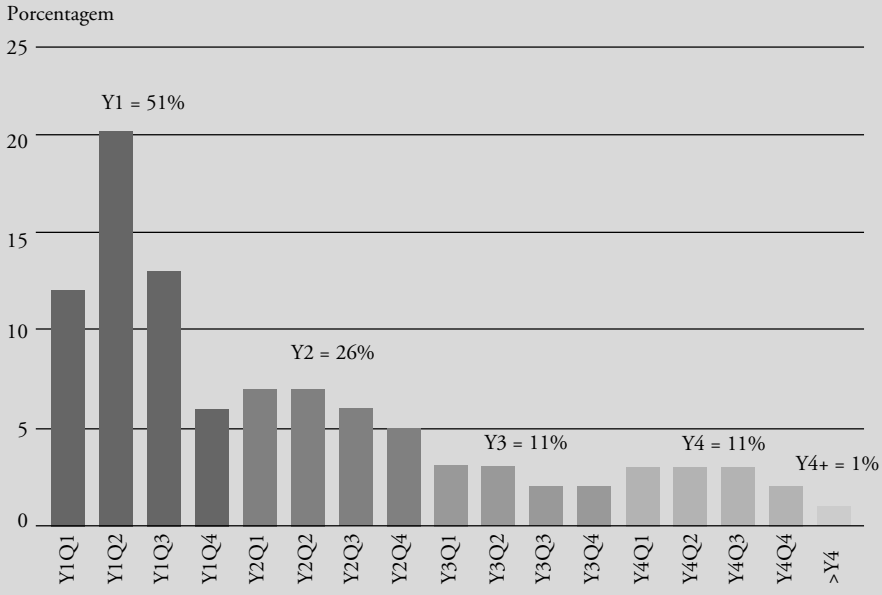
Alguns controles dizem respeito à estrutura de franquias dedutíveis e co-pagamentos, o que limita o volume e o valor dos sinistros. Além disso, estes controles desempenham um importante papel ao limitar o incentivo à fraude por parte do segurado. Por exemplo, nos sinistros patrimoniais a TUW SKOK limita as indenizações em 50 por cento do valor de reposição. Desta forma, o segurado ainda assume 50 por cento do risco de sinistro.

Às vezes, controles comuns não podem ser introduzidos; por exemplo, não foi possível a Tata-AIG introduzir um período de carência porque os regulamentos de seguro em âmbito nacional proibiam. Os reguladores acham que esta cláusula pode ser prejudicial para os segurados com pouco conhecimento sobre seguro, quando ocorre um sinistro no período de carência. A Tata-AIG pagou sinistros no primeiro mês de ativação da apólice.

Na Grameen Kalyan e no BRAC em Bangladesh, os funcionários frequentemente interagem com os clientes e procuram conhecer seus familiares pessoalmente, o que funciona como um impedimento moral contra fraude e sinistros falsos. Muitas MFIs observaram que grupos de prestamistas tendem a excluir estas pessoas com um histórico de saúde debilitada ou que se tenha conhecimento de estarem doentes. Associados do grupo temem que estas pessoas lutarão para quitar seus empréstimos, deixando outros membros quitá-los sob a garantia mútua. O Opportunity International se valeu desta observação ao negociar com companhias de seguros na África e nas Filipinas, a fim de acabar com os períodos de carência e com as restrições de doenças existentes de seus produtos de seguro de vida.

Além de outros métodos, a MBA do CARD utiliza dados para controlar os sinistros. A microsseguradora verificou em que momento durante a relação dos segurados com o CARD, os sinistros eram apresentados. Conforme demonstrado na Figura 18, mais da metade de todos os sinistros ocorrem no primeiro ano de associação, o que sugere um problema de seleção adversa. Entretanto, esta conclusão deve ser analisada no contexto; devido ao rápido crescimento, 40 por cento de todos os associados do CARD estavam em seu primeiro ano e 40 por cento de seus associados eram responsáveis por 51 por cento dos sinistros.

Figura 18 **Momento em que ocorrem os sinistros na MBA do CARD**



Fonte: McCord e Buczkowski, 2004.

Conforme mencionado no Capítulo 2.1, o risco de sinistros fraudulentos no seguro de vida é relativamente baixo porque é difícil falsificar uma morte, especialmente em uma comunidade rural, onde as pessoas costumam conhecer umas às outras. Entretanto, no seguro saúde o risco é muito maior. Problemas comuns de fraude que ocorrem com microsseguro saúde incluem:

– médicos que apresentam faturas relativas a assistências que não ocorreram, possivelmente dividindo a indenização com o segurado,
– segurados que obtêm cobertura para pessoas que não estão cobertas pela apólice,
– tratamento em excesso por parte dos prestadores de saúde,
– apresentação de faturas fraudulentas por parte dos segurados.

Lutar contra estes problemas de fraude exige uma análise dos sinistros de perto, porém, o mais importante, exige que sejam criados controles nos sistemas para reprimir a fraude antes que ela ocorra. Por exemplo, para controlar fraude, a Microcare coloca uma recepcionista na sala de espera dos prestadores de saúde. Estas recepcionistas, formadas em enfermagem, asseguram que apenas pessoas que possuem cobertura recebem tratamento por meio da conferência das carteiras de identidade; as fotos da carteira são comparadas com o paciente e com o fichário que é mantido pelas enfermeiras.

Utilizando esta tecnologia, a Microcare pode garantir que em cada estágio é prestada apenas a assistência coberta, e a seguradora tem um registro imediato dos custos do tratamento que podem ser comparados à fatura que é enviada pelo hospital. Portanto, a Microcare pode ter certeza que seus segurados recebem a assistência médica que compram, e é possível manter os prêmios baixos. Entretanto, embora este sistema amplo minimize a fraude do segurado, pouco estimula o sistema de saúde administrado corretamente, porque a Microcare não tem controle sobre os médicos e as clínicas.

Como meio de controlar a operação financeira, a Delta paga mais ou menos a metade de seus sinistros com cheques cruzados (exige do beneficiário o depósito do cheque em uma conta corrente). Trata-se de um procedimento comum nas companhias de seguro. Entretanto, é frequente o beneficiário não ter uma conta corrente para depositar o cheque, e muitos bancos não estão preparados para abrir uma conta, uma vez que eles sabem que o beneficiário depositará e imediatamente sacará o dinheiro encerrando a conta. Mesmo quando os bancos concordam em abrir uma conta, impõem taxas pesadas que tornam a operação do seguro mais cara para o beneficiário.

O ponto principal do microsseguro é que os controles devem ser severos, devem refletir tanto a natureza prática como a situação do mercado. Faz pouco sentido introduzir controles caros que o mercado não possa acompanhar, ou que custem mais para serem introduzidos do que o custo provável do sinistro total. Como as margens são menores no microsseguro, a análise do custo-benefício é particularmente importante.

5 Considerações sobre sinistros no desenho do produto

Um desenho de produto simplificado será de grande ajuda no processo de sinistros. Os criadores do produto de microsseguro devem pensar nas etapas pelas quais os segurados passam até ocorrer um sinistro. Quando a MBA do CARD testou um produto de seguro saúde, achou a gestão e a documentação do risco simplesmente muito cara e onerosa para a MBA e seus associados, desistindo, portanto, do produto. Os processos e custos de sinistros devem ser identificados e reconhecidos honestamente no processo de desenvolvimento do produto.

Em geral, as apólices de vida são relativamente fáceis porque há um evento segurado óbvio – a morte da pessoa coberta. Vários programas oferecem apólices simples onde caso a pessoa morra (e esteja coberta, e a morte seja comprovada), o pagamento ao beneficiário é efetuado. Outros programas se tornam mais complexos com exclusões de suicídio, morte devido a conflito ou atos da natureza. A exclusão de microsseguro favorita do autor é aquela para segurados que morrerem "durante viagem em um foguete". Quanto maior o número de exclusões, mais complexo será o processo de liquidação.

Uma escala com opções de benefício também torna o produto mais complexo. Algumas microsseguradoras oferecem um benefício adicional (como, por exemplo, indenização em dobro) por morte acidental; a Columna tem benefício especial de morte acidental para alguns tipos de *causa mortis* como, por exemplo, durante viagem na condição de passageiro em um transporte público ou em um elevador, ou em consequência de incêndio em um edifício público, situações em que a importância segurada é multiplicada por três. Nas apólices de morte acidental ocorrem dois problemas. Primeiro, há uma ambiguidade significativa em torno da definição de um acidente, o que pode levar a conflitos no processo de regulação e liquidação – algo que as microsseguradoras sensíveis à questão das relações públicas devem querer evitar. É difícil e desagradável explicar para beneficiários esperançosos que algo que eles enxergam como um acidente ou um acidente especial, não significa nada.

Uma segunda questão nos sinistros por morte acidental é que as pessoas têm um interesse em transformar uma morte devido à doença, em uma morte acidental. As microsseguradoras têm relatado casos de beneficiários que apresentam registros policiais fraudulentos e subornam médicos para obterem relatórios pós-morte fraudulentos. O interesse gerado por uma indenização de sinistros significativa tem levado muitas pessoas a praticarem atividades fraudulentas. O problema é eliminado quando há uma apólice simples de morte, em que qualquer morte conduza a uma indenização comum. A Compartamos, por exemplo, utiliza a propaganda "morte é morte". Com sua parceira no seguro, a Seguros Banamex, ela trata todas as mortes da mesma forma. Apólices com benefícios definidos com simplicidade e procedimentos de sinistros simples são importantes para a eficácia das operações de microsseguro.

A Tata-AIG desenvolveu uma ampla estratégia ao desenhar seus produtos de microsseguro. Seu objetivo é limitar a subscrição cara e concentrar-se na análise dos sinistros. Embora reduza seus custos operacionais, o problema com esta estratégia foi que os produtos eram mal vendidos por agentes interessados apenas nas comissões, que vendiam para pessoas que não eram qualificadas para tais produtos. Quando ocorria um sinistro na apólice destas pessoas, ele era recusado na fase de análise. Isto não cria uma boa impressão da Tata-AIG, nem ajuda a criar uma cultura de seguro.

Em alguns programas mútuos e comunitários, como a ServiPerú, os administradores do sistema descobriram que era importante para os associados limitarem eles mesmos o seu próprio comportamento relativo a sinistros e trabalharam

para aumentar a conscientização entre os segurados sobre os benefícios de prevenir e minimizar os sinistros, de modo que os preços pudessem ser mantidos baixos no futuro. Isto reduz o volume e o valor dos sinistros, permitindo, em última análise, uma possível redução nos prêmios. A abordagem do BRAC para este tipo de limitação em seu seguro saúde é interessante, pois permite a cada segurado apenas uma indenização por ano.

6 Conclusões

Em resumo, vale considerar as seguintes lições e recomendações chave sobre gestão de sinistros que merecem consideração:

- Para serem eficientes, as seguradoras devem filtrar seus controles nas apólices menores, à medida que os esforços necessários para fazer valer os controles podem ser mais caros do que o benefício real.
- O microsseguro eficiente deve ter cobertura definida de forma simples, liquidações de sinistros rápidas e corretas, e controles que possam ser aplicados com facilidade.
- Quanto mais próxima do segurado a indenização está, com mais rapidez ela pode ser paga, embora existam possíveis questões de controle e aplicação de regras de sinistros inconsistentes que precisam ser monitoradas.
- Os sinistros devem se basear na documentação que é adequada para os clientes.
- Os processos completos de microsseguro são mais eficientes e eficazes em termos de custo quando a operação é realizada por intermédio de sinistros, em vez de ser realizada na hora da compra. Entretanto, quando os controles são minimizados para um grande número de compradores de seguro, há uma carga maior de reclamantes de sinistros e um risco de má venda.
- No seguro saúde, o maior benefício dos segurados é quando a seguradora liquida o sinistro diretamente com o prestador de seguro de saúde. Os procedimentos e controles podem ser mais eficazes quando os prestadores de saúde são responsáveis pelo início do processo de liquidação de sinistros.
- Um comitê de recurso de indenizações de sinistros é importante para oferecer aos beneficiários uma oportunidade de ter seus resultados de sinistro examinados e esclarecidos.
- Tanto os agentes de distribuição como as instituições de microsseguro não são sempre os melhores intermediários das necessidades dos clientes e, portanto, as seguradoras devem se certificar que o cliente final esteja satisfeito.
- Sistemas de computador melhoram bastante o potencial de desenvolvimento e a introdução de eficiências, e pode ser o insumo mais importante de processos eficientes, especialmente para as seguradoras do ramo saúde.
- Vale à pena considerar a adoção de um simples folheto para cada cliente que apresente o demonstrativo de taxas e benefícios, a vigência da cobertura, e descreva o processo de liquidação do sinistro.

3.5 Precificação dos produtos de microsseguro

John Wipf e Denis Garand

Os autores gostariam de agradecer a Susanne Daniela Bürger (Munich Re), Dominic Liber (Consultoria Quindiem), M. Francisco Villagrasa e Carlos Martínez Gantes (DVK Seguros), e Ellis Wohlner (consultor da SIDA) pelo feedback valioso oferecido neste capítulo

As companhias de seguro empregam atuários, especialistas treinados na matemática do seguro e em gestão de risco, a fim de calcular o impacto financeiro das contingências para as quais os detentores de apólice fazem seguro. Mais especificamente, o atuário assegura que as taxas de prêmio da companhia sejam calculadas com cautela e que sejam adequadas, que suas reservas para obrigações futuras sejam apropriadas, e que os dividendos de apólice pagos aos seus segurados sejam justos.

Da mesma forma, um programa de microsseguro também deve contratar os serviços de um atuário para obter as taxas de prêmio de seus produtos e ajudar em outros aspectos da administração do sistema. No início, muitas microsseguradoras não-regulamentadas subestimaram o rigor técnico exigido para precificar os produtos corretamente. Muitas vezes, eles se renderam à tentação de duplicar produtos e taxas de um mercado comercial de seguro ou de outros programas de microsseguro, sem considerar as estimativas que estavam por trás das taxas.

O principal objetivo deste capítulo é demonstrar como os produtos de seguro são precificados, e como elaborar e manter bancos de dados de modo que eles possam ser utilizados com a finalidade de precificação e de gestão segura, e destacar alguns bons e maus exemplos de precificação de microsseguro extraídos de estudos de caso. Este capítulo é particularmente importante para sistemas de microsseguro que não estão regulamentados, que assumem seu próprio risco, mas também para organizações que distribuem produtos subscritos por companhias de seguro – caso os canais de distribuição entendam de precificação, lidarão melhor com a gestão dos dados e a negociação com as seguradoras.

A discussão está limitada ao seguro de vida e saúde, embora muitas das questões e pontos apresentados também se apliquem a outros produtos. Não é, de forma alguma, um assunto para ser esgotado neste capítulo – certamente, pode ser escrito um livro inteiro sobre precificação de microsseguro.

Para que as informações sejam proveitosas, partes da discussão devem ser, por necessidade, técnicas – e devem transmitir as mensagens que os profissionais precisam para precificar os produtos corretamente. O exemplo demonstrado no

Quadro 44 é uma ocorrência normal. Os sistemas informais de seguro que não confiam em atuários para precificar seus produtos, inclusive vários deles estão descritos nos estudos de caso, tendem a ser muito cautelosos e muito caros, ou eles precificam o produto por um valor inferior e ameaçam a viabilidade de seu plano – nenhum destes resultados contribui para o sucesso do microsseguro.

Quadro 44

Problemas de precificação

Uma MFI na Índia deu início ao seu programa de microsseguro com um prêmio único para cobertura de seguro de vida de todos os seus clientes. Em fevereiro de 2003, a GTZ patrocinou um treinamento sobre precificação. Quando os componentes da taxa discutidos neste capítulo foram examinados, a MFI percebeu que seu sistema estaria falido dentro de poucos anos. O treinamento ajudou os gestores a entenderem suas necessidades em relação aos dados, como os dados são utilizados na precificação, e que todos os componentes da precificação devem ser considerados na produção de taxas corretas necessárias à sustentabilidade do Gerenciamento das Informações a longo prazo.

Além do impacto direto da precificação sobre a subscrição, é importante observar que uma precificação adequada pode ajudar a aumentar a confiança no produto de microsseguro, enquanto um produto precificado incorretamente pode levar a ajustes bruscos nas taxas de prêmio e a desgaste da segurança no sistema.

1 Exigências de banco de dados para precificação (e gestão segura do microsseguro)

As taxas de prêmio são estabelecidas pelo atuário utilizando os **dados da experiência** que estão disponíveis. Quando um sistema de microsseguro está no início, quando ainda não há dados disponíveis sobre os participantes propostos para se calcular a experiência de sinistros, as estatísticas populacionais e os dados de programas semelhantes precisam ser utilizados à medida que estejam disponíveis. O atuário deve então confiar nas observações e estimativas sobre os participantes e seu plano de seguro proposto ou em andamento, a fim de ajustar as informações no cálculo das taxas de prêmio.

Os atuários preferem utilizar os dados específicos do grupo ou da população a ser segurada, já que isto resultará em taxas mais confiáveis e exatas. A credibilidade dos dados aumenta com o volume. Ao produzir, por exemplo, as taxas brutas de mortalidade de grupo, o atuário considera um mínimo de 10.000 anos vida de exposição[1] como sendo o necessário para que o dado mereça crédito suficiente – uma quantidade menor de dados teria menos credibilidade.

[1] A exposição de um ano vida é equivalente a uma pessoa sendo exposta ao risco de morrer em, exatamente, um ano. A taxa bruta de mortalidade é o número de mortes observadas, dividido pelo número de exposições.

Desde o início então, deve ficar claro que uma das determinantes chave do sucesso a longo prazo dos planos é um banco de dados e um Sistema de Informações Gerenciais elaborados corretamente e com boa manutenção para capturar e filtrar os dados utilizados nas revisões de preço subsequentes. Os principais objetivos de um Sistema de Informações Gerenciais é acumular dados e auxiliar a gestão do plano de seguro de uma maneira profissional, eficiente e tecnicamente prudente. O desenho do banco de dados deve ter como base o modelo relacional de banco de dados, construído com a ajuda dos profissionais de TI, e com entradas de dados partindo de um atuário e dos gestores do plano *(ver Quadro 45)*.

Quadro 45 **Problemas no desenho do banco de dados**

A TYM no Vietnã operava seu sistema de microsseguro há vários anos. Entretanto, o desenho e a manutenção do banco de dados não eram adequados, o que mais tarde veio a dificultar bastante a análise e a redefinição de preço dos produtos. Por exemplo, a tabela do banco de dados relacional com as informações de empréstimo pode não estar associada corretamente à tabela que contém as informações sobre o associado, impossibilitando o cálculo de exposições de risco por idade e sexo.

O microsseguro saúde da Grameen Kalyan mantinha informações detalhadas de cada um dos centros de saúde. Estas informações poderiam ser muito úteis para fins de análise e precificação, caso o número de associação de cada cliente fosse mantido de um ano para outro, em vez de ser atribuído um novo número em cada renovação, ou caso os registros tivessem outro campo de identificação exclusivo para cada associado. Este identificador único teria permitido ao atuário traçar a exposição e os sinistros de cada associado ano a ano.

Fonte: Tran e Yun, 2004; Ahmed e outros, 2005.

É preciso muito cuidado e tempo na fase do desenho do banco de dados, à medida que ele é a base de um bom Sistema de Informações Gerenciais. As tabelas de informações a seguir devem ser incluídas:

a) Informações institucionais e das filiais

Caso o plano esteja atendendo a várias instituições, os detalhes de cada instituição precisam ser mantidos.

b) Informações dos participantes

Quem está coberto? Quais são as características dos participantes? Devem ser incluídas, pelo menos, as seguintes características:

- Chave ou identificador único
- Sexo
- Data de nascimento
- Estado civil
- Número de filhos (campo calculado caso seja mantido histórico do beneficiário e dos dependentes cobertos)
- Nome
- Data da inscrição no plano
- Ocupação/profissão principal
- Residência: urbana ou rural, cidade, município
- Para cobertura de saúde, deve constar no arquivo uma fotografia recente para impressão das Carteiras de Identificação

Estes dados são utilizados para traçar um perfil demográfico do grupo, o que é necessário para projetar futuras tendências de mortalidade. Caso o país tenha um número nacional de identificação, ele pode ser utilizado como o identificador único; caso contrário, o sistema terá que gerar seu próprio número de identificação único que os clientes devem manter durante o tempo que estiverem no plano.

c) Beneficiários e dependentes cobertos

No seguro saúde, alguns dados devem ser os mesmos para cada dependente coberto, incluindo nome, identificador único, sexo, data de nascimento, parentesco com o participante e uma fotografia.

d) Histórico da cobertura

Quais são os detalhes da cobertura? É necessário manter um histórico da cobertura para cada pessoa registrada, não apenas da cobertura atualmente em vigor. Caso seja feita uma alteração na cobertura de uma pessoa, deve ser então criado um novo registro na tabela de histórico da cobertura com a data efetiva da alteração em um dos campos no registro.

Além do monitoramento e para fins de gestão, o principal objetivo de manter um histórico de cobertura é permitir a reconstrução de um histórico completo da exposição de cada pessoa para cada risco coberto, de modo que sinistros estimados possam ser calculados, a fim de serem comparados à experiência de sinistros real (isto será discutido mais adiante). De fato, podem ser desenvolvidos aplicativos de programas de computador para monitorar os sinistros estimados em relação aos sinistros reais em bases contínuas – isto é uma ferramenta poderosa para ajudar os gestores de microsseguro. Por exemplo, no Yeshasvini na Índia, os gestores avisaram que um de seus hospitais credenciados estava realizando, de forma incomum, um grande número de histerectomias. Em investigações adicionais, descobriu-se que o controle no tratamento médico de pacientes não estava correto, resultando no cancelamento do relacionamento com o hospital. A AssEF passou por uma experiência semelhante, conforme descrito no Quadro 46.

Quadro 46

A importância do Sistema de Informações Gerenciais no seguro saúde: A experiência da AssEF

Em seu plano de seguro saúde, a AssEF em Benim monitora a relação entre sinistros reais e sinistros estimados. Em alguns casos, surgem diferenças significativas entre valores projetados e reais. Ao identificar discrepâncias, a administração pode então determinar como tratá-las. Dos resultados de 2004 (ver tabela abaixo), duas questões chamaram a atenção da administração: a taxa alta das consultas de pré-natal e dos serviços de enfermagem.

	Frequência estimada (%)	*Frequência real 2004 (%)*	*Custo estimado*	*Custo médio 2004*
Consultas de clínica geral	107	102,4	392	231
Consultas ginecológicas	10	3,3	1 400	1 525
Consultas de pré-natal	12	33,1	259	368
Consultas de pós-natal	4	0	370	–
Pequena cirurgia em paciente externo	8	1,2	1 694	1 960
Serviços de enfermagem em paciente externo	100	175,9	1 050	1 011
Partos (excluindo cesarianas)	4	3,7	3 360	8 655
Cesarianas	0,5	0,6	35 000	35 000
Hospitalização	10	20,1	2 327	1 373
Procedimentos cirúrgicos (excluindo cesarianas)	2	0	34 320	–
Testes de laboratório	20	58	2 730	2 938
Radiografias	5	4,2	4 865	3 589
Ultra-sons	5	8,1	4 284	4 069
Medicamentos genéricos e essenciais	144	157,1	2 954	2 281

Na AssEF, um período de carência de três meses para novos associados é a principal barreira contra seleção adversa. Esta salvaguarda parece ser suficiente para reduzir o comportamento oportunista com relação a consultas de pacientes externos e hospitalizações; entretanto, isto ainda precisa ser comprovado em termos de serviços de saúde planejados. Por exemplo, ao monitorar os sinistros, a administração identificou um fenômeno de intensa seleção adversa no que diz respeito a consultas de pré-natal (afetando posteriormente os partos em 2005).

Este fenômeno aumentou depois de numerosas desistências que iniciaram em meados de 2004, já que muitas das mulheres que permaneceram no plano estavam grávidas. Medidas específicas puderam ser introduzidas para conter a seleção adversa como, por exemplo, aumentar o período de carência para consultas de pré-natal e de partos. Entretanto, uma decisão foi tomada para usar o fenômeno com objetivos de marketing. Como os sinistros em questão não estavam fora de controle, eles puderam ser utilizados para aumentar a visibilidade do plano, particularmente em um grupo alvo composto por mulheres. A frequência da utiliza-

ção é monitorada com bastante cuidado e as medidas ainda podem ser implantadas no caso do risco de seleção adversa se tornar muito significativo.

No caso de serviços de enfermagem, a frequência da utilização também foi monitorada de acordo com o provedor de saúde, e estes resultados demonstraram que uma determinada clínica tinha uma experiência de sinistro muito maior. Neste caso, ficou claro que o microsseguro acarretou uma mudança de comportamento. Como os beneficiários eram segurados, a clínica pediu que eles voltassem várias vezes durante a mesma enfermidade para receber tratamento; a primeira visita é registrada como uma consulta, e as subsequentes como serviços de enfermagem. A administração procurou a clínica e discutiu a irregularidade nos padrões de tratamento e, com isto, a experiência de sinistro voltou à normalidade. Caso a administração não tivesse monitorado a situação, os sinistros teriam excedido os recursos financeiros do plano e causado, possivelmente, sua falência. Um banco de dados e um Sistema de Informações Gerenciais bem elaborados são de extrema importância para a administração do microsseguro.

Fonte: Adaptado de Guérin, 2006.

e) Histórico do prêmio

Para cada produto, deve ser mantido um histórico de pagamento de prêmio para cada segurado, incluindo os seguintes campos: data do pagamento, valor do pagamento e número do recibo se aplicável.[2] Além de ser necessário para fins de gestão, o histórico de prêmios será utilizado para estudar o padrão das desistências (perda de validade e resgate), que afetarão a precificação de muitos produtos *(ver Quadro 47)*. Nos produtos com características de poupança e acumulação de capital, os valores de desembolso dependerão do histórico do prêmio, considerando que os juros devem ser creditados corretamente.

Quadro 47

Índices de renovação da VimoSEWA

A VimoSEWA na Índia introduziu um novo Sistema de Informações Gerenciais em 2001, que permitiu a ela medir seus índices de renovação. A administração se surpreendeu ao descobrir que a organização tinha um índice de renovação muito baixo – apenas 22 por cento para associados pagantes de prêmios anuais. Ciente do problema, a administração tomou medidas para aumentar o índice de renovação, informando aos associados o preço para manter o seguro e estabelecendo metas de índice de renovação para cada *Aagewan* (promotor de vendas).

[2] Alguns planos de grupo inscrevem todos os associados da organização, como por exemplo, uma cooperativa de leite, e em alguns destes casos, na realidade, apenas os registros de grupos coletivos podem ser mantidos.

É necessário um banco de dados adequado para medir os índices de renovação. O índice de renovação do Ano X equivale ao número de associados que renovam no Ano X+1, dividido pelo número de associados do mesmo grupo que era segurado no Ano X.

Fonte: Adaptado de Garand, 2005.

f) Histórico de sinistros

Quem reclamou os sinistros? Quando eles morreram, ou ficaram doentes ou hospitalizados? Qual é o valor reclamado? Qual foi o custo incorrido, coberto ou não? Qual foi o método de tratamento? Qual foi a *causa mortis* ou hospitalização? Quando foi recebida a reclamação? O que já foi pago, e em que data? Em sinistros do ramo saúde, a causa do sinistro deve ser registrada no formulário CID – Classificação Internacional de Doenças, e os encargos devem ser demonstrados por categoria de benefício.[3] A experiência de sinistros é crucial para os objetivos contínuos de gestão e monitoramento, e também é uma importante fonte de informações para precificação *(ver Quadro 48)*.

Quadro 48

Processamento dos sinistros da VimoSEWA

O Sistema de Informações Gerenciais da VimoSEWA registrava a data do sinistro, a data do recebimento da reclamação na organização e a data em que o benefício foi pago ao associado. Este dado demonstrou que havia grandes atrasos no processamento dos sinistros. Outra análise demonstrou que parte do problema era devido aos associados não saberem como apresentar as reclamações de sinistro. Ciente disto, a VimoSEWA envidou maiores esforços para instruir os associados e reduzir o prazo de ressarcimento dos sinistros. Durante três anos, o prazo de pagamento dos sinistros foi bastante reduzido – de três meses para duas semanas. Os associados reconheceram a melhora no serviço.

Fonte: Adaptado de Garand, 2005.

g) Histórico de normas do produto/apólice

As normas sobre cobertura de cada produto devem ser definidas e mantidas. Embora o histórico da cobertura descrito acima também possa ser utilizado para estabelecer as normas do produto, é muito mais eficaz separar tipos gerais de informações sobre cobertura que não apresentem muita variação entre as pessoas e que as mantenha em um grupo separado de tabelas. Isto é necessário para completar as informações sobre a estimativa de sinistros mencionada acima.

[3] A tabela de CID foi desenvolvida pela OMS e atribui um código para várias categorias de doença. A tabela de CID mais recente está disponível no site da OMS.

Todos os registros devem ser mantidos indefinidamente, seja no banco de dados ou em um arquivo, para experiência acumulada e análise atuarial. Os dados devem ser administrados com cautela, a exemplo de qualquer outro recurso do sistema de microsseguro.

Os atuários valorizam bastante a forma como os dados são coletados e administrados, porque dados errados e incompletos podem ser mais um passivo do que um ativo se mal interpretados. Para assegurar a integridade dos dados e que eles estejam completos, o Sistema de Informações Gerenciais deve ser construído de forma a possibilitar um controle eficaz e um cruzamento completo dos dados. Valores e formatos padrão de código devem ser utilizados para simplificar as dúvidas e melhorar a consistência. Por exemplo, as ocupações dos participantes devem ser selecionadas partindo de uma lista de opções de códigos de ocupação padrão em vez de digitadas toda vez.

Todos os dados também devem ser comparados, quando possível, com outros sistemas independentes tais como o sistema contábil. Por exemplo, deve haver equilíbrio dos prêmios, comissões e sinistros com o sistema contábil ao final de cada período contábil, para que se tenha certeza de que há consistência entre os dois sistemas (o que também é uma conferência de integridade muito útil para o sistema contábil). Além disso, as alterações no banco de dados devem ser monitoradas e confirmadas regularmente com os sistemas manuais.

2 Componentes do preço, fatores chave e metodologia

O principal objetivo de qualquer exercício de precificação é garantir que as taxas de prêmio sejam suficientes para atingir as metas do plano e cumprir suas obrigações durante a vigência, embora mantendo o interesse dos participantes. Nos seguros vida e saúde, as taxas podem variar conforme a idade (estruturado por idade) ou, o que é mais comum, podem permanecer as mesmas para todos os participantes (às vezes descritas como "taxa da comunidade"). Caso sejam utilizadas taxas fixas, é aconselhável determinar uma idade máxima e talvez também uma idade máxima para cobertura (do contrário, provavelmente as taxas serão muito altas, o que virá a afetar o marketing do produto). Uma alternativa para uma idade máxima de cobertura é uma escala de benefícios decrescente para participantes mais velhos.

Vários componentes devem ser considerados ao se estabelecer as taxas de prêmio. Cada componente deve ser calculado com cautela a partir dos dados da experiência e/ou a partir de outras informações disponíveis. Conforme mencionado acima, à medida que determinado dado não esteja disponível, o atuário deve fazer estimativas razoáveis com base em experiência, observações e estudos da indústria, a partir de programas semelhantes.

É muito importante observar que no desenho do produto de microsseguro, métodos de comunicação, práticas de gestão, e muitos outros fatores terão impacto na experiência observada. Nas populações onde a conscientização sobre seguro é baixa, pode levar muito mais tempo para que as taxas de sinistros se

estabilizem e alcancem níveis previsíveis. Por exemplo, mesmo atendendo a uma população segurada semelhante, a experiência de sinistros do Yeshasvini aumentou de Rs. 65 (US$1,43) por segurado no Ano 1, para Rs. 86 (US$1,89) em seu segundo ano de operação. O motivo mais provável para o custo mais alto de sinistro no Ano 2 é que havia uma conscientização maior dos benefícios segurados e procedimentos de sinistros.

2.1 Produtos de vida e poupança

Os principais componentes para precificar produtos de vida e poupança são os seguintes:

a) Taxa de mortalidade

Normalmente, o atuário escolhe uma tábua de mortalidade adequada, elaborada por companhias colaboradoras no âmbito da indústria de seguro, e faz adaptações para o grupo de microsseguro. Na falta de tábuas da indústria, as tábuas de população elaboradas pela OMS – Organização Mundial da Saúde, ou outras tábuas, também podem ser utilizadas e adaptadas para grupos particulares de participantes de microsseguro, embora esta não seja a melhor opção.

A seleção e adaptação da tábua de mortalidade é uma etapa crítica no processo de precificação do seguro de vida. O ideal é que a tábua final seja testada com o banco de dados de participantes, calculando os sinistros estimados e número de mortes durante um determinado período de estudo no passado, e comparando então estes resultados com a experiência real no mesmo período. Esta comparação deve ser feita, se possível, em cada subgrupo de risco, como por exemplo, os grupos definidos por uma combinação de idade, sexo e localização geográfica. Este teste determinará a propriedade do modelo de mortalidade e é possível apenas se o plano acumulou dados confiáveis, conforme descrito anteriormente. O teste da relação entre sinistros reais e estimados pode ser realizado repetidas vezes, até que a escolha da tábua de mortalidade e os ajustes necessários estejam completos. O resultado final é o modelo de precificação da mortalidade do grupo.

Sempre que possível, o atuário deve utilizar um perfil demográfico do grupo segurado futuro ao calcular a taxa agregada estimada de mortalidade, em vez de simplificar o cálculo utilizando uma idade média estimada. A última abordagem não é muito confiável *(ver Capítulo 3.6)*.

O nível de participação é uma consideração importante na elaboração do modelo de mortalidade. **Recomenda-se a participação obrigatória de todos os associados elegíveis do grupo alvo.** Caso a participação seja opcional, a seleção adversa então aumentará, de forma significativa, a taxa estimada de mortalidade.

Outro fator importante é a **tendência estimada de mortalidade**. Com relação a esta questão, o atuário deve levar em consideração a entrada de novos participantes nos próximos meses ou anos. Por exemplo, caso a taxa de crescimento

projetada do plano seja "alta", e caso novos participantes sejam um segmento alvo da população, como empresárias mulheres mais jovens, então a taxa agregada de mortalidade provavelmente cairá ou permanecerá estável durante o período. Ao contrário, taxas de crescimento baixas costumam resultar em uma taxa agregada de mortalidade elevada, conforme as idades do grupo. Em se tratando de taxas estruturadas por idade, a preocupação é menor. Entretanto, para taxas de prêmio fixo, as tendências futuras devem ser incluídas com cautela na mortalidade estimada.

Por exemplo, no plano voluntário da VimoSEWA, a taxa de mortalidade mudou radicalmente em pouquíssimos anos, considerando que uma proporção muito maior de mulheres mais jovens aderiram ao plano, e em face de uma participação mais ampla comparada a anos anteriores *(ver Tabela 26)*.

Tabela 26 **Evolução da taxa de mortalidade no seguro de vida da VimoSEWA**

Ano	*Número de segurados*	*Taxa por mil*
1998	25 000	19,3
1999	31 000	14,2
2000	30 000	12,1
2001	29 000	11,6
2002	93 000	4,3
2003	110 000	3,7
2004	104 000	4,7
2005	117 000	3,2

Fonte: Garand, 2005.

A questão do HIV/AIDS é o fator principal para implementação de mudanças e tendências a longo prazo nas taxas de mortalidade. Em regiões com epidemias significantes, as taxas de mortalidade podem dobrar ou até triplicar, particularmente nas faixas de renda e idade normalmente atendidas por instituições de microfinanças e ONGs da comunidade.

Uma vez completado o modelo de mortalidade, o atuário calculará os **sinistros estimados**, um componente da taxa de prêmio, levando em consideração as características do produto e os benefícios pagos em caso de morte.

Outros produtos, como seguro invalidez ou seguro saúde, também necessitarão de tabelas de precificação, embora baseados em contingências e não em taxas de mortalidade. A maioria das considerações acima ainda se aplica.

b) Taxa de desistência

A taxa de desistência (perda de validade e resgate) é outro fator bastante relevante na determinação do preço. Perda de validade significa que o pagamento de prêmio está em atraso além do prazo de gratuidade (que é normalmente 30 a 60 dias), enquanto um resgate é aviso de cancelamento ou não-renovação depois do prazo permitido para reintegração.

É importante que o atuário seja capaz de elaborar uma tabela de taxas de desistência por idade, sexo e período desde o registro, e da mesma forma, entender qual a proporção destas apólices que perderam a validade que reintegrarão a cobertura dentro do prazo permitido para reintegração. Esta informação pode ser obtida no banco de dados de histórico de prêmio descrito acima.

Dependendo do produto, as taxas de desistência e o padrão também podem melhorar ou piorar a lucratividade do programa de microsseguro. Em todos os produtos, uma taxa alta de desistência aumentará as despesas. Entretanto, caso o produto disponha de um componente de capital ou poupança, do qual se abra mão de uma parcela por meio de um resgate precoce, uma taxa alta de resgate pode então, de fato, melhorar a lucratividade. O atuário pode optar por utilizar algum capital previsto do qual se tenha aberto mão para capitalizar outros benefícios e, portanto, reduzir as taxas globais de prêmio.

c) Carregamento do risco

Atuários utilizam matemáticas de risco para computar um prêmio de risco adequado, o que significa uma **provisão para desvios adversos**, a partir de sinistros estimados além de um prazo curto a médio. Estimativas de sinistros computadas a partir da experiência de sinistralidade e tábuas de mortalidade provavelmente nunca serão exatas,[4] e o carregamento do risco é uma provisão para aumentar a probabilidade de que os sinistros reais não excederão os prêmios líquidos em um prazo pré-definido.[5]

Em geral, a experiência com grupos maiores de participantes homogêneos (em termos de idade, sexo, saúde, ocupação, etc.) e com cobertura idêntica, é menos provável se desviar muito dos sinistros estimados (ou seja, uma variação menor) do que de grupos menores, grupos com participantes distintos, ou grupos com várias opções de cobertura.

d) Carregamento de incerteza

O atuário pode incluir um valor para compensar a incerteza. Em geral, quanto maiores as estimativas a serem feitas, e menos confiáveis e mais escassos os dados, maior será a incerteza.

e) Lucro ou contribuição para o lucro acumulado e capital do microsseguro

Para ampliar o plano, é necessário algum lucro. O lucro desejado pode ser expresso tanto como um carregamento, como um componente separado da taxa líquida.

[4] Tecnicamente, os sinistros estimados computados a partir dos dados podem ser considerados como uma estimativa da média da distribuição exata do total de sinistros.

[5] O carregamento do risco é computado com base em uma probabilidade desejada de ter prêmio líquido suficiente para cobrir todos os sinistros durante um período definido, normalmente de 1 a 5 anos. Um carregamento que garante prêmio líquido adequado com uma probabilidade de 95 por cento, é maior do que um carregamento que garante o mesmo, porém, com probabilidade de apenas 90 por cento, por exemplo.

f) Despesas

As despesas incorridas em marketing, subscrição, pagamento de sinistros, cobrança de prêmio e administração devem ser carregadas na taxa líquida final. Para que isto seja feito de forma correta, é preciso fazer uma análise completa para determinar como as despesas de todo o plano são incorridas, e as despesas devem então ser projetadas e alocadas a vários produtos com base nas despesas incorridas. A alocação arbitrária da despesa resultará em apoio financeiro cruzado de produtos (embora isto possa ser desejado em alguns casos).

Recentemente, o programa de seguro saúde da Grameen Kalyan foi analisado para comparar o prêmio do centro de saúde ao seu custo operacional. A análise demonstrou que alguns centros estavam produzindo um lucro acumulado após levarem em consideração apenas seus custos locais, porém, antes de computar o custo de alocação e depreciação dos equipamentos do escritório principal. A análise futura sobre a precificação de seus produtos deve incluir os custos de todo o programa funcionando.

g) Lucro estimado proveniente de investimento

O lucro estimado proveniente de investimento é utilizado em combinação com as taxas estimadas de mortalidade, a fim de calcular as taxas líquidas do seguro de vida antes do carregamento de despesa.[6] Por exemplo, o Yeshasvini investiu o prêmio anual inicial e lucrou Rs. 2 (US$0,04) por pessoa segurada, o que ajudou a cobrir algumas despesas administrativas. Consequentemente, o atuário precisa considerar como os prêmios em excesso serão investidos antes de serem utilizados para capitalizar as despesas do plano e de sinistros incorridos. Além do mais, o momento e a frequência dos pagamentos de prêmio *(ver abaixo)* afetam o lucro proveniente de investimento, assim como a qualidade, a liquidez e as taxas de retorno dos investimentos escolhidos.

Conforme discutido no Capítulo 3.6, o risco principal na precificação de produtos de seguro a longo prazo é a exatidão das estimativas de lucro proveniente de investimento. Garantias de taxa fixa a longo prazo são especialmente perigosas, caso o ativo utilizado para investir os prêmios (como por exemplo, títulos com prazos de 20 a 30 anos) não seja identificado e comprado na época em que a garantia é dada. As taxas de juros podem cair com uma relativa velocidade, de modo que pode ser impossível investir em ativos que garantam os lucros necessários para capitalizar as garantias de taxa. Uma queda de apenas uns poucos pontos pode acabar levando a uma falência eventual, devido ao efeito do juro composto. Uma solução é associar garantias de taxa a ferramentas de investimento, como por exemplo, títulos emitidos pelo governo ou depósitos temporários, com prazo médio de cinco anos, em bancos comerciais.

[6] Mais precisamente, o lucro estimado proveniente de investimento em combinação com as taxas de mortalidade estimadas é utilizado para calcular o valor presente atuarial dos sinistros estimados, que é então utilizado para produzir as taxas.

h) Desenho do produto

As características do desenho do produto afetam todos os componentes da precificação. Por exemplo, um produto comum é o seguro de vida temporário. Caso a cobertura esteja associada a empréstimos de uma MFI, os riscos cobertos são, predominantemente, vidas de mulheres (as mulheres são a clientela alvo da MFI). Ao garantir também cobertura para cônjuges e filhos de clientes, o *pool* de risco é alterado de forma significativa, especialmente considerando que a maioria dos maridos muitas vezes é mais velha do que suas esposas, e porque os homens, em geral, apresentam taxas de mortalidade mais altas. As características do produto, como por exemplo, **períodos de carência** e **exclusões de doença pré-existente** também são considerações importantes sobre precificação *(ver Capítulo 3.1)*.

i) Momento e frequência de pagamentos do prêmio

Estes componentes precisam ser considerados nas taxas de prêmio. Por exemplo, caso o prêmio anual pago no início do ano de cobertura seja P, o prêmio mensal equivalente é maior do que P/12, por três motivos: 1) as despesas adicionais de cobrança (doze transações ao invés de apenas uma), 2) perda do lucro sobre juros e 3) o fato de que aqueles que vierem a falecer não completarão o pagamento mensal de prêmios.

j) O tamanho do grupo de microsseguro

Isto afeta os níveis de despesa devido às economias de escala, e influenciarão bastante o carregamento de risco necessário discutido acima.

k) Taxas de participação

Estes componentes afetam as taxas de mortalidade, morbidade e as despesas. Uma comunidade com 100 por cento de participação terá despesas de sinistros *per capita* mais baixas do que uma comunidade com apenas 10 por cento de participação. No último caso, há uma interferência da seleção adversa, porque o mais provável é as famílias que acreditam que receberão um benefício se registrarem no mesmo programa de seguro.

l) Crescimento do plano de microsseguro

Este componente, em conjunto com o influxo de novos participantes, é um fator crítico nas tendências de mortalidade. A inclusão de populações seguradas mais velhas ou mais jovens pode alterar, de forma radical, a mortalidade total estimada do grupo.

m) Estabilidade do grupo

É provável que um grupo com taxas de renovação baixas apresente mortalidade e morbidade mais altas, à medida que um elemento de seleção adversa se consolida.

n) Profissões, ocupações e atividades dos participantes
Estes componentes afetam bastante a saúde, as taxas de mortalidade e morbidade e, portanto, os sinistros estimados.

o) Taxas de inflação
Afetam as despesas e talvez os benefícios, dependendo do desenho do produto. As taxas de inflação, em geral, afetam também o lucro proveniente de investimento.

p) Resseguro
Pode ser utilizado para administrar a precificação de alguns riscos. Teoricamente, e considerando um mesmo cenário, o resseguro pode resultar em taxas mais baixas devido às exigências reduzidas de carregamento de risco, porém, depende do desenho do programa de resseguro e da resseguradora. Em muitos casos, o programa de resseguro inclui um custo adicional.

2.2 Precificação do seguro saúde

Muitas das discussões acima também se aplicam à precificação do seguro saúde. Entretanto, há algumas considerações e questões adicionais que fazem da precificação do seguro saúde especialmente um desafio.

Os **custos dos sinistros estimados** são computados utilizando-se uma combinação de taxas de morbidade, incidência de sinistros para cada categoria de benefício, e distribuição do valor de sinistros por categoria de benefícios – os sinistros devem estar separados no banco de dados, porque isto permitirá a precificação em separado de cada categoria de benefício. O ideal é que os custos de sinistros estejam separados por idade, sexo, e área geográfica. Para este propósito, não há nada que se compare a um banco de dados amplo e consistente para estimar as distribuições dos sinistros.

As **taxas de incidência** dependem das taxas de utilização e das tendências de utilização dos segurados – e estes componentes podem mudar, significativamente, em um prazo muito pequeno. A utilização depende das características preponderantes do segurado, incluindo sua saúde como um todo, seu acesso aos serviços, seu entendimento sobre como utilizar os serviços, o respeito com que os serviços são prestados, e muitos outros fatores. Por exemplo, a VimoSEWA introduziu um benefício infantil em seu plano de hospitalização no ano de 2002. Ao analisar a experiência, observou que houve um aumento no número de famílias participando na cobertura de saúde infantil, e que o aumento na participação diminuiu as taxas médias de utilização *(ver Tabela 27).*

Tabela 27 **Experiência de sinistros do benefício infantil da VimoSEWA**

Ano	*Custo de sinistros real por segurado*
2002	Rs. 97
2003	Rs. 85
2004	Rs. 70

Fonte: Garand, 2005.

As **taxas de inflação dos benefícios** são uma consideração chave do seguro saúde – são muito difíceis de prever e, geralmente, muito mais altas do que o IPC – Índice de Preços ao Consumidor. Para reduzir a incerteza na precificação, o produto deve ser projetado com um máximo de categoria de benefícios possível, assim como um total máximo por ano.[7] Por outro lado, alguns produtos podiam seguir a abordagem utilizada pela UMSGF e pelo Yeshasvini, e negociar tarifas fixas de serviços, como por exemplo, cirurgia, com provedores de saúde.

Os **co-pagamentos** têm um efeito enorme sobre as taxas, porque resultam na redução da incidência e em menos internações hospitalares. O banco de dados de sinistros pode ser utilizado para determinar os efeitos das franquias dedutíveis e dos co-pagamentos sobre as taxas de prêmio. Em muitos casos, o pobre hesita em utilizar os serviços de saúde, gerando, efetivamente um co-pagamento ou uma franquia dedutível que estão "encobertos".

O **âmbito geográfico** do segurado normalmente tem um efeito significativo no acesso ao serviço, afetando, portanto a precificação.

3 Técnicas de modelagem

Modelagem atuarial é uma excelente abordagem para planejamento e precificação do risco, desde que capte as numerosas e complexas interações de parâmetros muito diferentes. Os modelos não são um substituto para dados confiáveis, mas permitem ao atuário alavancar os dados disponíveis. Os modelos compreensivos podem revelar questões que, de outra forma, sejam difíceis de imaginar, permitem ao usuário testar ambientes "e se", e podem ser utilizados para monitoramento contínuo e identificação de tendências em evolução. Além disso, um modelo permite precificação de múltiplos produtos ao mesmo tempo.

Por exemplo, o atuário responsável pela precificação pode perguntar: "Qual seria o efeito combinado sobre as taxas de prêmio e a solvência do microsseguro a longo prazo, de 5 a 6 anos a partir de agora, caso o período de carência do Produto A fosse reduzido de um ano para seis meses, e caso a idade máxima para admissão no programa de microsseguro fosse reduzida de 64 para 60, porém, a idade de saída fosse elevada de 65 para 69, e caso fosse incluído um benefício de morte

[7] Um total máximo por ano também limitará o número de sinistros de pessoas ou famílias de risco mais alto em um período definido.

de US$50 para os filhos de associados com idades entre 90 dias e 21 anos?", e assim por diante. Questões desta complexidade podem surgir durante os estágios de planejamento comercial de um programa de microsseguro ou podem ser levantadas pela administração a qualquer momento – um modelo bom pode ser utilizado para teste destes tipos de ambientes.

O modelo deve utilizar o banco de dados atual para avaliar os parâmetros chave. Por exemplo, perfis demográficos, taxas de incidência e taxas de caducidade devem ser atualizadas antes que o modelo entre em operação. As despesas da organização baseadas em experiência passada e em planos comerciais de microsseguro devem ser consideradas no modelo.

A produção de um modelo de qualidade inclui demonstrativos de receita futura, balancetes, e demonstrativos de fluxo de caixa. Estes dados são indicativos naturais e há que se ter cuidado ao limitar sua interpretação. Geralmente, o usuário ajusta as taxas de prêmio e as características do produto até que os demonstrativos projetados pareçam razoáveis.

4 Conclusões

As mensagens chave no capítulo são as seguintes:

- A precificação de produtos de microsseguro é muito técnica e exige a assessoria de um atuário.
- O atuário não precisa considerar o pacote inteiro – mercado alvo, desenho do produto, marketing e comunicação, serviços de administração e sinistros – para fixar um prêmio apropriado. Estes parâmetros devem ser monitorados periodicamente para antecipar as alterações na precificação.
- A precificação exata tem início com um banco de dados de qualidade. O banco de dados deve ser elaborado por um profissional de TI e alimentado por um atuário, a fim de garantir que os dados são relevantes para fins de precificação.
- Os dados, como qualquer outro recurso, devem ser cuidadosamente administrados.
- O seguro saúde é mais difícil de precificar do que o seguro de vida. As taxas devem ser revistas sempre em um prazo de seis a doze meses, porque a utilização e as tendências de inflação podem mudar rapidamente.
- As técnicas de modelagem do microsseguro podem ser utilizadas para precificar produtos com mais exatidão, produzir planos comerciais e identificar tendências em evolução.

3.6 Gestão de risco e financeira

Denis Garand e John Wipf[1]

Os autores agradecem as sugestões e revisões técnicas de David Dror (Social Re) e Carlos Martínez Gantes (DKV Seguros).

A gestão financeira segura é uma das exigências mais importantes do sucesso a longo prazo em seguros. É uma tarefa especialmente complexa porque o volume de ativos de uma seguradora é utilizado como garantia de benefícios futuros que serão pagos caso ocorram eventos segurados.

Muitas microsseguradoras – particularmente aquelas que atuam em comunidade em desenvolvimento – ficam aquém de ter um nível adequado de habilidades de gestão financeira e de risco. Muitas, entretanto, oferecem apenas produtos de risco mais baixo, a curto prazo, embora poucos negociem produtos de risco mais alto, a longo prazo *(ver Capítulo 2.2)*.

O principal objetivo deste capítulo é oferecer uma visão geral sucinta das questões principais sobre gestão financeira que a seguradora deve dominar, assim como oferecer sugestões práticas e importantes sobre gestão financeira específica para microsseguro. Em particular, este capítulo discute: 1) risco do seguro, 2) exigências de capital, 3) reservas, 4) resseguro, 5) gestão de investimento e 6) distribuição de lucros.

1 Os riscos inerentes aos produtos de seguro

Seguro é gestão de risco e, consequentemente, exige um entendimento completo da natureza e do grau dos vários riscos presentes nos produtos que são oferecidos. A maioria destes riscos também é inerente aos produtos de microsseguro. Para que o microsseguro seja sustentável, quatro categorias principais de risco precisam ser administradas e entendidas. A quantificação destes riscos é a base para determinar as reservas atuariais e os valores de capital exigidos para a sustentabilidade de um programa de microsseguro a longo prazo *(ver Quadro 49)*. As quatro categorias principais de risco são: 1) precificação incorreta, 2) depreciação e ausência de ativos, 3) incompatibilidade entre taxas de juros e investimento e 4) contingências gerais e gestão.

[1] As referências a Kasagna Ka (Filipinas) são extraídas de experiências dos autores.

Quadro 49

Definição de reservas atuariais e capital

Neste capítulo, parte-se do princípio que as reservas atuariais refletem o valor presente atuarial dos passivos estimados[2] menos o valor presente atuarial dos prêmios estimados, inclusive das margens apropriadas, conforme determinado por um atuário de precificação. Parte-se também do princípio que estas reservas sejam estimadas para refletirem um passivo no balancete. Além disso, para simplificar a discussão, o termo "capital" neste contexto, inclui lucro retido, lucro acumulado, flutuação de sinistros e reservas de contingência, fundos de garantia depositados nos reguladores, etc. **Isto inclui todos os ativos além e acima daqueles que constituem as reservas atuariais.** Supõe-se que o capital esteja acessível no caso de deficiência em reservas atuariais.

1.1 Risco de precificação

Precificação é um tópico importante do Capítulo 3.5. Conforme indicado no referido capítulo, precificação exige uma projeção exata dos sinistros que se imagina ocorrerão, de preferência com base em dados específicos sobre a experiência.

Muitos programas de microsseguro contam com dados inadequados e inapropriados e, consequentemente, têm dificuldade de obter uma projeção de sinistros exata, o que acarretaria uma precificação equivocada de seus produtos. Em outras palavras, a falta de dados sobre experiência expõe estes programas a um risco de precificação. Conforme discutido no Capítulo 3.5, um bom Sistema de Informações Gerenciais, em conjunto com um banco de dados bem administrado, permite ao atuário responsável pela precificação produzir o custo estimado de sinistros e outros componentes do preço. O capítulo também descreve os elementos específicos de dados que devem ser incluídos no banco de dados.

É importante compreender que os custos de mortalidade e morbidade reais variam conforme idade, sexo, região, condição sócio-econômica e outros parâmetros. Na falta de bons dados e em locais onde o perfil demográfico do mercado alvo não seja bem compreendido, as microsseguradoras que cobram taxas fixas para todos os participantes nos planos de seguro vida e saúde estão expostas a um risco de precificação significativo, na medida em que esta prática exige uma estimativa inerente em relação aos perfis de risco do mercado alvo. Para eliminar a exposição relativa a concepções erradas sobre perfil de risco, seria necessário fixar os prêmios de acordo com idade, sexo e outros parâmetros.

Por simplicidade e apelo popular de mercado, ou devido a exigências legais, como por exemplo, na África do Sul, a maioria dos programas de microsseguro tem seu preço fixado com base em uma comunidade, o que significa que para todos os riscos dentro de um determinado plano é cobrado o mesmo prêmio.

[2] De uma forma bem simples, trata-se do valor do montante estimado a ser pago em diversas ocasiões no futuro devido a contingências, como por exemplo, morte, ou devido à maturidade da apólice, descontado na presente data por meio de taxas de juros específicas.

Consequentemente, o sistema de microsseguro está exposto a um risco de precificação muito maior, à medida que o perfil atual e as tendências futuras na demografia da população alvo passam a ser fatores principais nos sinistros estimados. Muito mais importante ainda, a **taxa de participação** passa a ser uma determinante crucial de sucesso, porque ela, por sua vez, afeta o perfil demográfico dos participantes (um subgrupo da população alvo) e a exposição total do risco.

Em geral, uma taxa de participação baixa resultará em uma exposição de risco muito maior, uma vez que as pessoas mais velhas e de risco mais alto tendem a se registrar primeiro e a participar mais. Ao contrário, uma taxa de participação mais alta significa, geralmente, que uma proporção maior de pessoas de risco mais baixo também está participando. Isto é demonstrado de forma clara pela experiência da VimoSEWA, onde a taxa de mortalidade diminuiu de 19 por mil em 1998, para 5 por mil em 2004 *(ver Tabela 26 no Capítulo 3.5)*. Esta tendência positiva está aumentando o resultado da organização de 30.000 para mais de 100.000 vidas cobertas, e esta participação mais ampla inclui um aumento de associados mais novos.

Um dos riscos de precificação mais comum para as microsseguradoras é produzir uma taxa de comunidade para produtos de grupo com base na idade média de um grupo, em vez de produzi-la com base no perfil demográfico real de acordo com idade e sexo do grupo. A taxa de mortalidade de acordo com a idade média do grupo, por exemplo, não substitui adequadamente a taxa de mortalidade de acordo com o peso, uma vez que a última medida leva em consideração o perfil demográfico do grupo.

Por exemplo, a idade média de 8.500 associados da KSK, uma MFI que opera em Manila, é 39,95, com 98,67 por cento de mulheres. A taxa de mortalidade da KSK utilizando uma idade média de 40 anos é 2,292 por mil por ano, enquanto que, utilizando uma taxa média de mortalidade mais apropriada de acordo com o peso, baseada no perfil idade-sexo da MFI, o resultado é 3,395 por mil. Tendo em vista que a taxa estimada de mortalidade utilizando a idade média representa apenas 67,5 por cento da taxa média de mortalidade de acordo com o peso, se a idade média fosse utilizada como base para produzir a taxa fixa para um produto de vida obrigatório, por exemplo, o produto estaria significativamente subprecificado.

Embora, em geral, haja uma variação nas taxas de mortalidade conforme a região,[3] o parâmetro geográfico é muito mais importante para a maioria dos riscos cobertos pelas seguradoras do segmento não-vida. No seguro saúde, por exemplo, não apenas fazem as taxas de morbidade apresentarem uma variação por região, mas de forma muito mais significativa, o acesso ao tratamento, a forma de tratamento, e os custos do tratamento podem apresentar uma grande variação entre os hospitais.[4] Os custos de sinistros regionais também variam para outros produtos, como por exemplo, os que oferecem proteção contra desastres naturais.

[3] Este fato, geralmente, é aceito pela maioria dos atuários, e ocorre devido a numerosos fatores, como por exemplo, dieta, condições de vida, estilo de vida, práticas culturais, profissões, acesso a tratamento médico, etc.

[4] Em alguns países, como por exemplo, na Índia, os custos de sinistros estimados são maiores nas áreas urbanas do que na maioria das áreas rurais, em parte devido à elevada incidência em decorrência de acesso melhor.

Mesmo se todas as informações corretas estivessem disponíveis para estimar os sinistros, os padrões atuais de sinistros geralmente mudam o padrão estimado na concepção do atuário responsável pela precificação. À medida que sinistros estimados mais altos podem prejudicar seriamente o programa de seguro, é necessária uma determinada quantia de capital no caso do risco ser subestimado. Embora o risco de precificação esteja geralmente presente em todos os programas de seguro, ele é muito maior no microsseguro, desde que os riscos não sejam bem compreendidos pelos atuários.

Outro risco de precificação relevante nos produtos vida e poupança a longo prazo, é a estimativa das taxas de juros. Sinistros estimados, outros benefícios e despesas são descontados de seu valor presente utilizando as futuras taxas de juros estimadas – quanto mais baixas as taxas de juros estimadas, mais alto o valor presente dos custos futuros refletidos nas taxas de prêmio, e vice-versa. O atuário responsável pela precificação pode às vezes estimar uma taxa de juros extremamente otimista para reduzir o valor presente dos sinistros e a taxa líquida de prêmio resultante. Este erro, entretanto, poderia colocar o programa em risco mais tarde, quando as taxas de juros estimadas não forem alcançadas. Por outro lado, o atuário pode ser extremamente conservador, e estimar uma taxa de juros muito baixa levando, portanto, a um preço não-competitivo. Da mesma forma, a estimativa da taxa de risco resulta em um risco de precificação relevante para produtos de longo prazo. Este e outros riscos de precificação precisam ser garantidos por capital extra.

1.2 Risco de depreciação e inadimplência do ativo

A receita proveniente do investimento dos ativos de uma companhia de seguros é uma fonte importante de receita total. Um erro na gestão dos investimentos pode, entretanto, ser uma das causas principais de erro nas companhias de seguros. Um erro comum é a exposição excessiva dos ativos que não geram os pagamentos estimados de juros e dividendos. Isto é conhecido como "risco de inadimplência do ativo".

Nos mercados de capitais, geralmente, a qualidade do ativo é taxada inversamente ao seu lucro prometido; isto reflete a situação que, em tudo o mais sendo igual, ativos com promessa de uma taxa de retorno alta também oferecem um risco de inadimplência maior. Juros altos, muitas vezes, estão associados a coeficiente de risco maior da ferramenta de investimento. Portanto, investidores prudentes podem preferir investimentos mais seguros. Entretanto, um investimento excessivo em ativos perfeitamente seguros pode levar ao desgaste do valor real da carteira ao longo do tempo, uma vez que os lucros não sejam muito maiores do que (ou podem até ser menores do que) as taxas de inflação. Por outro lado, a exposição excessiva a investimentos de alto risco pode levar a uma queda grave no valor da carteira devido à inadimplência do ativo. O desafio de uma boa gestão do investimento é alcançar um equilíbrio entre estes dois extremos por meio de uma política de investimento diversificada. O objetivo é otimizar o lucro proveniente do investimento, mantendo um nível de segurança adequado e o grau de liquidez exigido, de modo que os ativos possam estar disponíveis quando necessário.

A maioria dos planos de microsseguro não acumula ativos significativos, porque fornecem apenas produtos de curto prazo como, por exemplo, seguro prestamista ou seguro saúde. Entretanto, para os que oferecem produtos de longo prazo como, por exemplo, seguro dotal e plano de pensão, é necessário constituir ativos substanciais, à medida que os benefícios serão pagos em um futuro distante. O aumento do lucro acumulado de um programa de sucesso ao longo dos anos pode ser outra fonte significativa de ativos.

Qualquer que seja a fonte, os ativos devem ser investidos e monitorados com atenção. Controles adequados precisam ser adotados para garantir que o capital não esteja sendo desviado para uso pessoal pelos gestores e pelo conselho diretor. As instituições financeiras geralmente adotam as seguintes medidas em sua política de investimento:

- investimentos autorizados
- classes de ativo admissíveis para diversificação
- investimento máximo permitido em qualquer entidade financeira ou em um ativo em particular
- cuidado em relação às pessoas responsáveis pelos investimentos
- procedimento para alterar a política
- exigências de relatório

Mesmo adotando uma boa política de investimento, entretanto, a escolha dos investimentos é muito limitada em muitos países em desenvolvimento, o que também pode acarretar problemas.

Há informações escassas em estudos de caso sobre como os ativos são geridos. Poucas microsseguradoras têm constituído ativos substanciais, embora as exceções incluam a VimoSEWA (Índia), a MBA do CARD (Filipinas), a Delta Cia. de Seguros Vida e a Grameen Kalyan (ambas de Bangladesh). As duas primeiras investiram a maior parte de seus ativos em organizações afins, o que pode acarretar problemas devido ao risco covariante.

Uma microsseguradora na Índia recebeu capital para investir, a fim de gerar receita de juros para cobrir as despesas operacionais. Este capital foi todo investido no mercado de ações. O quadro parece promissor no momento, porque os mercados têm crescido substancialmente nos últimos tempos. Os mercados de ações podem ser extremamente voláteis e é necessário um pouco de sorte para se retirar antes de uma queda brusca.

Em outro extremo, um exemplo de política de investimento excessivamente cautelosa é a política utilizada pela ALMAO no Sri Lanka. Sua estratégia de investimento exige que 30 por cento de todos os ativos sejam investidos em títulos do tesouro, e o saldo em depósitos fixos. Os rendimentos desta carteira estão abaixo da taxa de inflação no Sri Lanka. Ao longo do tempo, isto consumirá o valor real dos investimentos.

Em resumo, diversificar os ativos de forma apropriada por tipos e prazos diferentes de investimento é uma das práticas mais usadas e importantes na gestão do risco de inadimplência dos ativos.

1.3 Risco de incompatibilidade entre taxas de juros e investimento

O risco de incompatibilidade de investimento pode ser demonstrado por um exemplo. Caso uma seguradora ofereça um produto de poupança que garanta que os depósitos duplicarão em cinco anos, esta garantia pode ser cumprida apenas se a seguradora auferir, de forma consistente, um lucro proveniente de investimento de 14,8 por cento. Qualquer produto de seguro que tenha uma garantia de taxa de juros implícita obrigaria a seguradora a compatibilizar o fluxo do ativo com o fluxo do passivo com base na taxa correta do lucro proveniente de investimento. Se isto não for feito, a instituição fica exposta a perdas futuras caso as taxas de juros mudem. Isto é chamado de risco de incompatibilidade de investimento.

Utilizando o exemplo acima, é necessário um rendimento proveniente de investimento maior do que 14,8 por cento durante cinco anos para cumprir as obrigações, cobrir as despesas e gerar um lucro acumulado. Um rendimento maior depende da eficiência e dos objetivos da seguradora. O item abaixo sobre gestão de investimento discute esta questão mais detalhadamente.

1.4 Contingências gerais e risco de gestão

A gestão das operações de seguro sempre precisa ser ativa e profissional. Uma má gestão pode levar à eventual dissolução ou falência. A falta de habilidades e entendimento sobre como operar o programa é um risco substancial para o microsseguro. Este risco também é combinado caso a diretoria não tenha habilidades para inspecionar a gestão. *(ver Capítulo 3.8)*.

Gestão e governança inadequadas talvez seja o maior risco da maioria dos programas de microsseguro *(ver Quadro 50)*. Conforme descrito no Capítulo 3.10, o *benchmarking* pode ajudar a superar alguns dos riscos, embora nem sempre possa ser eliminado. Por este motivo, devem ser envidados grandes esforços para aumentar a experiência dos diretores e gestores.

Tendo os riscos acima em mente, a microsseguradora precisa gerir seus recursos financeiros de forma a cumprir as obrigações em um tempo hábil. Uma função essencial é manter registros contábeis corretos e elaborar demonstrações financeiras, incluindo balancetes e demonstrações de fluxo de caixa.

Quadro 50

Exemplos de gestão de risco

Ao longo dos anos, a ICMIF teve diversos associados que passaram por dificuldades e até fecharam. Um exame de suas experiências, muitas vezes, expõe problemas de gestão e governança, como por exemplo:

Companhia 1 – começou como uma agência para atender às necessidades de várias organizações e negócios afins[5] – agricultura, marketing e finanças – em um país em desenvolvimento com uma economia centralizada e um segurador estadual. Quando o mercado passou a ser livre, a agência foi transformada em uma seguradora pertencente às organizações afins e controlada por elas. A companhia durou apenas cinco anos.

Companhia 2 – foi estabelecida como a primeira companhia mútua depois de uma pausa de 50 anos nas operações do país, em que a indústria de seguros, até a Segunda Guerra Mundial, tinha seguido a tradição da mutualidade. O patrocinador principal é uma organização de lavradores. Um desafio persistente tem sido a competição das sociedades anônimas que vendem produtos a preço mais baixo, particularmente para lavradores. A companhia ainda está lutando para sobreviver – com uma deficiência de capital perene.

Estabelecida em meados dos anos 70, a **Companhia 3** garantia proteção para pessoas de média e baixa renda. O seguro de vida em grupo já era uma promessa, mas a companhia optou pelo seguro de vida individual, que é um produto significativamente diferente. A companhia achou, por engano, que precisava de uma vasta rede de escritórios espalhados pelo país para distribuir o produto. A companhia encerrou suas atividades na década de 90.

Companhia 4 – pertence a um número grande de cooperativas de poupança e crédito e a sua federação nacional. Em conjunto, elas controlaram – e administraram – esta seguradora por uma dezena de anos. Os gestores ficaram para lá e para cá por uma porta giratória controlada pela diretoria, cujas investidas ambiciosas em negócios desconhecidos não os desobrigaram de honrar com sinistros arrasadores.

Fonte: Adaptado de ICMIF, 2005.

[5] O termo organizações ou grupos afins se refere a uma associação organizada de acordo com os princípios cooperativos ou democráticos, como por exemplo, as associações de lavradores, uniões de poupança e crédito, cooperativas de moradia, sindicados e assemelhados.

2 Exigências de capital

Os programas de microsseguro devem objetivar acumular capital para lidar com os riscos discutidos acima. Considerando que, geralmente, as microsseguradoras começam os negócios com capital insuficiente, o atuário responsável pela precificação deve, inicialmente, aumentar os carregamentos de risco e de incerteza descritos no Capítulo 3.5. Estes carregamentos podem ser utilizados para constituir lucro acumulado e reservas de contingência ao longo do tempo. Margens de taxa de juros devem ser utilizadas para reduzir as hipotéticas e estimadas taxas de retorno na precificação de produtos de prazo mais longo – as margens podem ser utilizadas para, pelo menos, capitalizar parcialmente os riscos de inadimplência e de incompatibilidade. As taxas de prêmio também podem incluir um carregamento pequeno para o resseguro de catástrofe, conforme discutido abaixo.

A teoria da ruína matemática pode ser utilizada pelos atuários para descrever o capital necessário para solvência a longo prazo. Na prática, as técnicas de modelagem são superiores e podem ser customizadas facilmente, a fim de que as exigências de capital a longo prazo de determinados programas de microsseguro sejam testadas.

Também há a possibilidade de ter muito capital. Embora alguém possa sempre criar situações que usem todo o capital acumulado, surge então a questão da plausibilidade da situação. Seguradoras comerciais no Canadá são obrigadas a testar a adequação de seu capital anualmente, considerando todas as situações a que a seguradora esteja exposta, e onde haja pelo menos 1 por cento de probabilidade da situação ocorrer.[6] As seguradoras do segmento vida são obrigadas a testar a adequação de seu capital utilizando situações de cinco anos, e as seguradoras do segmento não-vida utilizam situações de dois anos.

A MUSCCO e a MBA do CARD acumularam capital significativo devido a resultados operacionais atuais muito bons. Para a MUSCCO, existe a possibilidade de sinistros futuros mais altos devido a HIV/AIDS e em face da organização não ter mais resseguro, de modo que a acumulação de capital é, com certeza, justificada. A MBA do CARD, por outro lado, possivelmente acumulou muito capital ao longo dos anos. As microsseguradoras como, por exemplo, a MBA do CARD não costumam considerar redução nas taxas de prêmio (ou aumentar os benefícios), e determinam uma estratégia para pagar capital em excesso de forma justa aos clientes e associados.

3 Reservas

A definição técnica mais geral de uma reserva é o valor presente atuarial de obrigações futuras, menos o valor presente atuarial de prêmios futuros. Na prática, exis-

[6] Atribuir probabilidade em uma situação inclui critério profissional por parte do Atuário Chefe da seguradora.

tem muitos tipos diferentes de reservas nas carteiras das seguradoras, geradas pelas características de seus vários produtos de seguro e pela natureza de suas operações.

Como outras seguradoras, muitos programas de microsseguro mantêm reservas para garantir que possam pagar suas obrigações quando as reclamações de sinistro forem apresentadas. Para se obter um quadro fiel da condição financeira de um programa, as reservas devem ser calculadas utilizando métodos atuariais aceitáveis. As reservas devem então estar refletidas nos demonstrativos financeiros; os níveis de reserva são representados como um passivo no balancete, embora aumentos ou reduções nos níveis de reserva devam ser tratados como uma despesa no demonstrativo de receita.

As seguradoras, muitas vezes, utilizam os métodos *proxy* e simplificado para estimar reservas atuariais exatas, embora os reguladores possam prescrever a metodologia e os limites de hipóteses a serem utilizados. Por exemplo, o regulador pode especificar uma tábua de mortalidade e hipóteses de taxa de juros para serem utilizadas na avaliação dos produtos de vida como um todo no relatório anual da seguradora.

Um dos produtos de microsseguro mais comum é o seguro prestamista. No caso do seguro prestamista, o prêmio futuro pago em geral é zero, porque um prêmio único é cobrado pela microsseguradora no momento em que o empréstimo é concedido. Caso o prêmio seja cobrado antes, a prática aceita para cálculo de reserva é a seguinte:

Reservas Atuariais =
Reserva de Prêmio Bruto Não-Ganho + Sinistros Incorridos Mas Não Avisados + Sinistros no Curso da Liquidação + Provisão para Desvio Adverso

Uma boa prática para as microsseguradoras é calcular a Reserva de Prêmio Bruto Não-Ganho na base de empréstimo para empréstimo em cada período de averbação. Isto também se aplica a outros componentes da reserva. A Provisão para Desvio Adverso geralmente é determinada a critério do atuário. O método de cálculo destes valores não é abordado neste capítulo.

Conforme mencionado acima, para se obter um quadro real da condição financeira, as reservas devem ser calculadas de forma exata, e isto é alcançado de uma forma melhor por meio de um bom sistema atuarial que acesse um banco de dados claro e atual. As ferramentas de *software* para cálculo de reservas devem ser programadas por um atuário. Caso um produto tenha mais de um ano de garantia, as reservas devem ser calculadas diretamente pelo atuário.

Calcular as reservas é apenas o primeiro passo. A microsseguradora deve se certificar que as reservas sejam capitalizadas integralmente em todas as ocasiões, e que a gestão dos investimentos que apoiam as reservas seja adequada.

4 Resseguro

Resseguro é uma ferramenta de gestão de risco que deve ser utilizada pela microsseguradora quando possível. Em geral, é utilizada para estabilizar a condição financeira da seguradora. O Capítulo 5.4 trata desta questão bem mais detalhadamente, mas permitimo-nos levantar aqui uma breve discussão, já que resseguro é um aspecto importante da gestão financeira.

Em mercados comerciais, o resseguro é utilizado para atender a exigências legais de capital, ou mesmo como uma fonte de capital para companhias com recursos limitados. Às vezes, as seguradoras compram resseguro com o objetivo de receber assessoria profissional das resseguradoras.

Resseguro não é uma varinha mágica que você pode balançar para transformar uma proposta perdedora em um negócio viável. A condição principal para o resseguro acrescentar valor aos resultados do negócio é que a seguradora tenha um produto viável ou que possa vir a ser viável, caso sejam adotadas as medidas adequadas. Isto exige a manutenção dos registros corretos do segurado, administração dos sinistros, relatórios financeiros e um plano de negócios articulado de forma correta.

Existem vários tipos de risco enfrentados por uma seguradora que podem ser administrados por meio de resseguro. O **risco de catástrofe** é um risco raro e assintomático, como por exemplo, um terremoto ou tsunami, que afeta particularmente a segurança dos ativos e as carteiras de seguro vida. Da mesma forma, uma epidemia importante, como por exemplo, a tão temida gripe aviária, poderia afetar seguradoras do segmento saúde. Uma carteira muito concentrada geograficamente está mais suscetível ao impacto financeiro de uma catástrofe.

Não há definição única e universal da dimensão dos danos que constituem uma "catástrofe"; o termo tem um significado diferente para extremos climáticos, impactos na saúde ou incêndios devastadores. Em alguns casos, a catástrofe é medida em relação ao tamanho da carteira, enquanto em outros, ela pode ser expressa em relação à renda anual da família. Geralmente, um evento catastrófico único pode prejudicar a condição financeira da seguradora devido ao número incomum de sinistros.

A cobertura de catástrofe está disponível para muitas seguradoras comerciais – o prêmio é geralmente muito pequeno em relação à cobertura, devido à probabilidade muito pequena de ocorrência. As resseguradoras podem assumir este risco, porque elas pulverizam o risco pelo mundo, ressegurando em outras resseguradoras. A natureza internacional do resseguro permite que os riscos sejam pulverizados além dos limites nacionais.

O **risco de severidade de sinistros** refere-se a um risco desproporcional no âmbito de um grupo de riscos homogêneos menores. Um programa de seguro prestamista cobrindo 20.000 empréstimos de US$500 e um empréstimo de US$10.000 é um exemplo muito claro e simples. Neste caso, a seguradora deve apenas reter uma parcela pequena de um risco único grande, digamos US$500

de US$10.000, e ceder os US$9.500 restantes para uma seguradora, porque um sinistro deste prestamista em particular causaria um impacto grave, ou mesmo consumiria todo o lucro acumulado do programa. Esta cobertura de resseguro é chamada de resseguro excedente de responsabilidade ou resseguro individual excesso de danos.

Sinistros agregados são afetados pelo **risco de incidência de sinistros**, que é uma flutuação em torno da média da distribuição de sinistros, ou seja, o número estimado de sinistros. Em termos práticos, o valor real dos sinistros é maior do que o valor estimado computado nas taxas. Uma microsseguradora pode administrar este tipo de risco por meio do resseguro quota parte e/ou do resseguro *stop loss* agregado.

Nos planos de pensão ou de invalidez, a **duração do sinistro** ou a probabilidade de alguém cobrar um benefício de pensão ou de invalidez por um tempo mais longo do que o estimado é um risco que prejudica os resultados financeiros. A cobertura individual de excesso de danos pode ser utilizada para administrar este risco, caso esteja disponível.

O resseguro também é utilizado para nivelar **padrões irregulares de sinistros.** Durante um determinado período, como por exemplo, um ano, uma companhia de seguros pode ser capaz de pagar todos os seus sinistros. Entretanto, estes sinistros podem não ser pulverizados de uma forma equilibrada durante o ano, e podem levar a padrões irregulares como, por exemplo, uma enxurrada de sinistros ou um sinistro grande em um mês em particular. O resseguro permite que o ressegurado estabilize suas obrigações em relação aos sinistros e diminua as incertezas de sinistros irregulares. O resseguro também permite que as seguradoras limitem as flutuações ano a ano. Basicamente, o ressegurado contrai um empréstimo com a resseguradora em anos ruins e quita quando sua experiência de sinistro é boa.

Para algumas microsseguradoras, há pouca necessidade de resseguro excedente de responsabilidade ou quota parte. Um exemplo específico disto é quando uma microsseguradora cobre um "grande" número de clientes de "riscos homogêneos" com um simples produto de seguro de vida temporário com cobertura "barata" idêntica para todos. Neste caso, o número de sinistros costuma permanecer estável de um período para outro, desde que o número de sinistros seja grande – em outras palavras, a variação da incidência de sinistros é pequena devido à Lei dos Grandes Números. O número real dos sinistros deve ser próximo ao número estimado de sinistros, no caso da precificação ter sido feita corretamente. Considerando que os valores segurados estimados sejam idênticos para todos os participantes, não há risco de severidade de sinistros (ou seja, variação zero no pagamento de benefício ao ocorrer um sinistro).

Outras microsseguradoras, entretanto, precisam do resseguro excedente de responsabilidade e do resseguro quota-parte, porque elas cobrem um número de vidas relativamente "pequeno" (por conseguinte, apresentam uma variação maior em incidente do que em um grupo de risco maior), ou porque elas dispõem de pouco ou nenhum capital. O resseguro também será necessário caso

poucas pessoas representem uma parcela relevante da importância segurada total. Alguns atuários utilizam uma fórmula de cálculo grosseira, em que a retenção do risco individual não deve ultrapassar 0,5 por cento do capital e do lucro acumulado da microsseguradora. Portanto, por exemplo, no caso de uma microsseguradora com capital de US$100.000 e lucro acumulado de US$20.000, a retenção máxima deve ser 0,5 por cento de US$120.000 ou US$600 – o restante do risco deve ser ressegurado. Esta fórmula é muito simplista, por não levar em consideração o número de risco coberto, e sim fornecer uma indicação inicial.

É muito prudente que as microsseguradoras façam resseguro de catástrofe, caso disponham de recursos e seja vantajoso. Entretanto, um dos principais obstáculos é a relutância das resseguradoras em fornecer resseguro para os planos de microsseguro, porque elas não entendem o mercado de microsseguro. Além disso, muitas microsseguradoras não são legalmente registradas e a resseguradora está restrita a negociar apenas com seguradoras licenciadas.

O estudo de caso na AIG Uganda demonstra a importância limitada do resseguro para alguns produtos de microsseguro. Para esta seguradora, a decisão de não ressegurar é lógica, caso as importâncias seguradas sejam pequenas e incluam 1,6 milhões de pessoas vivendo em uma área geográfica grande. Talvez, a cobertura de catástrofe fosse uma estratégia adequada de gestão de risco para este grupo.

A MUSCCO em Malauí, entretanto, não poderia comprar resseguro mesmo se quisesse, porque ela não é uma seguradora registrada. Consequentemente, embora não pareça vulnerável frente a um risco iminente e súbito de taxas de mortalidade aumentadas, ela constituiu um grande fundo para cobrir o aumento de sinistros futuros, que também poderá cobrir flutuações de sinistros. No caso da AIG, entretanto, o resseguro de catástrofe teria sido aconselhável, se estivesse disponível.

5 Gestão do investimento

Conforme mencionado acima, o objetivo de um bom programa de investimento é otimizar o valor dos lucros provenientes de investimento, enquanto mantém a liquidez e a segurança dos ativos adequadas para cumprir com as obrigações à medida que surjam. Isto é alcançado por meio da diversificação dos tipos de ativos, com um juro máximo sobre qualquer investimento. Muitas organizações definem sua visão de uma política segura de investimento traçando os objetivos, as responsabilidades dos gestores, monitorando relatórios, categorias e tipos de ativos permitidos.

Uma tendência e um erro comuns praticados pelas seguradoras de países em desenvolvimento é o investimento maciço em bens, muitas vezes, em razão da fama ou da esperança (especulativa) de que o valor destes bens aumentará e produzirá um grande ganho de capital. Como regra geral, bens não devem ultrapassar 10 por cento dos ativos investidos, especialmente, considerando que ele é muito ilíquido.

Uma função extremamente importante para qualquer seguradora exposta a obrigações de longo prazo como, por exemplo, seguro dotal e plano de pensão, é compatibilizar o fluxo de caixa positivo antecipado gerado pelos ativos (como,

por exemplo, vencimentos antecipados, ganhos de juros e dividendos) com o fluxo de caixa negativo estimado decorrente de obrigações (benefícios estimados a serem pagos). Isto é conhecido como **compatibilização ativo-passivo**.[7] O objetivo é assegurar que haja compatibilidade entre o padrão e a magnitude do fluxo de caixa futuro, e o padrão do fluxo de caixa negativo. Isto deve ser monitorado constantemente e, na prática, requer uma projeção do fluxo de responsabilidade, que consiste de sinistros e despesas estimadas (por exemplo), que é então comparado ao fluxo estimado de entrada de pagamentos programados de juros e de vencimentos do ativo (por exemplo), em decorrência da carteira de ativo. O ideal é que haja uma compatibilização exata ou quase exata dos dois fluxos, de modo que eles compensem um ao outro. Caso haja uma incompatibilidade relevante nos fluxos, a seguradora terá problemas no fluxo de caixa no futuro.

Corrigir uma situação em que haja incompatibilidade requer uma reformulação dos ativos, porém, isto gera um risco novo: encontrar um ativo com lucro equivalente ou melhor, e de qualidade semelhante. Caso um ativo seja negociado por outro ativo, os rendimentos provenientes do investimento estimados na precificação devem ser retidos.

Outro risco relativo a produtos de longo prazo é o **risco de reinvestimento**. Isto ocorre quando a seguradora assume uma responsabilidade de longo prazo ou uma garantia fixa, mas não tem ativos com o lucro exigido e prazos equivalentes para cobrir a garantia.

Por exemplo, suponhamos que uma microsseguradora prometa um plano de seguro dotal de 20 anos no futuro e o atuário tenha trabalhado com uma taxa de juros hipotética de 6 por cento durante todo o período de 20 anos para determinar a taxa de prêmio. Caso a microsseguradora esteja limitada, por exemplo, a investir em depósitos a termo por cinco anos rendendo atualmente, de forma marginal, um juro maior do que 6 por cento, ele enfrenta um risco relevante de precificação e reinvestimento devido à incerteza nas taxas de juros de reinvestimento à medida que vencem os depósitos a termo por cinco anos. Se os rendimentos sobre o depósito temporário por cinco anos caírem abaixo de 6 por cento nos últimos anos, a microsseguradora pode fechar, dependendo do tamanho da carteira e do grau de compatibilidade. Mesmo alguns poucos pontos de base podem ser devastadores devido ao efeito do juro composto. **A única maneira segura de administrar este risco é compatibilizar as garantias da taxa de juros (tanto valores de juros como prazo da garantia) e os ativos disponíveis no momento em que a garantia é dada.**

Recentemente, o Fundo Provident da MBA do CARD se mostrou inclinado a este risco, porque havia prometido aos associadoss um lucro de 8 por cento

[7] Cada vez mais os modelos de computador são utilizados para produzir carteiras de ativos que sejam mais adequadas às necessidades de pagamentos antecipados. Isto possibilita uma série de situações "e se" a serem produzidas, contrastando com as implicações de várias combinações e hipóteses de ativos.

durante 20 anos sobre seus depósitos semanais em poupança no valor de Php 5. Esta garantia não foi coberta corretamente, porque a organização ficou limitada a investimentos de curto prazo ou investimentos em organizações afins.

A carteira de empréstimo do CARD rendeu uma taxa líquida de aproximadamente 8 por cento no final de 2003, após a dedução de 20 por cento de tributos e despesas sobre investimento. Entretanto, o risco foi reduzido porque os associados deixaram o plano antes que três anos de associação contínua confiscassem sua poupança – a poupança confiscada aumentou o rendimento da carteira e isto cobriu alguns dos riscos de incompatibilidade. O perigo foi que a organização não estava medindo o grau líquido do risco que ela enfrentava na ocasião (e continuará enfrentando até o vencimento das apólices). A organização já havia corrigido este risco e agora estava avisando aos associados que os juros creditados dependeriam dos rendimentos líquidos reais provenientes do investimento.

A Tabela 28 demonstra o possível efeito quando os rendimentos líquidos reais estão abaixo de 8 por cento. O exemplo trabalha com a hipótese de que 100.000 associados depositam PHp 5 por semana durante 1.044 semanas (20 anos,) e então reivindicam seus depósitos com base na garantia de 8 por cento ao ano. O cálculo também trabalha com a hipótese de que a poupança confiscada das primeiras desistências foi computada nos rendimentos líquidos dos 20 anos.

Tabela 28 **Possível efeito de incompatibilidade do investimento no Fundo Provident do CARD – Um exemplo**

Rendimento líquido real em 20 anos (%)	*Valor acumulado real (Php)*	*Pagamento acumulado real (Php) à taxa de 8%*	*Redução acumulada (Php)*	*Redução acumulada (US$)*
8,00	1 241 123 685	1 241 123 685	0	0
7,90	1 226 889 442	1 241 123 685	(14 234 243)	(258 804)
7,80	1 212 836 564	1 241 123 685	(28 287 120)	(514 311)
7.70	1 198 962 701	1 241 123 685	(42 160 984)	(766 563)
7,60	1 185 265 529	1 241 123 685	(55 858 156)	(1 015 603)
7,50	1 171 742 756	1 241 123 685	(69 380 929)	(1 261 471)
7,40	1 158 392 119	1 241 123 685	(82 731 566)	(1 504 210)
7,30	1 145 211 384	1 241 123 685	(95 912 301)	(1 743 860)
7,20	1 132 198 345	1 241 123 685	(108 925 339)	(1 980 461)
7,10	1 119 350 826	1 241 123 685	(121 772 859)	(2 214 052)
7,00	1 106 666 676	1 241 123 685	(134 457 009)	(2 444 673)

Obs.: Php 55 = US$1

6 Distribuição do lucro

Muitos programas de microsseguro de hoje em dia ainda são muito novos para começar a distribuir lucros; de fato, muitos ainda estão lutando para serem viáveis. Outros como, por exemplo, o plano da MBA do CARD, não autorizam o

pagamento de dividendos em face de restrições legais de uma associação mútua de benefício, muito embora estejam em uma posição financeira de devolverem algum lucro acumulado durante os anos.

Antes dos lucros serem distribuídos, deve ser estabelecida uma meta para manter um certo nível de reservas de contingência. O nível desta contingência ou lucro acumulado deve se basear no risco que a seguradora enfrenta. Por exemplo, no seguro saúde, muitas organizações como, por exemplo, a AssEF, têm como objetivo prêmios de seis a nove meses para constituírem reserva de contingência.[8] No seguro prestamista, os níveis das reservas de contingência podem ser calculados utilizando-se a quantificação de capital baseado no risco, ou seja, uma quantificação de capital que associe risco e adequação de capital, conforme praticado pelas companhias de seguros comerciais.

Algumas organizações têm estatutos ou estão sujeitas a exigências legais que determinam a distribuição do lucro com base em uma fórmula. Por exemplo:

- A La Equidad na Colômbia cumpre a lei de cooperativa e aloca 20 por cento dos lucros em educação, 10 por cento em seu fundo solidário, 20 por cento em reservas dos associados, e 50 por cento em dividendos dos associados com base nos prêmios pagos e sinistros pagos.
- A Spandana na Índia utiliza seus lucros em bolsas de estudo para filhos de seus associados.
- O Yasiru no Sri Lanka distribui 40 por cento de seus lucros para os associados com, no mínimo, cinco anos de associação, 10 por cento para um fundo de assistência social, e 50 por cento em um fundo de contingência.
- A UMSFG na Guiné está constituindo reservas até um nível de 75 por cento dos sinistros do ano anterior. Uma vez alcançada esta marca, ela planeja utilizar lucros acumulados em uma campanha de promoção à saúde e melhoria nas instalações de saúde.
- A MUSCCO está considerando a distribuição de lucros para as SACCOs com bom desempenho ou boa experiência de sinistros. Entretanto, o lucro será pago somente quando uma SACCO pagar seus prêmios em dia – um terço das SACCOs estão atrasadas com seus pagamentos de prêmio.
- De acordo com a lei, 90 por cento dos lucros da Delta devem ser devolvidos a seus segurados de seguro dotal, e os 10 por cento restantes podem ser pagos aos acionistas. O microsseguro não é exceção.

No modelo sócio-agente, o agente geralmente trabalha na base de comissão, e os acionistas da seguradora se beneficiam do desempenho total da companhia.

[8] A meta de outras microsseguradoras é uma reserva de contingência baseada nos sinistros pagos em 1, 2, 3,... x anos passados.

Entretanto, há outra forma de estruturar a relação. Por exemplo, o canal de distribuição pode negociar uma parcela excedente com a seguradora, como a Pulse fez com a Madison Seguros em Zâmbia. Neste caso, depois de pagar sinistros, a Madison deduz 30 por cento dos prêmios para suas despesas e divide, então, o saldo meio a meio com a instituição de microfinanças. Esta abordagem parece estar mais alinhada com o espírito do microsseguro, desde que pelo menos uma parcela do lucro acumulado seja devolvida à comunidade. Também é uma prática melhor de gestão de risco para a seguradora, à medida que dá ao agente um incentivo financeiro para produzir uma carteira de riscos de qualidade e não ser indiferente à seleção adversa ou fraude.

7 Conclusão

As principais mensagens neste capítulo são:

- Gestão financeira segura é um dos requisitos mais importantes do sucesso a longo prazo do seguro.
- Seguro é gestão de risco. A quantificação destes riscos, que pode ser feita por um atuário, é a base para determinar o total de reservas e capital exigidos para sustentar o plano.
- Para fins de marketing, faz sentido cobrar o mesmo preço para cada cliente, pelo menos para apólices pequenas; a taxa aplicável deve ser proveniente da média ponderada das taxas de mortalidade ou morbidade, por levar em consideração o perfil demográfico real do grupo no que se refere a sexo e idade.
- O objetivo da boa gestão do investimento é alcançar um equilíbrio entre risco e retorno, compatibilizando entradas antecipadas decorrentes de investimentos com saídas, embora mantendo a liquidez adequada para cumprir as obrigações quando necessário.
- Os produtos de longo prazo são vulneráveis ao risco de reinvestimento. Para administrar este risco, é necessário compatibilizar garantias de taxa de juros (tanto em valor quanto em prazo) com os ativos disponíveis à época em que a garantia foi concedida.
- As microsseguradoras devem contar com políticas de investimentos e controles para garantir que as políticas serão implementadas.
- O resseguro não pode ter uma proposta perdedora e se transformar em um negócio viável. É particularmente adequado a grupos de risco pequeno e a grupos de riscos heterogêneos e de padrões de sinistros irregulares; também é extremamente importante para todos os planos de microsseguro, grandes e pequenos, cobrir o risco de catástrofe.
- O objetivo dos programas de microsseguro deve ser acumular capital para administrar riscos, e apenas distribuir lucros ou lucros acumulados, caso o atuário determine que o plano dispõe de reservas suficientes.

3.7 Desenvolvimento organizacional no microsseguro

Craig Churchill e Richard Leftley

Os autores agradecem o feedback e as sugestões de Toon Bullens (Interpolis), D'Arcy Delamare (CUMIS) e Zahid Qureshi (consultor)

O desenvolvimento organizacional é um esforço planejado para aumentar a eficiência da organização por meio da intervenção nos processos operacionais. A área de desenvolvimento organizacional, surgido na primeira metade do século XX, tem desde então evoluído para enfatizar seu foco em mudanças, a fim de ressaltar a noção de uma organização de aprendizagem.

Warner Burke (1992) destaca que o desenvolvimento organizacional não é apenas algo feito para melhorar uma organização, mas um processo de mudanças planejado para alcançar uma intenção e um resultado, exigindo reflexão organizacional, melhoria do sistema, planejamento e auto-análise. O teórico Warren Bennis (1993) descreve desenvolvimento organizacional como uma estratégia complexa para mudar crenças, atitudes, valores e estruturas das organizações, de modo que elas possam se adaptar melhor às novas tecnologias, mercados e desafios.

De fato, estas mudanças são necessárias tanto para as seguradoras como para os canais de venda, caso eles queiram, efetivamente, oferecer seguro para o pobre.

Uma medida básica do sucesso de uma organização é o quanto ela atende à necessidade de seus clientes e acionistas. As indústrias de serviços dependem da eficiência de seus funcionários da linha de frente, que interagem com o cliente e que também agregam valor a este cliente. Isto, particularmente, é uma verdade em seguro que, como um serviço intangível, muitas vezes não é bem conceituado e entendido. O microsseguro apresenta uma complexidade a mais, porque podem existir diferentes níveis de consumidores como, por exemplo, o detentor de uma apólice em grupo e os usuários finais. Além do mais, à medida que a seguradora e o distribuidor do risco podem ser organizações diferentes, a seguradora pode ter pouco ou nenhum controle sobre os funcionários que interagem com as pessoas cobertas por uma apólice em grupo.

A falta de controle sobre os funcionários da linha de frente, associada a um mercado hesitante e desinformado, necessita de alguma criatividade ao desenvolver, treinar e premiar os funcionários pelas vendas de microsseguro. Este capítulo considera cinco aspectos do desenvolvimento organizacional: 1) estrutura organizacional, 2) recrutamento, 3) treinamento, 4) pagamento e 5) cultura institucional.

1 Estrutura organizacional: Onde o microsseguro se encaixa?

O microsseguro, muitas vezes, é apenas uma pequena peça das atividades comerciais de uma grande organização. Em uma companhia de seguros, pode ser uma linha de produto ou, até mesmo, algumas poucas apólices. Em organizações envolvidas em distribuição como, por exemplo, instituições de microfinanças, o microsseguro tende a ser tratado como um produto financeiro adicional, porém, um produto com menos importância do que os principais serviços de poupança e crédito da organização.

A única exceção em relação a esta caracterização geral é o modelo comunitário *(Capítulo 4.3)*, cujo único propósito é fornecer microsseguro para um grupo definido. Talvez, se o mercado contasse com mais organizações que estivessem somente, ou principalmente, concentradas em fornecer microsseguro, mais energia e atenção teriam sido dispensadas à inovação estrutural.

Em organizações que não estejam envolvidas apenas de forma marginal no microsseguro, ainda há algumas instruções simples e claras sobre como ele pode ser estruturado em uma organização maior – tanto o canal de distribuição como a companhia de seguros – para alcançar os melhores resultados.

1.1 Canais de distribuição

Ao considerar a estrutura do microsseguro em um canal de distribuição como, por exemplo, uma MFI, há que se considerar como ele se encaixa tanto nas estruturas de funções da linha de frente como de apoio.

Escritório principal

Para garantir que é dada a devida atenção ao microsseguro, os canais de distribuição devem ter designado os membros da equipe, ou mesmo um departamento pequeno no escritório principal, a fim de permitir que eles se concentrem no seguro. Obviamente, isto dependerá do tamanho da organização e das funções que o canal de distribuição assumiu da seguradora. Por exemplo, caso esteja envolvido no processamento dos sinistros, este canal de distribuição necessitará de mais pessoal. Em geral, entretanto, quando o microsseguro é apenas uma parte do emprego de uma outra pessoa, muitas vezes é dada pouca prioridade a ele.

Em um canal de distribuição, um departamento de microsseguro atua como uma primeira linha de resposta para dúvidas provenientes dos funcionários de campo e dos clientes. Ele consolida todos os prêmios das filiais e providencia os pagamentos mensais às seguradoras. Atua como um filtro em relação aos sinistros, ao assegurar que eles são válidos e que a documentação está em ordem, à medida que os sinistros passam do campo para a companhia de seguros. A fim de simplificar a administração, muitas vezes o departamento de microsseguro reterá os formulários de proposta de seguro, e somente os apresentará à companhia de seguros no caso de ocorrer um sinistro. O departamento também realiza uma função vital de manu-

tenção de arquivo e pode, por conseguinte, precisar de um arquivista. Além disso, o departamento pode precisar do treinamento de especialistas para fornecer informações e experiência necessárias aos funcionários de campo e clientes.

Na ASA, na Índia, por exemplo, das 350 pessoas que trabalham na MFI, sete trabalham exclusivamente em suas atividades de microsseguro. A ASA precisa deste nível de comprometimento porque a MFI assume responsabilidade pela administração dos sinistros. Caso um agente de vendas antecipe a tentativa de criar uma comissão de corretagem formal, ou mesmo uma companhia de seguros no futuro, ele seria esperto em assumir um papel maior na venda do seguro, em especial, no processamento dos sinistros.

Além de contar com um departamento exclusivo de microsseguro, também é essencial contar com os melhores funcionários na equipe sênior de gestão e na diretoria. Embora estas pessoas não estejam envolvidas no dia a dia das operações de seguro, podem representar e promover o produto no âmbito da administração e governança, dando voz ao seguro em um nível estratégico da organização. Estes funcionários devem receber atualizações regulares do departamento que negocia os riscos.

Estrutura de campo

No caso das operações de campo, existem duas maneiras principais para estruturar as responsabilidades quando o seguro não é o principal negócio da organização. A abordagem mais comum é integrar o seguro nas atividades dos funcionários da linha de frente como, por exemplo, os caixas e os funcionários da carteira de empréstimo. Quando eles estão abrindo as contas poupança ou comercializando produtos de crédito, também podem estimular os clientes a comprarem seguro.

Entretanto, caso as operações da linha de frente cresçam demasiadamente, o recrutamento de um especialista em seguro para atuar na filial pode ser justificado. Por exemplo, quando as operações de seguro nas uniões de crédito que colaboram com a TUW SKOK (Polônia) e com a La Equidad (Colômbia) geram um certo número de apólices por ano, elas empregam um funcionário da união de crédito para trabalhar exclusivamente no seguro. Esta pessoa é treinada para lidar com as questões mais complicadas e solucionar problemas que normalmente os funcionários da linha de frente não podem administrar. Este acordo tende a ter um efeito combinado nas vendas; os prêmios nas uniões de crédito com especialistas em seguro tendem a crescer mais rápido do que nas uniões de crédito que não contam com especialistas.

A opção entre funcionários sem especialização e especialistas no setor não é apenas uma questão de escala. A TSKI nas Filipinas tem mais de 150.000 prestamistas, porém, confia apenas em seus funcionários da carteira de empréstimos para vender seguro. Outro fator envolvido é o tipo de produto. Caso o seguro esteja integrado a outros serviços do canal de distribuição como, por exemplo,

poupança e crédito, e ele nunca é oferecido separadamente, a organização pode não precisar de um especialista em seguro no setor.

Contar com os especialistas também é uma opção correta, caso o produto de seguro seja complexo. Por exemplo, a VimoSEWA (Índia), que oferece uma apólice *basket* cobrindo morte, hospitalização e perda de bens, transferiu a administração de sua campanha anual de mobilização dos organizadores gerais da SEWA para uma equipe de especialistas. Estes *Vimo Aagewans* são líderes da comunidade que aprendem a vender e trabalhar com o produto de seguro. Por meio da especialização em seguro, é de se imaginar que os *Vimo Aagewans* sejam mais eficientes do que os funcionários que não possuem especialização. Devido ao aumento em volume, às taxas de retenção maiores e às relevantes melhorias no serviço pós-venda em anos recentes, parece que esta mudança está começando a surtir efeito, independente de ter resultado em custos de distribuição mais altos, embora os dados ainda não estejam disponíveis para que se chegue a uma conclusão quanto a esta estratégia estar correta.

1.2 Seguradoras

As companhias de seguros que atendem ao mercado de baixa renda também podem querer considerar a criação de uma unidade especial concentrada no microsseguro. Este esforço concentrado permitirá que elas obtenham um melhor entendimento do micromercado e encontrem formas criativas de atender a este mercado. Este não foi o acordo na AIG Uganda, onde ninguém tinha uma visão geral da relação da seguradora com as MFIs, e não havia informações sobre a contribuição das apólices de microsseguro para o lucro da companhia. Consequentemente, houve pouco investimento no produto de microsseguro, quase nenhuma inovação durante seis anos, e falta de treinamento para os empregados das MFIs.

Em contrapartida, a Tata-AIG criou um departamento especial para o Setor Rural e Social, com orçamento e flexibilidade para atuar de forma criativa, e uma delegação de gestão sênior. Talvez resultado da única regulamentação na Índia autorizando a entrada no mercado de baixa renda, este acordo permitiu à seguradora experimentar produtos e canais de venda que pudessem ser mais apropriados ao mercado de baixa renda do que a cobertura de morte acidental e invalidez de sua organização irmã em Uganda.

De acordo com a ICMIF (2005), as estratégias de expansão da Companhia 3 no estudo de caso também demonstram as armadilhas de uma estrutura organizacional errada *(ver Quadro 51)*. Atendendo à população de média e baixa renda, seu seguro de vida em grupo era a primeira promessa, mas a companhia ofereceu um seguro de vida individual, que é um produto completamente diferente. Para vender os produtos de seguro individual, a Companhia 3 criou uma estrutura organizacional que ela, em última análise, não poderia suportar.

Quadro 51 **Desenvolvimento organizacional: O que não deve ser feito**

A **Companhia 1** opera em um país em transição com uma receita líquida anual de prêmio de US$3,5 milhões, 27 funcionários e nenhum centro de serviço, com exceção do escritório principal. No mesmo país, a **Companhia 2** tem uma receita líquida de prêmio de US$5,8 milhões, 210 empregados trabalhando em horário integral, mais 85 em meio expediente, e 23 escritórios regionais com 32 agências de "vendas e regulação e liquidação de sinistro". A **Companhia 3**, em um país em desenvolvimento, tinha (o verbo no passado não se trata de um erro) uma receita líquida de prêmio de US$2,8 milhões, uma equipe de 705 empregados trabalhando em horário integral, mais 825 em meio expediente, e 52 escritórios distribuídos em todo o país.

Mesmo considerando a diferença em produtos, segmentos de mercado e geografia, não é difícil dizer qual é a seguradora que pode prever um futuro estável, qual provavelmente continuará lutando, e qual é o motivo do terceiro ter fracassado. Uma medida básica de produtividade, embora imprecisa, diz tudo: prêmio por empregado. US$129.629 em uma e US$19.66 na outra, e apenas US$1.106 na terceira. Aquela com maior número de empregados também tinha, de forma compreensível, a sobrecarga de despesas gerais indiretas do maior número de pontos de venda.

A Companhia 3, a única com as maiores despesas gerais indiretas que acabou antes de alcançar a maturidade, queria estar próxima de seus clientes espalhados pelo país. Portanto, tinha todas as funções necessárias – subscrição, liquidação de sinistros, cobrança de prêmio e marketing – em cada um de seus 58 escritórios, sem diferenciar serviços de linha de frente de serviços de apoio. Boa na geração de empregos, porém, na melhor das hipóteses, temporários.

Fonte: Adaptado de ICMIF, 2005.

2 Recrutamento: Onde buscar experiência adequada

2.1 Equipe de campo

A classificação e seleção de funcionários da linha de frente envolvidos na distribuição do seguro depende, geralmente, dos critérios de suas responsabilidades principais como, por exemplo, a concessão de empréstimos. O fato de que eles também estarão envolvidos na venda do seguro, raramente afeta a decisão de empregar estes funcionários. Entretanto, as características necessárias para vender crédito diferem, de alguma forma, de vender seguro. Quando alguém contrai um empréstimo, é muito mais tangível – dinheiro na mão – do que a tranquilidade e segurança que estão associadas ao seguro.

Consequentemente, a demanda por empréstimos, geralmente, é muito maior do que para seguro, de modo que os funcionários da carteira de empréstimos não

precisam ter experiência em vendas como exige o seguro. Além disso, o pobre entende de crédito melhor do que de seguro, de modo que não é preciso tanta explicação sobre seu funcionamento. Esta exigência pela educação do cliente pede uma habilidade diferente daquela que um funcionário normal da carteira de empréstimo pode ter.

Caso uma organização esteja interessada em recrutar pessoas apenas para fornecer seguro, pode ser útil considerar o critério de seleção estabelecido pela Tata-AIG para seus microagentes, que se concentram exclusivamente nas vendas de seguro *(ver Quadro 52).* A Tata-AIG também envolve as ONGs – Organizações Não Governamentais, no processo de identificação de candidatos a microagentes, à medida que localmente, muitas vezes estejam em uma posição boa para determinar o quanto as pessoas são respeitadas em suas comunidades *(ver Capítulo 4.5).*

Quadro 52

Critérios na seleção de microagentes na Tata-AIG

Os critérios para seleção de uma líder para o CRIG incluem:

1. Deve ser residente na comunidade em que irá vender as apólices.
2. Deve, de preferência, ter passado do 12º ou, pelo menos, do 10º ano escolar – a fim de garantir que seja elegível para ser licenciada (uma exigência da IRDA).
3. Casada: considerando que o microsseguro é um compromisso de longo prazo para os segurados, uma líder solteira do grupo pode migrar para a vila de seu (futuro) marido, deixando o grupo e os segurados desamparados.
4. Capacidade para escrever em inglês: considerando que a subscrição no escritório principal é feita em inglês, é imperativo que os formulários de proposta sejam preenchidos em inglês.
5. Registro de integridade de boa conduta: administrar dinheiro é uma parte essencial de sua obrigação como líder.
6. Qualidades efetivas de liderança: precisa administrar um grupo de outras quatro mulheres.
7. Capacidade para falar em público: será obrigada a realizar reuniões para promover os produtos.
8. Habilidades de treinamento: considerando ser a única treinada em seguro, ela precisa treinar as outras quatro mulheres.
9. Deve ter uma influência positiva no mercado alvo: cada líder deve ser admirada por sua integridade, ter uma visão de futuro e uma natureza avançada, e ser capaz de utilizar sua influência para permitir que os membros de seu grupo atinjam suas metas.
10. De preferência, deve ter alguma experiência prévia de trabalho na área social.

Fonte: Adaptado de Roth e Athreye, 2005.

Os agentes da MBA do CARD nas Filipinas, chamados de coordenadores, são escolhidos pela associação, ao invés de serem recrutados pela instituição *(ver Quadro 53)*. Da mesma forma, a seleção dos funcionários da linha de frente no modelo baseado na comunidade tem a vantagem de envolver os associados diretamente na decisão de quem irá administrar o plano. No caso deste processo de tomada de decisão ser facilitado de forma adequada, os associados geralmente escolhem alguém em quem confiam, com capacidade suficiente para aprender as tarefas administrativas.

Quando os funcionários da linha de frente se especializam em seguro, pode valer à pena considerar dar mais tarefas especializadas para estes funcionários. Por exemplo, a ServiPerú tem alguns agentes que se concentram em vendas, e outros que cobram prêmios e processam sinistros. Esta divisão de responsabilidades é justificada em face das muitas habilidades diferentes exigidas para estas funções.

Quadro 53 **Funcionários da linha de frente da MBA do CARD**

Os funcionários da linha de frente da MBA do CARD são associados do plano escolhidos por seus pares para ocupar uma função de atendimento ao cliente. Suas atividades incluem verificação e pagamento de sinistros, educação dos clientes novos e atuais, e identificação dos problemas de funcionários ou clientes do CARD. Eles também trabalham com os administradores das sucursais, a fim de garantir que a cobrança e transferência dos prêmios sejam feitas na época devida, assim como no que se refere à obediência à documentação.

De acordo com o último presidente e ex-coordenador da MBA, Pilar Garcia, as tarefas de um coordenador são delegadas a associados confiáveis que ocupam boa posição no CARD. Os coordenadores se comprometem a trabalhar pelo menos um dia por semana nos negócios da MBA, embora as obrigações, muitas vezes, exijam mais tempo. O trabalho inclui horas irregulares, considerando que a análise de sinistros deve ser feita imediatamente para garantir que as indenizações sejam processadas em três dias.

As pessoas são escolhidas para serem coordenadores durante o período de um ano. Embora este período curto exija muito treinamento, o limite de prazo reduz a fraude, à medida que não permite que os coordenadores tenham tempo para ficarem sabidos demais. O mais importante, talvez por envolver muitos associados nas operações de seguro, é que este processo gera mais associados com capacidade de discernimento, melhorando a eficácia na governança da MBA.

Novos coordenadores se submetem a um treinamento com duração de 1 dia durante a convenção anual da associação, que acontece em março; no período entre sua eleição (em dezembro ou janeiro) e o treinamento, eles realizam suas obrigações junto com o coordenador da MBA de sua região que está sendo substituído, ou sob sua supervisão. Grande parte do treinamento ocorre no trabalho, o que é possível pelo fato dos processos de negócios e produtos na MBA serem simplificados.

Fonte: Adaptado de McCord e Buczkowski, 2004.

2.2 Funcionários de apoio

No caso de funcionários da administração e de apoio, em virtude do microsseguro ser um campo novo, as seguradoras e seus canais de distribuição não costumam encontrar muitos especialistas nesse campo. Desta forma, as organizações podem atuar de uma ou duas formas: podem recrutar pessoas inteligentes com experiência em desenvolvimento e treiná-los em seguro, ou podem empregar especialistas em seguro e ajudá-los a entender o mercado de baixa renda.

A Delta (Bangladesh) e a Tata-AIG adotam a primeira abordagem, recrutando especialistas na área social para suas operações iniciais de microsseguro, uma vez que as organizações já contam com especialistas em seguro. Em ambos os casos, as organizações entenderam que precisavam de novas ideias para superar os obstáculos existentes para levar o seguro à população pobre, o que, provavelmente, não se consegue com seguradoras tradicionais. A MBA do CARD, por outro lado, precisava contratar especialistas em seguro para solucionar os problemas criados quando os especialistas em microfinanças estavam no comando das operações de seguro. A SEWA adotou, basicamente, as duas abordagens: ter o resseguro da VimoSEWA administrado por um gerente antigo da SEWA, porém, recrutando alguém do mercado de seguro para o cargo de Diretor de Operações.

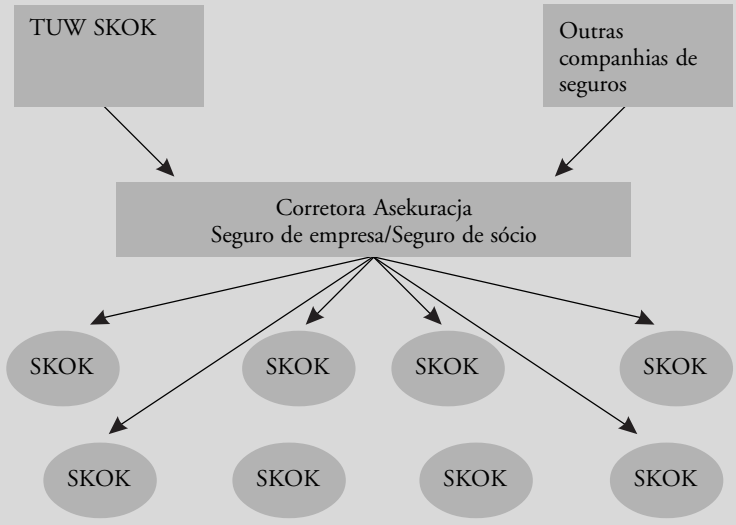
Sem dúvida, as microsseguradoras não precisam ter toda a experiência necessária concentrada dentro da empresa, contanto que elas possam ter acesso a ela. De fato, muitas companhias de seguros convencionais não possuem atuários em seus quadros, porém confiam nos consultores atuariais. A TUW SKOK, por exemplo, utilizou um consultor atuarial durante anos. Quando ele saiu de licença para dar início a uma companhia de seguros de vida associada à sua companhia de seguros de ramos elementares, a organização percebeu que tinha demanda suficiente por serviços atuariais para empregar um atuário; ainda na mesma ocasião, decidiu terceirizar a gestão de seus investimentos, uma vez que os investimentos de seguro de vida demandam uma experiência maior do que ela possuía internamente *(ver Quadro 54).*

Pode não ser viável ou eficaz, em termos de custo, para um provedor de microsseguro manter especialistas em tempo integral. Entretanto, identificar fontes adequadas de experiência nas áreas de desenho do produto, análise das necessidades do cliente, mapeamento de processos, custo do produto, distribuição, resseguro e apoio atuarial, será prudente antes do lançamento de um novo empreendimento de microsseguro.

Quadro 54 **Modelo de terceirização da TUW SKOK**

A estrutura da TUW SKOK é organizada, de forma ampla, em torno de um modelo de terceirização. A agência central neste modelo é a Asekuracja, uma corretora que pertence à TUW SKOK, à NACSCU e à Fundação das Uniões de Crédito da Polônia. A corretora atua como um elo entre as uniões de crédito (SKOKs) e as

companhias de seguros, incluindo entre outras, a TUW SKOK. Em geral, o seguro fornecido pela corretora às uniões de crédito é proveniente da TUW SKOK, porém, como esta seguradora não é licenciada para todos os tipos de seguro, a corretora vai ao mercado aberto quando a TUW SKOK não tem o produto solicitado, emitindo uma proposta de serviços para várias companhias de seguros.



Este acordo permite que a SKOK ofereça produtos como, por exemplo, seguro automóvel, um ramo de seguro para o qual a TUW SKOK não é licenciada. Além do relacionamento com a corretora, a TUW SKOK terceiriza outras atividades chave:

– *Pesquisa de mercado:* A TUW SKOK se responsabiliza internamente por pequenas pesquisas de mercado, porém, terceiriza estudos maiores para uma empresa de pesquisa de mercado.
– *Serviços atuariais:* Quando se tratava de uma seguradora relativamente pequena, a TUW SKOK contratava um consultor atuarial durante poucos dias no mês. Com a compra recente da companhia de seguros de vida, a empresa cresceu, tomando um porte que justifica o recrutamento de um atuário.
– *Desenvolvimento de softwares:* A TUW SKOK é co-proprietária da empresa de *softwares* que desenvolve o Sistema de Informações Gerenciais das uniões de crédito. A H&S Software, localizada no mesmo prédio da TUW SKOK, da NACSCU e da Fundação, também desenvolve alguns dos *softwares* utilizados pela companhia de seguros.
– *Vendas:* Além das vendas da empresa que são terceirizadas para a corretora, a TUW SKOK (via Asekuracja) terceiriza as atividades de vendas do varejo para as uniões de crédito e seus funcionários.

– *Regulação e liquidação de sinistros:* No que se refere a suas apólices de seguro patrimonial, a TUW SKOK confia em reguladores de sinistros independentes para calcular e documentar o dano. No caso de produtos de invalidez, a seguradora também tem uma lista de médicos em quem confiam para determinar o grau de invalidez.

Fonte: Adaptado de Churchill e Pepler, 2004.

3 **Treinamento**

Considerando improvável que as organizações sejam capazes de recrutar pessoas com experiência em microsseguro, elas precisam compensar esta situação fazendo investimentos significativos em treinamento de funcionários. Entretanto, isto não se confirma pela experiência no setor até agora. Os estudos de caso demonstram que o treinamento de funcionários permanece como uma das maiores áreas a ser melhorada.

Uma das principais causas do problema é a predominância dos produtos obrigatórios. Quando o seguro é compulsório, o treinamento é desprezado ou limitado às questões básicas do produto. Esta experiência foi vista com mais clareza quando a FINCA e a AIG Uganda mudaram o seguro de voluntário para obrigatório, e logo depois nem os funcionários nem os clientes tinham, particularmente, uma boa ideia de custos, benefícios ou procedimentos de sinistros (McCord e outros, 2000).

Mesmo quando o produto é voluntário, muitos provedores de microsseguro admitem que o treinamento dos funcionários da linha de frente é um de seus desafios mais significativos. Na Delta, por exemplo, os vendedores de microsseguro aprendem com a prática, sem qualquer treinamento formal. A TUW SKOK, a Columna (Guatemala) e a La Equidad tentam treinar os funcionários da união de crédito, porém a alta rotatividade faz minar seus esforços. Para superar este problema, a TUW SKOK mantém escritórios regionais que são, principalmente, responsáveis pelo treinamento, em geral durante a noite ou nos finais de semana, quando os funcionários da união de crédito não estão ocupados com suas obrigações principais.

A VimoSEWA está levando a sério o desafio com relação a treinamento. Com a ajuda de um especialista externo, ela desenvolveu um plano de treinamento para todos os funcionários. O processo consistia em registrar as habilidades existentes e as que faltavam, e então priorizar as necessidades de cada pessoa. Os *Vimo Aagewans* se concentravam, particularmente, no conhecimento do produto, no processamento de sinistros e nas habilidades de vendas.

Em geral, o treinamento do pessoal da linha de frente deve incluir:

– questões sobre o básico em seguro, conferindo aos funcionários a capacidade de responder perguntas difíceis;
– questões específicas sobre apólices e procedimentos do produto;

- detalhes dos resultados do teste piloto (para produtos novos);
- familiaridade com o manual de operações;
- estratégias para educação adulta, incluindo como utilizar as ferramentas educacionais;
- demonstrações sobre como utilizar os materiais de marketing como, por exemplo, panfletos e cartazes;
- exercícios práticos a fim de dar chance aos funcionários de cometerem erros na sala de aula, e não na frente de clientes;
- treinamento no atendimento ao cliente, e
- um exame para garantir que um nível de entendimento foi alcançado, e identificar aqueles que necessitam de um novo treinamento.

É importante que o treinamento em seguro não seja limitado ao pessoal da linha de frente. Por exemplo, antes do lançamento de um teste piloto, o Opportunity International disponibiliza para os funcionários da carteira de empréstimo, supervisores, contadores, gestores, operadores do Sistema de Informações Gerenciais e chefes de departamento, um dia de curso abrangendo questões do básico em seguro, respostas para perguntas frequentes e questões específicas de como será o desempenho do produto novo. Considerando que o microsseguro é um novo campo, a exposição internacional dos gestores e diretores também é vantajosa, já que permite a eles compartilharem experiências com terceiros envolvidos em planos semelhantes.

Por último, treinamento não é um fenômeno isolado. As microsseguradoras devem aprimorar regularmente as habilidades dos funcionários com o intuito de criar um caminho na carreira que melhorará a manutenção dos funcionários na empresa.

4 Remuneração

O problema de rotatividade de funcionários identificado acima está largamente associado à remuneração. Para que o microsseguro seja viável em um mercado de baixa renda, os custos precisam ser baixos. Mesmo os sistemas de vendas trabalhados intensivamente, que administram grandes volumes de pequenas transações, podem, facilmente, ficar caros. Consequentemente, as microsseguradoras tentam manter os custos de funcionários o mais baixo possível (*ver Tabela 29*), o que pode resultar em alta rotatividade e baixa produtividade.

Tabela 29 **Renda média mensal de funcionários da linha de frente (US$)***

Microsseguradora (País)	*Renda média mensal de Agente*
Delta Cia. de Seguros Vida (Bangladesh)	16
UMSGF (Guiné)	7
VimoSEWA (Índia)	38
Tata-AIG (Índia)	15
MBA do CARD (Filipinas)	11

** Observação: Estes agentes muitas vezes trabalham apenas meio expediente em seguro.*

De fato, uma das questões mais interessantes sobre microsseguro gira em torno dos mecanismos de remuneração adequada dos funcionários de campo e agentes. No seguro voluntário, como uma seguradora se beneficia das vendas para um maior alcance e impacto sem "empurrar" seguro para cima de pessoas pobres? A Delta reconheceu este problema e criou, inicialmente, uma estrutura escalonada de salário com base nos prêmios mensais (média do trimestre anterior). Seu sistema de gratificação progressiva e não linear, pretendia recompensar os que tinham bom desempenho, sem gerar uma pressão forte em relação às vendas. Ainda hoje, depois de um período de vendas ruins, os gestores da Delta estão experimentando uma abordagem apenas de comissão, utilizada pelo plano de seguro convencional para impulsionar a penetração.

Conforme discutido no Capítulo 3.2, haverá sempre perigo de que as pessoas remuneradas para vender seguro voluntário sejam obrigadas a vender produtos que o povo não necessite de fato. Entretanto, o perigo de funcionários de campo não remunerados adequadamente, é que eles também não venderão o produto, ou não se esforçarão para tal, resultando em clientes mal informados ou enganados. A remuneração deve motivar as vendas e garantir o atendimento ao cliente. Para assegurar que as apólices não sejam vendidas de forma incorreta, os gestores devem entrevistar os clientes regularmente, como parte de sua pesquisa de mercado ou seu programa de análise de necessidades, a fim de avaliar o entendimento destes clientes.

Uma questão que está relacionada ao parágrafo acima, é quem deve receber a gratificação – o canal de venda ou os funcionários de campo (ou alguma combinação)? Quando o seguro é obrigatório, não faz sentido recompensar agentes individuais, mas a situação é diferente em se tratando de produtos voluntários. Por exemplo, à medida que a TUW SKOK ainda não esteja em condições de obrigar as uniões de crédito ou seus funcionários a fazerem qualquer coisa, seu primeiro recurso para influenciar o desempenho é por meio de gratificações. Com produtos diferentes, a seguradora tentou formas diferentes de comissões para recompensar as uniões de crédito e os agentes. Embora ainda não haja dados suficientes para avaliar qual é a combinação de gratificação mais eficaz, a TUW SKOK está pendendo mais para as uniões de crédito, e não os agentes indivi-

duais, a fim de obter um apoio maior de gestão para as vendas de seguro.[1] Em contrapartida, a La Equidad está alcançando uma penetração de mercado maior quando os agentes, e não apenas as uniões de crédito, recebem uma comissão. O Yasiru no Sri Lanka paga uma comissão de 25 por cento dos prêmios, 10 por cento para a organização, e 15 por cento para o agente de campo.

Nos produtos de seguro de longo prazo, as comissões muitas vezes são carregadas no início. Por exemplo, a ALMAO no Sri Lanka paga comissões oficiais para seguro de longo prazo *(ver Tabela 30)*. Nesta estrutura de gratificação, existe um risco da taxa de retenção do microsseguro cair, quando a comissão do agente é reduzida. Quando o agente ganha de três a seis vezes mais para inscrever um cliente novo, é muito mais interessante para ele registrar novos associados do que cobrar prêmios de clientes antigos.

Tabela 30 **Comissões (% dos prêmios) sobre apólices de longo prazo na ALMAO e na Tata-AIG**

Ano de apólice	*ALMAO*	*Tata-AIG*
1	30	26 a 30
2	20	5,5 a 6
3	15	5,5 a 6
4	10	4 a 5
5 a 10	5	4 a 5

A Tata-AIG tem uma estrutura semelhante de gratificação decrescente.[2] Estas estruturas de comissão podem fazer sentido quando o carregamento é feito no início, quando os prêmios são pagos por meio de transferências eletrônicas no sistema bancário. No caso de produtos predominantes, após três anos, muitos clientes na Índia pagam prêmios diretamente às companhias de seguros, não por intermédio do agente. Entretanto, quando os agentes estão cobrando prêmios manualmente e a carga de trabalho, consequentemente, é diluída de maneira mais uniforme no decorrer da vigência da apólice, uma distribuição mais uniforme das comissões também estaria correta. Consequentemente, a Tata-AIG está tentando obter do regulador da Índia a concordância para uma estrutura de comissão fixa para seus agentes, a fim de recompensar o serviço em geral, não apenas as vendas.

Em contrapartida, a ServiPerú oferece seguro saúde e seguro de vida renovável mês a mês. Os vendedores ganham uma comissão durante os primeiros três meses de uma apólice com base nas seguintes taxas: 56 por cento no primeiro mês, 28 por cento no segundo mês, e 42 por cento no terceiro mês. A comissão

[1] A TUW SKOK adotou comissões adicionais para atingir um volume inicial. Quando uma união de crédito vende 1.000 apólices, a corretora paga a ela um bônus de US$1.200.

[2] Além disso, a Tata-AIG paga um bônus de Rs. 10.000 (US$222) para os CRIGs que formam uma base de clientes de 600 apólices; não há prazo limite para atingir este objetivo.

no terceiro mês é maior do que no segundo mês, a fim de que os agentes tenham interesse de estimular os clientes a fazerem um orçamento de acordo. Depois do terceiro mês, não há outros pagamentos de comissão para os agentes de venda. Isto é possível por causa da divisão de responsabilidades entre vendas e cobrança de prêmio. Setenta por cento dos prêmios são cobrados de porta em porta, não pelos agentes de venda, mas por um cobrador de prêmios.

Em geral, à medida que as importâncias seguradas são muito pequenas, é difícil os valores de comissão serem altos o suficiente para influenciar o comportamento do agente. A comissão de 10 a 20 por cento, que é uma faixa normal, é relativamente pequena para agentes de microsseguro. Outros técnicos, portanto, também são obrigados a motivar as vendas. Por exemplo, a Tata-AIG organiza uma conferência anual e convida seus microagentes que mais se destacam. A seguradora também concorre de tempos em tempos a fim de aumentar a determinação e estimular novos negócios como, por exemplo, o descrito na Figura 19. Para estimular a competição entre seus agentes, a TUW SKOK oferece um prêmio aos 20 primeiros vendedores, uma viagem para Roma ou Paris com acompanhante (embora também recompense os cônjuges ou sócios pelo apoio e sacrifício).

Ao prever a remuneração no microsseguro, é bom considerar uma **abordagem diferenciada.** A estrutura de salário na Grameen Kalyan é montada com base na distância entre o local de trabalho e a capital – quanto mais longe, mais alto é o salário – estimulando as pessoas a trabalharem em áreas rurais. Já a VimoSEWA recruta seus *Vimo Aagewans* para trabalharem próximo à residência, e paga mais aos promotores urbanos do que aos rurais devido ao custo de vida mais alto. Na ServiPerú, os agentes são classificados em quatro categorias, dependendo do tempo que eles têm de organização e das suas vendas: Executivo Novo, Executivo Júnior, Executivo Master e Executivo Premium. O salário básico mensal varia de acordo com a categoria; o Executivo Premium ganha mais do que o Executivo Master, e assim por diante. Cada categoria tem um número mínimo diferente de planos para vender todo mês: quanto mais alta a categoria, maior a meta.

A partir da experiência da ServiPerú, fixar metas personalizadas para cada vendedor é uma forma apropriada de controlar o entusiasmo exagerado nas vendas, atingindo um padrão de crescimento passível de ser administrado. A VimoSEWA planeja adotar uma remuneração de incentivo baseada em índice de renovação, metas de vendas e número de pacotes para família vendidos. De fato, os incentivos que compensam a manutenção e a determinação do cliente costumam ser mais apropriados ao microsseguro do que incentivos mais pesados associados a vendas.

Figura 19 **Prêmios por vendas na Kharif Hungama**

5 Cultura institucional

Embora o microsseguro tenha que obedecer aos mesmos princípios básicos do seguro tradicional, precisa fazer isto com uma excelente avaliação das características únicas de seu mercado alvo, em particular a resistência das famílias de baixa renda em gastar seus tão limitados recursos em algo que não dá um benefício tangível. A cultura de uma microsseguradora tem que casar com uma questão social, com uma avaliação do ponto principal.

Qualquer organização cujo objetivo seja atender a ambos os mercados, o pobre e o dominante, precisará tomar atitudes positivas para garantir que seus funcionários de campo estejam atendendo ativamente aos segmentos mais pobres. Os incentivos baseados no volume de vendas sempre recompensarão aqueles que vendem apólices de valores mais altos, de modo que os funcionários serão tentados a vender poucas apólices, porém, de valores mais altos, em vez de muitas apólices de valores menores. Uma forma de superar esta situação é dividir as forças de vendas com padrões e sistemas de recompensa diferentes para segmentos diferentes de mercado. Os meios de distribuição também diferem, com os clientes mais pobres necessitando de visitas de campo mais frequentes, e segmentos mais ricos necessitando de menos contatos, porém mais longos, normalmente em um escritório. A combinação de atendimento ao pobre com atendimento ao não tão pobre será difícil, salvo se a diretoria e os gestores estiverem totalmente comprometidos com o atendimento ao mercado de baixa renda.

Este híbrido de seguro e desenvolvimento social foi reconhecido com clareza na Delta, que procurou criar uma cultura diferente para suas atividades de microsseguro. Ela separou completamente os funcionários de microsseguro dos funcionários de seguro de vida, tanto no campo como no escritório principal, a fim de criar ambientes de trabalho distintos. Uma reflexão chave das diferentes culturas fica evidente nas responsabilidades dos funcionários de campo. Os trabalhadores de campo no microsseguro, conhecidos como "organizadores", administram toda a relação com o segurado, inclusive cobrança de prêmio, empréstimos, quitações de empréstimos, e sinistros, enquanto os agentes de seguro de vida que trabalham na base de comissão, desempenham, principalmente, a função de vendas.

Outras manifestações da cultura do microsseguro incluem:

- **Construção da relação:** O microsseguro exige que os funcionários de campo se concentrem mais na construção da relação do que nas vendas. A Delta e a VimoSEWA estruturaram suas atividades de modo que os agentes sejam responsáveis pelas vendas, assim como pelo atendimento. Esta ênfase pode ser reforçada por meio de gratificações baseadas na manutenção do cliente.
- **Serviço pós-venda:** A VimoSEWA enfatiza o serviço pós-venda, garantindo que os associados saibam o que está coberto e recebam qualquer assistência

que necessitem ao preparar a documentação de sinistros. Estima-se que os custos mais altos destas atividades sejam compensados pelo aumento no índice de manutenção do cliente.

– **Processamento de sinistros:** Muitas seguradoras convencionais encontram formas de desencorajar os segurados a apresentar sinistros menores, os chamados inoportunos, especificando exclusões, incluindo franquias dedutíveis, dificultando o processo de documentação de sinistros, cobrando uma taxa de serviço de sinistros ou impondo um aumento gradual nos prêmios em relação ao número de sinistros apresentados. No microsseguro, os provedores precisam aumentar a confiança no mercado de seguro, minimizando as exclusões, facilitando a apresentação de sinistros válidos e ainda procurando beneficiários que não têm noção de que podem apresentar uma reclamação de sinistro.
– **Recusas de sinistros:** As microsseguradoras precisam minimizar a probabilidade de recusa de sinistros. Caso os parceiros de seguro da VimoSEWA recusem um sinistro que julguem deva ser pago, eles assumem a responsabilidde por estes sinistros extracontratuais. Caso os sinistros tenham que ser recusados, as microsseguradoras precisam encontrar uma maneira de comunicar este resultado, de forma que a decisão seja aceitável para o reclamante. Por exemplo, para diminuir o impacto de um sinistro recusado, a VimoSEWA pode mandar os funcionários de campo explicarem as razões da recusa aos associados e à comunidade, enquanto tenta fortalecer a confiança e segurança no plano.

Talvez esta cultura do microsseguro seja mais fácil de ser criada em uma companhia mútua de seguros ou em um plano baseado na comunidade, do que em uma companhia privada, voltada para o lucro. Por definição, a intenção dos planos pertencentes aos associados é maximizar os benefícios dos associados, e não os lucros dos acionistas e, consequentemente, costumam ter uma duração maior ao fornecer um serviço de microsseguro adequado. E mais, quaisquer lucros gerados são devolvidos, diretamente ou indiretamente, aos segurados.

6 Conclusões

Para o microsseguro dar a mais pessoas melhores serviços a longo prazo, seguradoras e canais de venda atuais e futuros precisarão considerar suas crenças, atitudes, valores e estrutura. Devido à grande escassez de boas práticas, este parece ser um ambiente significativo para melhoria nesta área. O desenvolvimento organizacional do microsseguro é uma prioridade, e os tópicos a seguir devem ser levados em consideração:

– O microsseguro exige seu próprio espaço na estrutura organizacional de ambos, seguradoras e canais de distribuição, a fim de assegurar que há pessoas comprometidas em fazer o trabalho da melhor forma.

- O comprometimento do gerente sênior e da diretoria é providencial para o sucesso do microsseguro.
- Terceirização pode ser uma forma efetiva de ter acesso à experiência em (micro) seguro.
- Tanto as seguradoras quanto os canais de distribuição, ao introduzirem o microsseguro, consideram as implicações que ele pode ter na descrição existente sobre as atribuições de cargo e os critérios de recrutamento.
- Uma ênfase maior deve ser dada ao treinamento dos funcionários, particularmente dos funcionários de campo. Uma forma de testar a eficácia do treinamento é avaliar, independentemente, o conhecimento que o cliente tem sobre o seguro e os produtos depois de interagir com os funcionários.
- A remuneração e os incentivos que compensam a manutenção do cliente costumam ser mais apropriados ao microsseguro do que os incentivos pesados associados às vendas.
- Uma cultura de microsseguro precisa levar em consideração as características do mercado alvo. Deve enfatizar com veemência a construção da relação e o serviço pós-venda, enquanto garante que a organização reduza ao máximo os atrasos e as recusas de sinistros.

3.8 Governança

Zahid Qureshi

O autor gostaria de agradecer a Hans Dahlberg (ICMIF), Klaus Fischer (Universidade de Laval), Augustine Hatch e John Pott (Agência de Microfinanças Aga Khan), e Frank Lowery (The Co-operators Group), pela revisão neste capítulo, e pelas observações e detalhes que acrescentaram profundidade e valor a este estudo sobre governança corporativa no microsseguro.

Governança é o ato de planejar, influenciar e monitorar, através de diretrizes, os acontecimentos e o destino de uma entidade. Envolve sistemas e processos assegurando a responsabilidade na prestação de contas e transparência na conduta de seus negócios, seja a entidade um país, uma comunidade, uma empresa ou outra organização. A governança inclui o exercício de poder e a tomada de decisão que refletem os interesses daqueles que tenham participação na entidade e daqueles com quem a entidade interage, ou sobre quem ela pode exercer influência.

No plano organizacional, governança se refere às ações de seu conselho diretor – o grupo oficial de pessoas, eleitas e nomeadas, que estabelecem e supervisionam o destino da organização a longo prazo. Como em outras empresas, os sistemas de microsseguro não atingirão pleno sucesso sem uma boa governança. Entretanto, é difícil obter boa governança por parte dos provedores de microsseguro, e ela será alcançada de diferentes formas, dependendo de sua estrutura de domínio.

O presente capítulo começa com a apresentação do conceito de governança em geral e a descrição de suas características inigualáveis no contexto do microsseguro. Abrange as questões importantes de composição e experiência do conselho diretor. Grande parte do capítulo é dedicada à descrição de cinco estudos de caso que ilustram exemplos de governança no microsseguro.

1

Governança no microsseguro

Há algo singular ou especial sobre governança de uma organização incluída no microsseguro? A resposta é sim e não. Não, porque governança corporativa, assim como gestão, possui princípios e objetivos essenciais que se aplicam a uma empresa multinacional ou a uma organização comunitária *(ver Quadro 55).*

Quadro 55 **O que é governança corporativa?**

Governança corporativa envolve um conjunto de relacionamentos entre os gestores de uma companhia, sua diretoria, seus acionistas e outras partes interessadas. Governança corporativa também fornece a estrutura pela qual são estabelecidos os objetivos da companhia, e a partir daí, determinados os caminhos a serem seguidos para atingir estes objetivos e monitorar o desempenho. A boa governança corporativa deve fornecer incentivos adequados para que a diretoria e os gestores sigam os objetivos de interesse da companhia e de seus acionistas, e deve facilitar a eficácia do monitoramento. Além disso, fatores como, por exemplo, ética comercial e consciência societária quanto aos interesses da empresa e interesses sociais das comunidades onde a companhia opera, também podem ter, a longo prazo, um impacto sobre sua reputação e seu sucesso.

Fonte: Adaptado da OECD, 2004.

E novamente não, porque a governança de seguradoras e de microsseguradoras inclui responsabilidade social da organização (*CSR – Corporate Social Responsibility*) associada a objetivos comerciais. Hoje em dia, alguns relatórios anuais não apregoam, nem buscam avidamente um lucro final triplamente maior em benefício do consumidor, da comunidade, e também do acionista.

A governança no microsseguro é diferente porque a microsseguradora não pode, simplesmente, prescindir de sua CSR por um bom programa ou projeto. A CSR está no cerne do microsseguro, e seu conselho diretor deve assegurar que uma perspectiva social ou de desenvolvimento esteja ligada aos objetivos comerciais para sustentar a organização. Proteção social, o outro lado do microsseguro *(ver Capítulo 1.1),* está sempre presente e não pode ser deixada de lado para uma atenção eventual.

A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (*UNCTAD – United Nations Conference on Trade and Development*), em seu estudo "Questões Abordadas em Governança Corporativa", descreve os principais elementos de governança a partir de várias definições. Partindo da perspectiva financeira, um princípio da governança corporativa é que ela deve garantir aos provedores de capital, um retorno sobre o investimento que seja adequado. Mais capital ajudará a companhia a aumentar seu potencial, caso seus mecanismos de governança produzam um bom lucro para os investidores. Esta definição aplicada ao microsseguro deve englobar não apenas os lucros financeiros sobre o investimento, como também os lucros sociais. De fato, os provedores de capital dos sistemas de microsseguro, incluindo os segurados nos sistemas societários e mútuos, querem ter a prova de que o sistema permite às famílias pobres serem menos vulneráveis.

Outra forma de definir governança talvez seja considerar o **mandato** do conselho diretor, órgão responsável pela orientação da instituição para cumprimento de sua missão enquanto empresa, pela proteção dos ativos da instituição ao longo do tempo, e pela garantia de respeito às leis, às normas e aos regulamentos que regem o tipo de negócio da empresa. O conselho diretor determina a direção estratégica da organização, assegura o cumprimento de todas as exigências legais e reguladoras (incluindo quaisquer códigos de prática da indústria para a qual ela contribui), e realiza uma função fiduciária ou de gestão para proteger os ativos da instituição. No cumprimento deste mandato, o corpo diretor não conduz e dirige uma microsseguradora com eficiência, sem que esteja atento aos pré-requisitos universais de governança *(ver Quadro 56)*.

Quadro 56 **Os quatro pilares da governança**

1. **Imputabilidade**, ou a capacidade de exigir que os funcionários prestem contas de suas ações.
2. **Transparência**, envolvendo acesso de baixo custo a informações relevantes e substanciais.
3. **Previsibilidade**, decorrente, principalmente, de leis e regulamentos que sejam claros, conhecidos previamente, e aplicados de forma uniforme e eficaz.
4. **Participação,** necessária para obter informações confiáveis e atuar, na realidade, no controle e vigilância da atuação tanto do governo como da empresa.

Fonte: Adaptado do ADB, 1997.

Um dos maiores desafios da governança é entender o **limite entre gestão e supervisão**. O conselho diretor determina o rumo estratégico; a gestão é responsável pela implementação de um programa de atividades para alcançar este rumo. Na prática, entretanto, muitas vezes fica confuso estabelecer a diferença entre gestão e governança, em detrimento de operações bem sucedidas – geralmente com alguns membros do conselho diretor ultrapassando o limite da área de responsabilidade da gestão, ou a gestão perseguindo um rumo estratégico sem conhecimento ou aprovação do conselho diretor.

2 Composição e experiência do conselho diretor

Outra característica distinta de governança no microsseguro é que ela pode ocorrer dentro de uma escala de diferentes modelos institucionais e de venda, conforme descrito na Parte 4 deste livro. Cada modelo apresenta desafios específicos de governança, particularmente no que diz respeito à composição e experiência do conselho diretor.

Seguradoras que estão no mercado para atender às famílias de baixa renda – seja por conta própria ou em parceria com canais de venda – provavelmente este-

jam entrando em mares nunca dantes navegados. Invariavelmente, a eficiência de um conselho diretor depende da combinação de diretores, de suas experiências, de seu apetite pelo risco, de seus princípios e de sua proposta de trabalho. Presidente e diretor executivo devem, em conjunto, assegurar que os funcionários nomeados para o conselho diretor tenham uma experiência que complemente a experiência dos outros diretores, e não uma experiência que os diretores já tenham, e que tal experiência será adequada à direção da organização. Por exemplo, caso o microsseguro seja um rumo estratégico importante, o conselho precisará de orientação para atender às necessidades especiais e o comportamento de compra do mercado de baixa renda, e daqueles que tenham voz ativa no conselho para equilibrar a orientação comercial natural da seguradora.

Microsseguradoras de cooperativa, mútuas e outras de cunho popular apresentam uma vantagem sobre seguradoras societárias, porque estão mais próximas e acostumadas ao mercado alvo e, muitas vezes, elas próprias são o mercado alvo. Entretanto, o foco social natural das microsseguradoras deve estar equilibrado com uma orientação comercial. Especialistas em desenvolvimento que ajudaram a estabelecer programas de seguros mais populares em uma quantidade de países ao longo dos anos, apontam o **treinamento em liderança** como um fator chave. Trata-se de um eufemismo para dois itens do "espaço para melhoria" que eles encontram entre muitos organizadores e diretores eleitos de provedores de serviços financeiros básicos:

a) conhecimento técnico, e
b) âmbito das responsabilidades de membros do conselho.

Exceto aqueles que sejam eleitos ou escolhidos pela formação e experiência em serviços financeiros, os membros do conselho de organizações mais populares não possuem mais do que um conhecimento superficial sobre seguro. Eles também demonstram liderança, mas isto se deve mais por uma razão ou crença populista, do que por um conhecimento profundo de serviços financeiros.

Um conselho diretor que não possui o conjunto adequado de habilidades e experiência, não apenas significa um perigo para uma organização, como é potencialmente fatal. Muitas organizações populares, dentre elas as cooperativas financeiras, se esforçaram e fracassaram por falta de habilidades necessárias das pessoas que dirigiam estas organizações. Seus gestores não possuíam elementos técnicos do negócio e os membros eleitos para o conselho diretor tinham muita ideologia, mas não tinham mais do que uma pequena dose de tino comercial.

Mesmo quando em alguns casos a intenção inicial do conselho diretor era contratar um gestor tecnicamente capacitado, a intenção era manter este gestor sob "rédeas" curtas, com conflitos frequentes, levando, em pouco tempo, à saída ou à demissão do gestor (ver ICMIF, 2005).

Ainda que os desafios da governança para organizações de microsseguro societárias e populares pareçam completamente diferentes, eles têm em comum três questões chave. Primeiro, para ser bem sucedida, uma empresa precisa de um **vencedor**. Todo conselho diretor envolvido em microsseguro pode ter como membro, pelo menos, um empresário vencedor – isto ocorre particularmente quando o microsseguro é apenas um produto ou conjunto de atividades em que a organização esteja envolvida. Estes diretores também precisam de outros membros com bom tino comercial, como também precisam estar cientes de suas próprias responsabilidades para atuarem em conjunto com este vencedor.

Segundo, **diretores externos** podem trazer a experiência que um conselho diretor pode estar necessitando. Isto é particularmente relevante, caso o microsseguro seja completamente diferente dos principais serviços da organização, ou o mercado alvo seja muito diferente. Um diretor externo independente não representa um acionista em particular, porém, possui experiência e habilidades relevantes para ajudar a traçar as diretrizes do conselho diretor. Em situações onde a estrutura legal ou societária não permita diretores externos, esta função pode ser exercida pelo comitê consultivo.

Terceiro, os membros da diretoria precisam saber o que pretendem fazer. Embora isto pareça óbvio, nem todos os diretores estão cientes de suas responsabilidades e como devem cumprir estas responsabilidades. Treinamento intensivo de novos diretores, com atualizações regulares sobre as questões de governança, é essencial. Um bom começo é uma "**descrição das atribuições do cargo**" *(Quadro 57).*

Quadro 57

Responsabilidades do conselho diretor

- Estabelecer e rever as metas e os objetivos de longo prazo da organização;
- Com recomendação e participação dos gestores, desenvolver políticas e planos cuja implementação determinará a natureza fundamental e o rumo da organização;
- Assegurar o desenvolvimento, a análise, aprovação e avaliação do processo de planejamento da empresa;
- Manter a continuidade de uma organização viável que venda produtos e serviços necessários aos associados e segurados, e que seja administrada em prol de seus melhores interesses;
- Assegurar representação e envolvimento adequados de patrocinadores e outras organizações;
- Supervisionar o papel dos gestores, assegurando a observância das leis e estatutos que regem a organização;
- Delegar os aspectos específicos de tomada de decisão aos comitês da diretoria; e
- Assegurar a continuidade da gestão.

Fonte: Adaptado do Co-operators Group, 2005.

Por exemplo, nem todos os membros da diretoria têm consciência de que sua posição envolve **responsabilidades legais** e obrigações relativas à gestão da organização, que podem ser considerados responsáveis por abuso ou negligência no que se refere a seus deveres legais, e que precisam declarar um conflito de interesses caso eles próprios (ou parentes, empresas associadas ou amigos) se beneficiem financeiramente, diretamente ou indiretamente, de quaisquer decisões ou atos. As decisões relativas à outorga de contratos a terceiros devem ser tomadas de maneira objetiva e com isenção de interesses – e serem entendidas como tal.

Além de estarem cientes de seus próprios conflitos de interesses, os membros da diretoria precisam tomar conta das **relações com organismos externos**, incluindo entidades e associações de inspeção, governamentais e da indústria. Precisam levar em consideração os efeitos das decisões e propostas no que se refere a clientes, fornecedores, consultores e associados, porque a governança corporativa também deve se preocupar com os impactos fora da companhia.

Escândalos recentes envolvendo conselhos diretores de algumas empresas importantes têm colocado em evidência o papel dos auditores. Os auditores externos podem precisar se reunir com o conselho diretor na ausência dos gestores. Em muitas jurisdições, os auditores não têm o dever legal de informar diretamente as autoridades competentes sobre negligência profissional e não-observância dos princípios da boa governança.

O que se espera é que os membros do conselho participem de reuniões regularmente, e examinem e discutam os relatórios e a correspondência. O presidente deve assegurar que os gestores distribuam a pauta e os relatórios operacionais em tempo hábil, a fim de ajudar para que as reuniões do conselho sejam encontros produtivos. Também deve ser distribuído um resumo dos itens discutidos e das decisões tomadas.

---

3 A infra-estrutura

Se for uma sociedade por ações o instrumento de operação do microsseguro, os atos constitutivos[NT1] desta companhia serão o fundamento mais importante da boa governança. Às vezes, são mencionados como os "Documentos Iniciais". Com alguma modificação, devem se espelhar em outras estruturas de governança como, por exemplo, cooperativas, sociedades mútuas e ONGs. Muitas vezes, são acompanhados pelo Acordo de Acionistas, e fazem referência a este acordo, que pode ter que ser revisto no caso de um acionista de peso adquirir ou se desfazer de capital da companhia.

[NT1] Atos constitutivos: Memorandum and Articles of Association, no idioma inglês. Na Inglaterra, os dois termos juntos são os atos constitutivos de uma sociedade anônima; nos Estados Unidos, Articles of Association é o estatuto de associações sem fins lucrativos.

Estes documentos estabelecem a intenção dos provedores de capital quando do início da companhia, e cobrem uma quantidade de pontos importantes em relação à forma como a companhia opera. Em particular, os documentos estabelecem as diferenças entre os poderes dos gestores e os poderes dos diretores – com o poder final nas mãos dos acionistas e proprietários da companhia, como também estabelecem os limites sobre tais poderes. Estabelecem, portanto, três linhas de controle operacional: gestores, diretores e acionistas (principais interessados).

Estas linhas de controle determinam muito claramente o seguinte:

1. As áreas de negócio em que a companhia pretende operar.

2. Com que finalidades o capital da companhia pode ser utilizado.

3. Os procedimentos para nomear (e demitir) os gestores (em geral apenas o diretor administrativo ou o diretor executivo, mas possivelmente, também o diretor financeiro e outros), e as decisões que os gestores estejam autorizados a tomar sem consultar o conselho diretor. O orçamento anual geralmente é uma importante ferramenta por meio da qual os diretores controlam o uso do dinheiro da companhia pelos gestores.

4. Os procedimentos para indicação de membros do conselho diretor (assim como para demissão). A praxe nos dias de hoje é que os diretores indicados não representem os acionistas, e espera-se que estes diretores representem os interesses das partes interessadas não-representadas nas reuniões de diretoria, assim como os interesses do público e da economia em geral. A indicação de um diretor geralmente exige aprovação de uma maioria de acionistas em uma reunião de acionistas formal. O número máximo e o número mínimo de diretores permitidos também são especificados.

5. Os membros do conselho diretor estão autorizados a exercer seus poderes sem necessidade de reunião de acionistas. Geralmente, a diretoria exerce quase o controle total sobre o uso do capital e dos bens existentes por parte da companhia, assim como o uso das receitas provenientes das operações. Entretanto, é necessário consultar os acionistas com relação ao novo capital que está entrando na companhia, em particular se ele acarretará alguma alteração no percentual de ações e/ou se ultrapassará as normas prudentes (descritas no item 7) para emprestar ou colocar de outra forma o capital dos acionistas em risco.

6. A forma como os votos dos diretores são utilizados para tomar uma decisão (por exemplo, em algumas decisões é exigida unanimidade, porém, em outras, apenas uma maioria de votos).

7. As normas financeiras prudentes (ou seja, limites financeiros), dentro das quais a companhia deve operar, incluem limites de empréstimo, índices de solvência, exposição a determinados riscos de cobertura, resseguro, e adequação de capital. Também podem ser recomendadas pelo regulador nomeado pelo governo (por exemplo, supervisor de seguro), porém, não existe nada para evitar que a companhia adote normas mais conservadoras.

8. Os procedimentos para entrada e saída de acionistas da companhia.

9. Os procedimentos para que os acionistas exerçam seus votos a fim de tomarem uma decisão confiada a eles. Muitas vezes é exigida uma maioria de 75 por cento de votos.

10. As decisões sobre as quais os acionistas têm controle são:

    – qualquer alteração em relação aos nove itens acima abrangidos pelos documentos iniciais de uma companhia,
    – venda, liquidação ou alienação da companhia, e
    – nomeação de auditores.

Os Documentos Iniciais são, portanto, a referência pela qual a companhia é dirigida. O poder que se confere tanto aos diretores como aos acionistas é importante, particularmente, quando os gestores (que podem ter pouco interesse financeiro na companhia) se desviam dos objetivos iniciais desejados pelos proprietários. Os proprietários (acionistas) podem, entretanto, alterar qualquer recomendação constante dos documentos iniciais, conforme mencionado no item 10, caso sejam persuadidos pelos gestores ou diretores a fazê-lo. Desta forma, os Documentos Iniciais são a infra-estrutura da governança da companhia, porém, ainda podem ser alterados com o tempo, conforme a evolução da companhia e de suas condições.

4 Governança do microsseguro na prática

Para ilustrar alguns dos problemas sobre governança enfrentados pelas microsseguradoras em diferentes categorias institucionais, apresentamos a seguir cinco casos.

4.1 Siga em frente – se as bases indicam o caminho

A Delta Cia. de Seguros de Vida, fundada em 1986 para fornecer seguro dotal para as classes média e alta de Bangladesh, lançou o Grameen Bima (seguro do vilarejo) dois anos depois de entrar no mercado de baixa renda junto com uma ONG de microcrédito. A Delta subvencionou um produto de seguro dotal a preço reduzido, e a ONG vendeu à população pobre junto com os empréstimos. A parceria logo se desfez porque os funcionários da ONG estavam mais interessados em vender seus próprios empréstimos do que o seguro da Delta.

A Delta desenvolveu então sua própria rede de vendas e passou a vender seguro diretamente. Em 1991, incluiu empréstimos para microempresa e projeto em sua relação de produtos, com seus agentes oferecendo crédito além de seguro, e cobrando as prestações de quitação além de prêmios.

Em 1993, a Delta lançou o Gono (urbano) Bima para os pobres das cidades. Juntos, os dois sistemas de microsseguro cresceram a passos largos – um aumento de 1.025 por cento em novas apólices, de 40.000 em 1994 para 450.000 em 1998. Em seguro, um crescimento desta magnitude, sem suporte de um crescimento proporcional em capital líquido e lucros retidos, sempre significa problema. E assim foi para a Delta, revelando problemas maiores – em sistemas de informação, controles internos e gestão. Além disso, a inadimplência aumentou junto com o crescimento exponencial, uma vez que os agentes haviam utilizado os empréstimos como ferramenta de marketing: compre uma apólice, ganhe um empréstimo.

No período 2002-2003, a Delta adotou medidas corretivas decisivas, incluindo consolidar o microsseguro em uma única divisão da Gono-Grameen Bima e eliminar os empréstimos para projeto. Estes e uma quantidade de outros ajustes resultaram em benefícios evidentes para a companhia e seus, aproximadamente, um milhão de clientes pobres.

Se as decisões e as ações marcantes da Delta Life estivessem relacionadas a componentes estruturais adequados, este texto estaria narrando a decisão da diretoria da Delta em dar início ao Grameen Bima e à parceria com a ONG. Mais tarde, a diretoria também tomou a decisão de terminar a parceria e escolher o próximo curso de ação.

Os gestores também tiveram um papel a desempenhar, mas, principalmente, pesquisando as opções disponíveis e preparando resumos para ajudar à diretoria a analisá-las e avaliá-las, e então, executando e acompanhando as decisões estratégicas. De fato, uma vez que os gestores eram parte do problema, a reestruturação de 2002-2003 foi conduzida por um consultor contratado pela diretoria.

A diretoria, em última análise, foi responsável e prestou conta em relação ao rumo tomado pela Delta e suas consequências, já que ela havia sido favorável ao lançamento do empreendimento comercial especulativo, e começado e terminado a parceria com a ONG.

O papel da diretoria, em síntese, é dirigir – e é assim em todas as jurisdições.

Como a diretoria da Delta se saiu na direção da companhia? A conclusão do estudo de caso é a seguinte: "Ao longo dos anos, a motivação social da Delta incluiu uma motivação comercial, beneficiando a companhia, assim como seus ... clientes. Ao longo da jornada, a Delta aprendeu uma quantidade de lições valiosas, muitas delas por caminhos difíceis." O estudo então relaciona vários exemplos institucionais, incluindo:

- Subsídio cruzado para dar início ao microsseguro
- Administrar o microsseguro da mesma forma que um seguro tradicional é administrado
- Concentrar-se nas competências principais
- Desenvolver um bom sistema de informações gerenciais para grandes volumes de pequenas apólices
- Estabelecer controles internos, a fim de que, havendo dinheiro envolvido, não ocorra fraude *(ver Quadro 58)*

Uma lição que se pode tirar do estudo de caso, sem mencionar o caso da Delta, é que a diretoria podia ter feito seu dever de casa melhor – incluindo a capacidade para entender que o crescimento não deve ser desproporcional ao aumento da força financeira da companhia. Talvez, se ela não tivesse 36 membros na diretoria, poderia ter sido mais eficiente. De fato, a Delta podia ter evitado aprender pelo caminho mais difícil. Para iniciantes, uma pesquisa séria e uma análise cautelosa sobre o comportamento de compra do cliente, e a forma de comercialização da ONG de microcrédito em relação ao canal de venda pretendido, poderia ter evitado o primeiro erro – uma sociedade fadada à dissolução.

Quadro 58

Confiar é bom, mas controlar é melhor

Depois da Enron, da WorldCom e da Parmalat, não foi só a atuação dos auditores externos independentes que ficou em evidência. Os auditores internos também foram mobilizados. O Instituto de Auditores Internos localizado na Flórida, Estados Unidos, por exemplo, se concentrou na forma como seus diretores podem melhor facilitar o cumprimento das normas de governança corporativa. As seguradoras, durante seus primeiros anos, podem não ser capazes de suportar uma unidade de auditoria interna, mas é conveniente que seus diretores orientem os gestores diretos para transferir esta responsabilidade para um membro da equipe que possa então trabalhar próximo ao comitê de auditoria da diretoria. As uniões de crédito contam com uma estrutura respeitada que garante não apenas a participação democrática, mas também o controle por intermédio de suas diretorias e comitês, e outros provedores de serviços financeiros mais populares fariam bem se se adaptassem a esta realidade.

A questão para que se tenha consciência disto, entretanto, é que em várias ocasiões as uniões de crédito enfrentaram sérias dificuldades financeiras que, quase sempre, se deveram à falta de uma boa supervisão e à confiança indevida depositada em um funcionário sênior (e às vezes júnior) ou em um gerente.

4.2 Contrabalançar um "coração muito bom"

A missão da Associação de Benefícios Mútuos do CARD nas Filipinas é promover *"o bem-estar das mulheres marginalizadas, oferecer auxílio financeiro aos seus associados na forma de benefícios por morte, auxílio médico, pensão e pacotes de resgate de empréstimo, e envolver ativamente os membros da administração geral da associação, incluindo a formulação e introdução de políticas e procedimentos ajustados para a sustentabilidade e melhoria dos serviços"*.

Hoje a MBA do CARD oferece seguro de vida e invalidez, e um plano de pensão através de poupança *(ver Capítulo 2.2)* para 600.000 pessoas de baixa renda. É uma história de sucesso – a história de uma MBA que foi criada por uma instituição de microfinanças (MFI), mas não antes da MFI quase falir por oferecer seguro sem a experiência profissional e a técnica necessária. Conforme a explicação de um de seus líderes, *"É justo dizer que a MBA do CARD...surgiu de um erro de cálculo grave, decorrente de um coração muito bom."*

O que aconteceu?

Em 1994, vários anos antes de ter criado o banco ou a companhia de seguros, a ONG do CARD começou a oferecer pacotes de seguro de vida para seus associados. Como estes serviços eram populares, o CARD ofereceu produtos de seguro adicionais e mais complexos. Em 1996, decidiu implantar um plano de pensão para aposentadoria que provou ser extremamente popular entre os associados. Entretanto, o CARD não avaliou seu impacto na instituição. Mais tarde, uma avaliação demonstrou que um associado teria que pagar prêmios por dois anos para cobrir apenas um mês de benefício. A instituição esteve em vias de perder todo o seu capital.

O CARD aprendeu que um risco de seguro deve ser medido por profissionais, e não deve estar vinculado ao capital de uma instituição de microsseguro.

A administração eximiu o CARD da responsabilidade e transferiu os ativos do fundo dos associados, que deram início então uma companhia separada, com uma diretoria separada.

Parece que quando a ONG do CARD entrou no ramo de seguro, estava sendo gerida administrativamente, mas não estava sendo dirigida.

Partindo da perspectiva da administração, faz sentido a combinação de serviços de seguro aceitos prontamente com um plano de pensão. Entretanto, não se pensou muito no impacto de novos produtos sobre o rumo e o futuro da organização – "até o feitiço virar contra o feiticeiro."

Num gesto louvável, o CARD aprendeu bem a lição. O estudo de caso diz: "Quando a diretoria de uma companhia de seguros inclui apenas associados ou segurados que não possuem, verdadeiramente, experiência em governança corporativa, é necessário ter um grupo de consultores experientes e autoridade para orientar a diretoria. Um comitê consultivo foi importante para a administração bem sucedida da MBA do CARD."

4.3 Dirigir uma organização tendo uma estratégia em mente

É uma questão de visão. Se visão e estratégia permeiam as reuniões de diretoria – mais ainda do que disputas políticas e detalhes operacionais – é possível contar com a sobrevivência e o sucesso de uma organização.

A TUW SKOK, uma seguradora de uniões de crédito na Polônia há oito anos, e de seus associados e outras pessoas durante os últimos cinco anos, deve a garantia de sua presença no mercado à perspicácia dos líderes do movimento de uniões de crédito, que planejaram sua entrada nos serviços de seguro no início de 1990.

Na Polônia, com exceção das iniciativas de proteção social do governo para saúde e aposentadoria, não há esforços específicos para levar seguro ao mercado de baixa renda. Como em muitos outros países, há, entretanto, um nicho de mercado de nível inferior que interessa às principais seguradoras, que é o que pretende a TUW SKOK. A forma como este mercado se estabeleceu e é dirigido, serve para ensinar àqueles que buscam microsseguro em algum lugar – em particular, duas decisões estratégicas que fizeram deste mercado, verdadeiramente, um mercado à prova de fracasso.

A cúpula diretora das uniões de crédito teve a ideia de entrar no ramo de seguros não muito depois que elas foram restabelecidas no país e começaram a acumular poupança no início da década de 90. Uma companhia de seguro de vida foi constituída com assistência técnica e 90 por cento pertencendo à CUNA Mutual, um grupo de seguros da união de crédito dos Estados Unidos. Três produtos básicos eram oferecidos: proteção a empréstimo, acumulação em vida e seguro funeral.

Logo depois, uma corretora foi incluída para fornecer às uniões de crédito e aos seus associados, coberturas não disponíveis pelos próprios consórcios. O serviço de corretagem é considerado no estudo de caso como uma das etapas mais significativas na evolução dos serviços de seguros do movimento de uniões de crédito. Partindo do ponto favorável da governança, entretanto, a decisão estratégica de peso foi tomada, de fato, depois que o consórcio se dissolveu em 1977.

Quando a CUNA Mutual comprou os direitos sobre os 10 por cento da sociedade e vendeu a companhia para um investidor interessado em ingressar no mercado polonês, a cúpula diretora da união de crédito podia ter continuado

com o negócio como de praxe, substituindo o consórcio por uma operação inteiramente particular da mesma natureza – uma seguradora de vida, com o objetivo de ter associados individuais de uniões de crédito. De forma diferente, ela optou por uma reavaliação estratégica. Com base nesta análise, a cúpula diretora da companhia decidiu que a prioridade maior e o mercado potencial mais imediato estavam na garantia das próprias uniões de crédito, e não em seus associados individuais.

Assim, em vez de permanecer no seguro de vida, ela optou por uma companhia de ramos elementares (patrimonial e responsabilidade).

Então veio a segunda decisão estratégica chave: e no caso de uma companhia nova ser iniciada, o que exige planos de negócio e processos de aprovação de licença, ou no caso de uma companhia de seguros existente ser comprada e então reestruturada para atender às necessidades das uniões de crédito? A diretoria novamente fez o que se revelou ser a escolha certa: partir para uma aquisição. Logo, a oportunidade certa veio na forma da TUW Praca, uma seguradora mútua falida, com ultimato dado por um regulador para encontrar novo capital em duas semanas, ou então ser liquidada. A cúpula diretora da companhia convenceu o regulador a deixá-la injetar capital novo na companhia falida e reorientá-la para as necessidades das uniões de crédito, e a TUW Praca se transformou em TUW SKOK *(ver Quadro 59)*.

Quadro 59 **Antever os acontecimentos fatais**

A reencarnação da TUW Praca como TUW SKOK não é apenas legado – por sua doença terminal causada por um vírus que infecta a maioria das diretorias – deve servir como um alerta, bem como uma lição para as microsseguradoras.

No início da década de 90, conforme o desemprego na Polônia começou a crescer, um grupo de sindicatos tomou a iniciativa de oferecer alguma proteção aos trabalhadores em empresas estatais que precisavam ser reestruturadas. A ideia era criar uma companhia de seguros mútua pertencente aos sindicatos e seus associados, que oferecesse seguro desemprego para os trabalhadores.

Os esforços para aumentar o capital da companhia de seguros dos sindicatos não atingiram seus objetivos pretendidos, o que deveria ter sido um sinal de alerta. Ao contrário, os responsáveis pela iniciativa voltaram sua atenção para o Ministério do Trabalho. O prazo de sua solicitação foi fortuito, porque o Ministério tinha alguns recursos e precisava provar que estava fazendo alguma coisa em relação ao problema crescente de desemprego. Com US$500.000 do Fundo de Emprego do Ministério, totalizando 90 por cento do capital acionário, os sindicatos conseguiram obter uma licença para dar início às operações da TUW Praca. Infelizmente, o esforço já nasceu praticamente morto. Depois de dois anos, o segurador tinha apenas 100 segurados, os custos operacionais tinham consumido quase todo o seu capital, e os reguladores estavam ameaçando fechar suas portas.

Fazendo uma retrospectiva, parece que os patrocinadores da TUW Praca não tinham feito seu dever de casa. A pesquisa de mercado teria mostrado que os trabalhadores consideraram o desemprego como responsabilidade do governo, e não como responsabilidade dos trabalhadores. Consequentemente, os associados dos sindicatos não estavam interessados em comprar seu próprio seguro desemprego, pois acreditavam que o governo deveria garantir este tipo de proteção social.

Fonte: Adaptado de Churchill e Pepler, 2004.

4.4 O interesse dos clientes é a chave para os resultados

O papel do conselho diretor (ou do conselho supervisor como se diz em alguns países da Europa) é fiscalizar as operações e a gestão da seguradora. Seu objetivo principal é agir em nome dos acionistas/patrocinadores da companhia, e dirigir as atividades da organização para atingir seus objetivos societários. Para garantir o foco, o controle e o equilíbrio, o conselho delega tarefas chave como, por exemplo, aquelas relativas à auditoria, a investimentos e a questões executivas para seus comitês especiais. No caso das mútuas, mais do que outras em formas societárias, uma responsabilidade chave do conselho é garantir que o uso do capital e outras decisões operacionais por parte dos gestores não entrem em conflito com os interesses das partes interessadas.

A responsabilidade de gerir e cuidar dos acontecimentos do dia a dia, e implementar políticas é da administração executiva (ou da diretoria). Sérios problemas e conflitos que enfraquecem a companhia ocorrem quando o limite entre as responsabilidades de apoio e supervisão e as responsabilidades de administração fica confuso. Uma microsseguradora cuja diretoria tem feito um trabalho notável para manter estes limites claros, é a Tata-AIG na Índia.

A Índia exige aquilo que outros países apenas incentivam: que cada seguradora tenha um percentual de seus negócios no mercado de baixa renda, conhecido localmente como os setores rural e social *(ver Capítulo 5.2).* Para atender a estes requisitos legais, a Tata-AIG percebeu que microsseguro não é apenas um seguro normal com prêmios mais baixos e menos benefícios, mas que o cliente de microsseguro tem seu perfil próprio e distinto, que exige abordagens criativas e mecanismos novos de distribuição. Ela então montou um departamento especializado em microsseguro, convocou a equipe rural e social, e deu autonomia a estas equipes, bem como apoio e recursos necessários para inovar. O espaço importante que a equipe ocupa na estrutura da empresa é refletido no gráfico da organização *(ver Figura 20).*

Conforme descrito no Capítulo 4.5, uma das inovações da equipe é um novo canal de distribuição que utiliza as pessoas, como os próprios clientes, para prestar informações e atendimento aos interessados. Um número destes "microagen-

tes" forma um importante grupo de seguros da comunidade rural, que opera como uma agência de seguros. Os microagentes são, basicamente, mulheres de baixa renda escolhidas a dedo nas comunidades onde são designadas para atuar. Os resultados iniciais parecem promissores.

Ter um vencedor em microsseguro na diretoria fez diferença.

4.5 Governo na governança: Saiba quando se livrar das amarras

Karnataka, um estado do sul da Índia, é conhecido por sua indústria de *softwares* e biotecnologia, porém, a origem da renda de 75 por cento de aproximadamente 60 milhões de pessoas está na agricultura, e estas pessoas podem ser classificadas como pobres. Desde 2003, ele também vem atraindo a atenção internacional, como sede de um sistema de microsseguro saúde incomum e bem sucedido, que parece ser um modelo de colaboração entre o setor de cooperativa, o governo e o setor de empresas privadas.

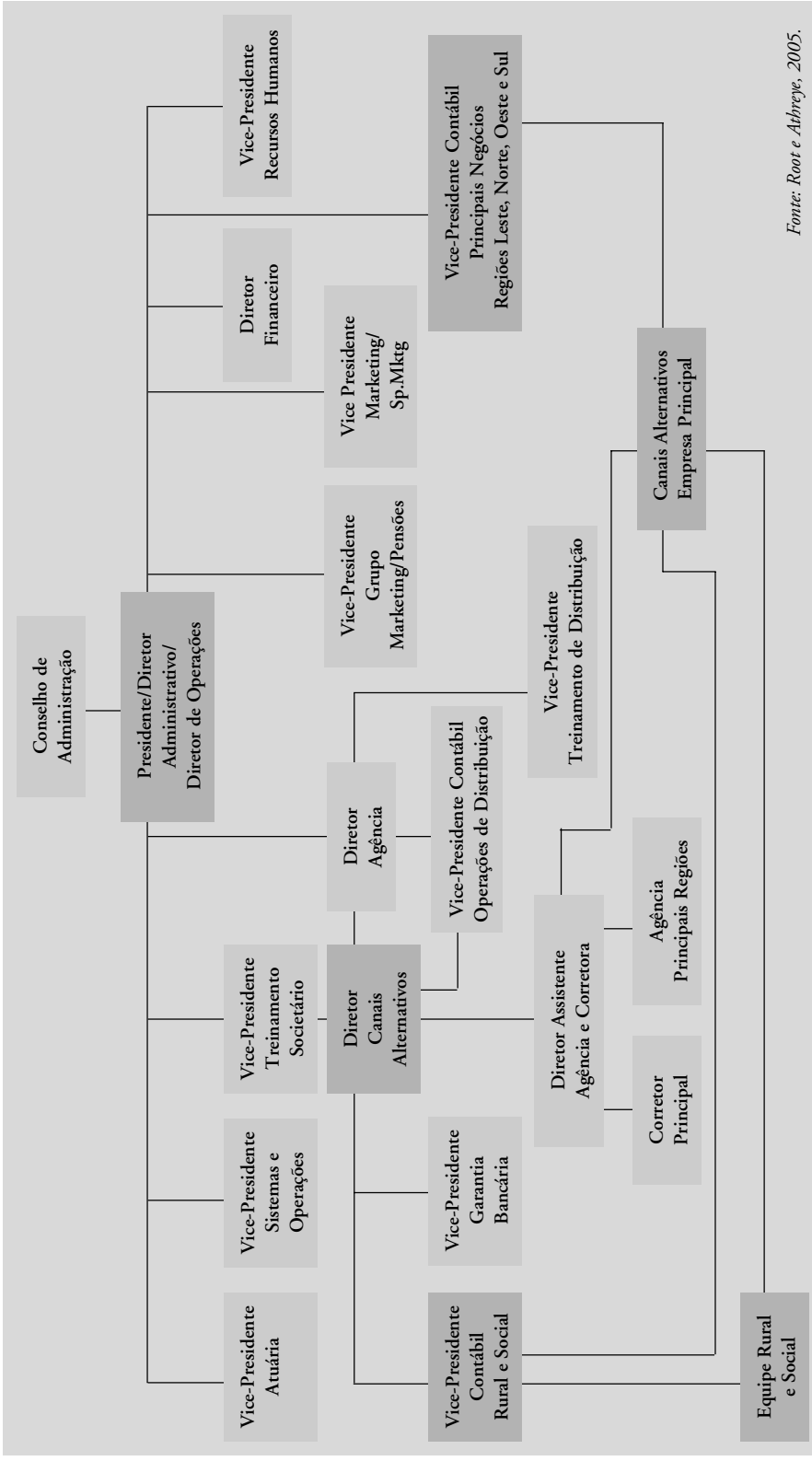
O Fundo Yeshasvini de Saúde dos Agricultores de Cooperativa foi desenvolvido para cadastrar um grande número de pessoas a prêmios muito baixos, fornecendo cobertura para mais de 1.600 operações garantidas, principalmente, por uma rede privada de hospitais em todo o estado.

O movimento de cooperativas do estado, que data do início de 1900, tem em torno de 31.000 sociedades em setores que vão desde produção de seda e tecidos até pecuária, crédito para horticultura e agricultura. Estima-se que 78 por cento da população adulta do estado estejam, de alguma forma, ligadas a uma cooperativa. Devido à grande margem de envolvimento, especialmente em relação ao pobre da área rural, o movimento de cooperativas foi a opção natural para mobilizar a possível base de subscrição de sistemas de saúde.

O setor de cooperativa em Karnataka, e em outros estados da Índia, é patrocinado pelo setor público, com o governo provendo capital, subsídios, empréstimos e assistência técnica para as cooperativas. A colaboração do Yeshasvini com o movimento de cooperativas patrocinado pelo governo foi um misto de benção, embora, no todo, tenha sido muito vantajoso.

O Fundo Yeshasvini é dirigido por um conselho de 12 membros, presidido pelo Secretário Principal do Departamento de Cooperativas do governo. Outros cinco membros do conselho também são empregados do Departamento. Outros cinco representam a rede de hospitais e de profissionais renomados da saúde. O 12º membro do conselho é o diretor do Departamento de Saúde do governo. Representantes do administrador terceirizado e do setor de cooperativas da federação podem participar de reuniões, mas não fazem parte do conselho. Dirigindo todo o sistema, a diretoria de fiduciários é responsável por seu desenvolvimento futuro, acompanhamento de desempenho, inclusão de novos hospitais, ressarcimento de sinistros e pareceres finais sobre sinistros.

Figura 20 **Organograma da Tata-AIG**



Fonte: Root e Abreye, 2005.

O forte envolvimento do Departamento de Cooperativas no conselho do Yeshasvini possibilitou que ele recebesse uma significativa quantia de subsídio de capital para encontrar seu caminho para o microsseguro. O governo de Karnataka complementou com o prêmio de Rs. 60 (US$1,36) pago pelos segurados no primeiro ano com um adicional de Rs.30 (US$0,68 por pessoa. Embora o subsídio *per capita* tenha sido interrompido no segundo ano, o governo forneceu capital adicional. No total, o capital fornecido pelo governo foi Rs.45.000.000 (US$1.022.727) no primeiro ano e Rs.35.000.000 (US$795.454) no segundo ano.

A outra vantagem principal por conta do Departamento de Cooperativas foi a capacidade de incentivar as cooperativas para cadastrarem seus associados. Somente no primeiro ano, 1,6 milhões de pessoas de baixa renda aderiram ao plano, em parte porque o Departamento de Cooperativas estipulou metas de associação para seus escritórios regionais, que estipularam metas para cada sociedade da cooperativa, que por sua vez utilizava seu próprio método para registrar os associados. Alguns discutiam o sistema com os associados e os incentivavam a aderir; outros registravam todos da associação, utilizando mensalidades; outros cadastravam automaticamente todo mundo que tinha empréstimos pendentes na associação.

A combinação de prêmios subsidiados com a pressão de marketing do governo resultou em uma associação de 2,2 milhões de associados no segundo ano. No terceiro ano, entretanto, quando os prêmios tinham que ser duplicados para repor o subsídio, o número de associados caiu para 1,45 milhões, significando que 750.000 pessoas não estavam suficientemente satisfeitas com o produto ou com o preço para se cadastrarem! Devido este erro de julgamento, o estudo de caso faz refletir se a composição da diretoria necessita ser reconsiderada:

Embora o Departamento de Cooperativas facilite o contato com o setor de cooperativas, ele deve ter em mente que o peso maior está nas mãos das associações de cooperativas. Consequentemente, seria aconselhável substituir os fiduciários do governo por representantes eleitos das cooperativas, a fim de melhor refletir suas importantes contribuições. Como a Índia está atualmente desvinculando o setor de cooperativa da estrutura do governo, seria correto refletir também sobre isto no conselho de fiduciários (Radermacher e outros, 2005b).

Internacionalmente, o movimento cooperativo se ressentiu bastante pela intervenção do governo, e pelo uso e abuso de cooperativas nos países em desenvolvimento como uma ferramenta para o desenvolvimento. Na Índia, onde o governo central responde aos pedidos feitos pelas associações de cooperativas por reforma democrática em seus regulamentos, em sua gestão e seu funcionamento, o movimento se fortalecerá, sem dúvida, à medida que a intervenção diminuir. A Índia não é um caso típico de intervenção arbitrária do governo nas atividades das cooperativas, sujeitas ao despotismo de políticos e funcionários civis.

Na história de sucesso do Fundo Yeshasvini, o governo merece um crédito importante. O envolvimento do governo no funcionamento do Fundo Yeshasvini pode ter comprometido a autonomia das associações de cooperativa, mas não as destruiu. As cooperativas parecem ter pago um preço pequeno para obter um serviço necessário e bem prestado aos associados.

Também existe um consolo para os pensamentos do Dr. Alex Laidlaw, visionário e futurista do movimento cooperativo. Em uma apresentação "clássica", ele disse:

As cooperativas tendem a pintar um quadro ideológico do ambiente econômico em que vivem. Em países dominados por ideologia capitalista, a tendência é que elas sejam julgadas, e julguem a si próprias, pelas leis de negócios lucrativos. Em países dominados por ideologia comunista, elas ocupam um determinado lugar e desempenham um papel na economia de acordo com o plano anual do País, e servem como instrumentos da política de governo. Em países em desenvolvimento, muitas vezes, a elas parece estar reservado o pior dos dois mundos: devem ser competitivas com negócios privados bem estabelecidos, incluindo empresas multinacionais e, ao mesmo tempo, seguir as normas de controle cerrado por parte do governo (Laidlaw, 1974).

Laidlaw acrescentou que nenhum negócio no sistema econômico nacional é completamente independente e auto-suficiente, porém, opera em condições de dependência e interdependência. Tanto os negócios capitalistas como as cooperativas dependem, de alguma forma, do país e dos serviços fornecidos pelo país. Da mesma forma, o estado e a empresa pública dependem imensamente da empresa privada e das cooperativas.

O Fundo Yeshasvini parece que nasceu para ficar na história como um exemplo desta dependência e interdependência.

5 Conclusões

Governança corporativa assegura a integridade de empresas, instituições financeiras e mercados, construindo confiança do público e do investidor. Para amenizar a pobreza por intermédio de microfinanças e microsseguro, a boa governança é essencial.

Boa governança começa com conhecimento do que é administrar e do que é dirigir. Para dirigir uma microsseguradora com eficiência, há que se dedicar tempo para entender de seguro para o pobre e encarar as responsabilidades e obrigações de um conselho diretor com seriedade. É melhor deixar algumas coisas para os gestores decidirem e ir em frente.

O conselho diretor é, em síntese, responsável pelo sucesso da companhia. E sucesso significa apresentar resultados para os patrocinadores, acionistas e clientes, de modo que a seguradora não tenha seu capital reduzido, nem necessite injetar capital para manter sua força financeira.

O presidente e o diretor executivo devem juntos assegurar que os diretores nomeados possuam experiência e habilidades que resultem em uma combinação adequada, incluindo uma composição bem equilibrada de vários participantes interessados. No microsseguro, algumas questões chave devem ser consideradas como, por exemplo:

- Existe um especialista em microsseguro para atender às necessidades especiais do mercado de baixa renda?
- Qual é o equilíbrio correto entre as orientações sociais/de desenvolvimento e comerciais/financeiras?
- Qual é a orientação estratégica que faz mais sentido para se atingir os objetivos sociais e comerciais?

3.9 Controle de sinistros

Zahid Qureshi e Gerry Noble[1]

Os autores gostariam de agradecer a Thomas Loster (Fundação Munich Re), pelos valiosos comentários oferecidos neste capítulo.

Na literatura de seguro, prevenção de sinistros, minimização de perda e controle de sinistros são termos utilizados quase alternativamente. Refletindo sobre cada um destes termos por um momento e, com o risco de demasiada simplificação matemática, chega-se a uma simples equação:

Controle de sinistro = prevenção de sinistro + minimização de perda

Prevenção de sinistro significa a adoção de iniciativas para evitar a ocorrência de riscos, especialmente eventos segurados, onde a minimização de perda tenta reduzir o impacto de riscos quando eles ocorrem. Juntas, estas duas atividades levam ao controle de sinistro.

Embora nem todas as microsseguradoras estejam atentas ao controle de sinistro, ele é o elemento chave do sucesso. O investimento cuidadosamente concebido na prevenção de sinstro pode ser absolutamente compensador por reduzir as reclamações de sinistros. De fato, os incentivos em seguro são estruturados de forma a estimular os empresários do setor público a tomarem iniciativas em relação ao desenvolvimento – como, por exemplo, oferecer água potável para beber e saneamento básico – não para cumprir uma responsabilidade social, mas porque faz sentido financeiro.

O objetivo deste capítulo é estimular que mais provedores de microsseguro, tanto aqueles que assumem o risco como os canais de venda, considerem o controle de sinistro de forma sistemática e como meta. O foco está mais na prevenção de sinistro do que na minimização de perda, uma vez que é mais provável a prevenção de sinistro ter um impacto maior sobre a redução dos custos de sinistros das microsseguradoras.

1 Uma retrospectiva sobre prevenção de sinistro

Uma visão geral de uma seguradora típica de multirrisco, há três ou quatro décadas, teria demonstrado a função de prevenção de sinistro desprezada no departa-

[1] As referências a Microcare são extraídas de experiências pessoais dos autores.

mento comercial ou de seguros. Os especialistas em prevenção de sinistro, normalmente engenheiros, eram uma peça chave do processo de seguro de bens, incluindo prédios e fábricas. Este cenário hoje em dia é real. Os especialistas em prevenção de sinistro trabalham em conjunto com os subscritores para desenvolver níveis de prêmio.

O trabalho dos subscritores é analisar, avaliar e precificar a exposição a risco de uma determinada cobertura. O especialista em prevenção de sinistro faz uma avaliação no local quanto às práticas e procedimentos de gerenciamento de risco, aconselha o cliente sobre quaisquer necessidades de melhorias, e compartilha as informações com o subscritor para serem utilizadas no entendimento e na precificação da conta. A pesquisa e análise de subscrição são feitas internamente; a prevenção de sinistro, feita no local, são "os olhos e ouvidos" da subscrição.

Ao longo dos anos, as seguradoras também mantiveram a prevenção de sinistro nos ramos pessoais – mas muitas seguradoras não fazem tal exigência. A responsabilidade, em geral, fica a cargo dos setores de marketing e comunicações da empresa. Fora ou dentro da cidade, a direção defensiva é promovida para ajudar a reduzir sinistros de automóvel, alarmes de fumaça e medidas de segurança são recomendadas às seguradoras do ramo residencial, e os benefícios de não fumar, de uma dieta e um estilo de vida saudáveis são indicados para aqueles que possuem seguro de vida.

Quanto mais segura é a forma de dirigir do segurado, mais à prova de incêndio e de roubo é a sua casa; e quanto mais saudável é o seu estilo de vida, menos sinistros a seguradora precisa pagar e mais fácil será manter o custo do seguro baixo. Quem poderia imaginar isto! Isto é prevenção de sinistro, pura e simples – e não menos importante do que garantir que uma fábrica esteja cumprindo a lei ou que a manutenção de um prédio comercial esteja sendo feita corretamente, ajudando a manter os prêmios baixos.

"É bom saber de tudo isto," uma microsseguradora costuma dizer, "mas como isto se aplica ao que nós fazemos?"

---

2 **Interesses convergentes**

O microsseguro envolve uma enorme variedade de produtos nos ramos de seguro de vida e saúde. De fato, vida longa e boas condições de saúde não se trata de, simplesmente, ficar longe de substâncias nocivas, mas de evitar perigos escondidos no ar, na água e na comida, e manter um estilo de vida saudável. Enquanto muitas doenças são um fenômeno global, a prevenção permanece como uma enorme prioridade que as comunidades locais, muitas vezes, são levadas a perseguir. Nesta tendência, as microsseguradoras – de pequeno porte ou não – podem ser importantes parceiros "sociais" nas comunidades em que atuam, e podem levar a um esforço sustentado para promover a higiene e outras condições de uma "saúde melhor" entre os clientes.

A pobreza não precisa, necessariamente, ser caracterizada por uma falta de boas condições de saúde. A prevenção de sinistro e a promoção de boas condições de saúde podem se transformar em elementos chave da educação do cliente, que é um dos objetivos principais na estratégia de mercado de uma microsseguradora. Além de promover estilos de vida saudáveis para evitar doenças não transmissíveis, os provedores de microsseguro podem aproveitar a situação da luta contra HIV/AIDS e tentar elevar a conscientização do cliente sobre como as pandemias se alastram, como podem ser evitadas, e como podem ser cortadas pela raíz.

De acordo com um consultor que trabalhou com uma quantidade de sistemas de microsseguro:

Além da higiene ruim e de uma dieta ruim, o maior risco de saúde para o pobre é não buscar atendimento médico adequado. Uma ajuda da microseguradora com medidas de saúde pública pode ter um longo alcance na redução deste risco para o pobre. Por exemplo, a SEWA Saúde na Índia, trabalhou para melhorar o treinamento de parteiras. Isto resultou em uma taxa de mortalidade materna e infantil de baixa renda que, por sua vez, reduziu os custos de sinistros no programa de seguros. No seguro saúde, os cuidados primários em conjunto com as estratégias de promoção de saúde podem reduzir os custos de sinistros e melhorar a saúde e a produtividade dos clientes. Eu não tenho visto nenhum microprograma de saúde bem sucedido sem um elemento de promoção de saúde.

Um efeito colateral desejado de tais programas preventivos, é que pudessem ajudar as organizações de grupos de base a fortalecerem as relações de trabalho com seguradoras estabelecidas que já possam estar inclinadas a estender o alcance de sua CSR para além de sua clientela existente. Além disso, as microsseguradoras precisam reconhecer que não são as únicas com um interesse na prevenção de sinistro. Em um enfoque global de ganho mútuo, as parcerias com ONGs especializadas trabalhando sobre questões de saúde ou com programas de vacinação do governo podem percorrer um longo caminho até atingir os objetivos mútuos *(ver Quadro 60).*

Quadro 60

Adotando a perspectiva de sociedade

Desprezar a prevenção resulta, invariavelmente, em doença ou dano para alguns, mas o encargo financeiro, na prática, de um jeito ou de outro, é arcado por alguém. As despesas médicas afetam a renda não apenas das vítimas e das famílias, mas também de seus empregadores e seguradoras. Assistência e ressarcimento envolvem custos para a comunidade e as instituições públicas, que os governos transferem para os contribuintes.

Promover e praticar a prevenção deveria exigir uma perspectiva social e uma ação coletiva. As microsseguradoras podem ser uma parte integrante de parcerias, incluindo várias organizações e agências do governo já engajadas em campanhas como, por exemplo, conscientização sobre HIV/AIDS, utilização de redes contra mosquito para prevenir malária e escavação de poços para água segura e limpa.

Muitas vezes, um bom ponto de partida é um programa de imunização da comunidade. Estudos de caso fornecem alguns exemplos:

- **Seguro Básico de Salud** (SBS), Bolívia, e **Seguro Integral de Salud** (SI), Paraguai, promovem ativamente programas nacionais de imunização, incluindo vacinações especificadas no pacote de benefícios.
- Vários planos baseados na comunidade da África Ocidental introduziram um programa obrigatório de vacinação para crianças. As crianças que não são imunizadas ficam sem cobertura caso contraiam doenças incluídas no programa de vacinação.
- **UMSGF** na Guiné, planeja "parcerias formais com programas que ofereçam medidas eficazes de prevenção contra doenças cobertas, particularmente, malária e HIV/AIDS".

A saúde do meio-ambiente, que está merecendo maior atenção nos círculos de seguro e resseguro, está intimamente ligada à prevenção de sinistro nos seguros de vida e saúde. Condições ambientais ruins não somente afetam a saúde da população de forma adversa, como também podem desencadear mudanças climáticas e alguns sinistros catastróficos como, por exemplo, as secas. Uma questão para preocupação futura é como "viver verde" pode reduzir sinistros e, em particular, como dispensar maior atenção ao meio-ambiente ajudaria, a longo prazo, a deter a mudança climática.

3 Melhorar a prevenção

Embora as seguradoras do segmento não-vida, por intermédio de seus especialistas em prevenção de sinistro, tenham contribuído imensamente ao longo dos anos em relação a sistemas e normas de segurança para bens segurados e transporte de mercadorias, assim como para segurança residencial e rodoviária, o mesmo não se pode dizer a respeito das seguradoras de vida e saúde (salvo por imitarem, de bom grado, a invenção de locais para não-fumantes). Historicamente, elas não se demonstraram tão dispostas em relação à prevenção de sinistros.

Todos os acidentes e sinistros parecem ter uma causa e um efeito para servir de apoio. Até as tão conhecidas calamidades naturais, como as secas, enchentes, os tornados e furacões, agora se acredita que tenham uma causa de origem: a mudança climática. Portanto, prevenir um sinistro não deve ser difícil, uma vez sua causa sendo conhecida.

Especialistas em prevenção de sinistro basearam sua técnica no seguro do segmento não-vida, concentrando a atenção nas causas de acidentes industriais, para encontrar soluções, e isto também pode ser feito pelas seguradoras de vida e saúde. A Tabela 31 exemplifica a questão ao analisar um incêndio industrial, um dano, uma doença transmissível e uma doença não-transmissível. A coluna de prevenção de sinistro de cada item especifica a ação corretiva. Tudo exige melhoria no treinamento e maior conscientização. Aí está o ponto crucial da prevenção de

sinistro no microsseguro: clientes bem orientados e educados quanto às formas de cuidar bem deles, como de suas famílias e seus bens.

Tabela 31 **Prevenção de sinistros de seguro dos segmentos vida e não-vida**

Causa do sinistro	*Local do sinistro/ Risco*	*Agente/ Falha no sistema*	*Veículo de interação*	*Interação/ Operação de risco*	*Âmbito da prevenção do sinistro/Atividade de controle*
Incêndio	Fábrica têxtil	Imperícia do trabalhador	Ponta de cigarro acesa jogada em local errado	Incêndio decorrente de cigarro, que se espalha em objeto de algodão	Treinamento de trabalhador, instalação de detectores de fumaça, *sprinklers* automáticos, alarme de incêndio, CO_2, sistemas de inundação
Fratura de crânio	Humano	Administração da energia mecânica	Direção em alta velocidade, derrapagem de motocicleta	Batida	Maior conscientização sobre direção defensiva, normas de trânsito, impor comportamento adequado nas estradas, uso de capacete
Malária	Humano	Vulnerável à infecção	Mosquito	Picada	Conscientização dos locais de procriação do mosquito, limpeza de reservatórios de água parada, fumigação, redes de mosquito e outros repelentes
Câncer de pulmão	Humano	Corpo não pode tolerar inalação de fumaça	Fumante habitual e compulsivo	Aumento de dano aos pulmões	Conscientização dos efeitos nocivos do fumo, e formas de lidar com o vício

Fonte: Adaptado de Thomas, 2004.

Em princípio, isto pode parecer inútil para as seguradoras que se empenham para construir e manter uma carteira de negócios. Entretanto, caso elas tenham uma visão holística do risco – não apenas a receita, mas também a viabilidade da instituição – a prevenção de sinistro vem à tona como sendo essencial. O benefício óbvio a curto prazo é a redução da frequência e severidade de sinistros, e o controle das despesas da seguradora. Mas, a vantagem real é a proteção da receita da seguradora por um longo período: assegura que os clientes permaneçam saudáveis e produtivos, e a organização terá certeza de seu apoio contínuo.

JA Zenchu, a Associação Central de Cooperativas Agrícolas do Japão, há muito reconheceu o valor deste serviço aparentemente extracurricular que, de fato, agrega valor ao risco, bem como ao cliente. Sua cadeia de cooperativas multifuncionais nas comunidades rurais fornece um "manual de uma vida melhor", além dos principais ramos de negócio: comercialização de produtos agrícolas, fornecimento de insumos para produção, seguro mútuo e de crédito, e assessoria agrícola. O manual de uma vida melhor para os associados e seus familiares in-

clui gestão de saúde, consultoria e assessoria de estilo de vida, orçamento doméstico, atividades de recreação e limitação de compras de itens de alta qualidade para suprir as necessidades diárias.

A promoção de saúde e as atividades de prevenção têm um longo caminho a percorrer no mundo em desenvolvimento. De fato, o âmbito do trabalho que pode ser realizado pelas seguradoras de vida e saúde neste setor é bem diferente nos mercados desenvolvidos e em desenvolvimento. As microsseguradoras talvez estejam em vantagem neste aspecto, à medida que podem incentivar seus clientes a fazerem muitas coisas simples sem reduzir a capacidade de atender a suas necessidades básicas, e que podem, com o passar do tempo, aumentar sua capacidade para enfrentar a situação *(ver Quadro 61).*

Quadro 61

Promoção do bem-estar

Uma quantidade de sistemas de microsseguro, ou organizações afins, promove ativamente a vida saudável para reduzir a doença entre segurados e, consequentemente, reduzir sinistros. Por exemplo:

- **Fideicomisso Karuna** (Índia) mantém plantações de ervas em seis vilarejos, utilizadas para treinar os clientes na produção de medicamentos fitoterápicos.
- **Bienestar Magisterial** (El Salvador) conta com programas especiais para identificar câncer, planejamento familiar e assistência pré-natal.
- **Shepherd** (Índia) mantém acampamentos médicos para *check-ups*. Também mantém acampamentos para assistência veterinária ao gado, com vacinação e vermifugação gratuitas. Os acampamentos têm objetivos de marketing e também de recrutamento.
- **Banco Grameen** (Bangladesh) tem seus "16 mandamentos" que os associados leem em voz alta nas reuniões, incluindo promessas de "aprender sobre saúde", "plantar e comer mais legumes e verduras", e "manter suas casas e o meio-ambiente limpos".

Faz sentido para seguradoras convencionais lembrar aos clientes como a tensão afeta o coração e o sistema nervoso e digestivo, pedir a eles para identificar os sintomas do estresse que podem ser um aviso antes de acontecer o pior, e incentivá-los a se associarem a clubes de caminhada e centros de ginástica. Para as microsseguradoras, entretanto, é provável que o foco esteja em questões diferentes. Para aqueles do mercado da BOP de Prahalad, as iniciativas de prevenção de sinistro podem se concentrar em higiene e limpeza – coisas simples como manter a "cozinha" limpa, como também lavar as mãos, os legumes e as verduras antes de comer, podem evitar doenças.

4 Praticar a prevenção

De que forma exatamente as seguradoras devem agir para engajar os clientes na prevenção de sinistro é uma questão que também precisa ser enquadrada em uma

perspectiva própria. Aqueles que estão no topo da pirâmide podem fazer com que funcionários e salas de reunião estejam disponíveis depois do horário para sessões de consultoria, ou podem formar centros de saúde para oferecer assessoria, ajuda e orientação. Entretanto, estas medidas dificilmente seriam adequadas ao mercado de microsseguro.

As iniciativas de prevenção de sinistro para o mercado de baixa renda costumam ser muito diferentes. A abordagem pode incluir:

– **Alcance por parte das organizações irmãs:** A VimoSEWA da Índia, a Grameen Kalyan e o MHIB do BRAC (ambos de Bangladesh) contam com organizações irmãs envolvidas nas iniciativas de saúde como, por exemplo, enfermeiras e parteiras que são parceiras naturais nas campanhas de prevenção *(ver Quadro 3).*
– **Uso de métodos não-formais de educação para adultos:** Em alguns países, o mercado alvo de microsseguro pode ser analfabeto ou ter instrução limitada. Para falar de prevenção de sinistro a este público, são exigidas técnicas inovadoras como, por exemplo, cartazes ilustrados *(ver Figura 21)* e teatro de rua. Uma técnica promovida pela *Freedom from Hunger* é aprender a dar palestras baseadas em histórias reais, que esclarecem os problemas do dia a dia do público alvo. As discussões sobre estas histórias atendem a diversos propósitos: ajudar os participantes a se conscientizarem de um problema específico, resolver coletivamente um problema específico enfrentado pelos associados, e reforçar a coesão entre os associados do grupo e capacitá-los para uma ação coletiva.

Figura 21 **Ilustração de um dos 16 Mandamentos da Grameen**
Mandamento 10: Devemos beber água encanada. Se não houver água encanada, devemos ferver a água e utilizar sulfato de alumínio.

Fonte: www.grameen-info.org/bank/the16.html

– **Decorar em casa as mensagens principais:** Campanhas eficazes são contínuas, contam com uma variedade de canais de comunicação para assegurar que as mensagens principais serão absorvidas e que mudarão o comportamento. De fato, toda vez que o centro do Banco Grameen se reúne, os associados recitam os 16 Mandamentos.
– **Atingir o público infantil:** Uma das formas mais eficazes de mudar o comportamento dos adultos é educando as crianças, que podem então induzir seus pais a adotarem práticas menos arriscadas.

Quadro 62 **Prevenção por intermédio de organizações irmãs: VimoSEWA**

Mainaben, uma vendedora de peixe, foi associada da SEWA durante 27 anos, contraindo empréstimos para seus negócios e sua casa. Há seis anos, houve uma calamidade epidêmica em algumas partes da Índia. A SEWA providenciou um programa especial de conscientização para limpeza da comunidade a fim de proteger as pessoas contra a calamidade. Mainaben se tornou uma organizadora para promover a limpeza em Chamanpura. Ela falava para as pessoas do local sobre como manter suas casas limpas, e entregou um abaixo-assinado para a Companhia Municipal e o Estado recolherem o lixo acumulado. A Companhia Municipal ficou tão irritada com os constantes abaixo-assinados e a ameaças de Mainaben contra eles, que em uma ocasião chegaram a enviar a polícia para intimidá-la. Entretanto, Mainaben acabou vencendo, novas caçambas de lixo foram providenciadas e coletas regulares de lixo foram organizadas.

O difícil trabalho de Mainaben chamou a atenção da SEWA, e ela foi treinada e empregada como trabalhadora da saúde. Seu trabalho abrange uma comunidade de 200 famílias. Ela trabalha em uma clínica da SEWA de 10h30 até 13h00. De 13h30 até 14h00, percorre a vizinhança. Visita cada casa, pelo menos, uma vez por semana. Fornece informações sobre prevenção de doenças, medicamentos básicos para os associados da SEWA (ao custo de duas rúpias ou de quatro e meio centavos de dólar para crianças, e quatro rúpias para adultos), orienta quanto a médicos e hospitais, e acompanha os pacientes.

Mainaben estimula a todos a fazerem um seguro saúde. Tenta convencer as mulheres a se registrarem no programa de depósito fixo. Caso isto não seja possível, ela tenta convencer as mulheres a pagarem prêmios anuais. Algumas mulheres guardam suas economias para terem dinheiro para o depósito fixo. As mulheres contatam a Mainaben para todas as suas reclamações de sinistro. As mulheres na comunidade se dizem agradecidas a Mainaben e por seus conselhos sobre saúde. Ela ajudou as pessoas da comunidade a terem uma saúde melhor e, o mais importante, a um preço mais acessível.

Fonte: Adaptado de McCord e outros, 2001.

– **Confiar na pressão dos pares:** Uma das formas mais eficazes de criar mudanças de comportamento sustentáveis, é utilizar a pressão de pares do grupo para continuar a estimular (ou fazer valer) o novo comportamento.
– **Garantir benefícios tangíveis:** Às vezes, mudanças de comportamento incluem produtos manufaturados. Por exemplo, a SEWA, uma ocasião, deu aos vendedores guarda-chuvas para abrandar o calor. A Microcare ajuda com mosquiteiros para cama tratados com inseticida *(ver Quadro 64 no Item 6).* Estes benefícios tangíveis ajudam a tornar o seguro intangível mais aceitável para o pobre.

5 Minimização: Uma precaução tomada a tempo

A prevenção, obviamente, antecede um sinistro. As providências para minimizar o impacto do sinistro – ou seja, reduzi-lo ao menor grau possível – são tomadas depois que ele ocorre. Entretanto, a prevenção geralmente inclui antecipar ou prever um sinistro, e esse processo pode acarretar, no mínimo, uma pequena redução, fazendo, de fato, alguma coisa pelos sinistros previstos – o que pode ser o motivo por que os dois termos são tratados como sinônimos quando se fala de gerenciamento de risco. Semântica à parte, a questão é que quanto mais as seguradoras puderem fazer para preparar um segurado para responder rapidamente e eficientemente a um atraso, melhor será para as pessoas e para a empresa.

Minimização é particularmente importante para o seguro saúde. Thomas (2004) especifica como a consequência de uma doença ou de uma lesão pode ser minimizada por meio de uma melhor administração do tempo e do processo, a partir da entrada no hospital. A maioria das etapas que ele descreve (como por exemplo, um SOS pedindo uma ambulância e a imediata ação dos paramédicos) têm como objetivo atrair para as seguradoras uma clientela mais rica, mas, podem dar aos envolvidos com microsseguro uma indicação sobre como tratar a questão da minimização. Algumas destas medidas podem ser adaptadas e equilibradas para se adequarem ao orçamento, aos recursos e aos contatos da comunidade com acesso a microsseguradoras.

A seguir, apresentamos os aspectos chave da minimização de sinistro:

– **Reconhecer as condições físicas é muito importante.** Os segurados devem ser capazes de identificar dores e sinais de alerta do corpo. Devem conhecer os prós e contras no caso de uma condição de saúde, e tomar as providências para evitar que a condição piore.
– **É necessário obter informações corretas para tomar providências corretas.** Os segurados que dispõem de informações corretas estão melhor preparados. Eles devem ter catálogos com endereços e números de telefone dos médicos, centros de trauma e hospitais especializados, e com detalhes das formalidades necessárias em caso de internação.

– **Ajudar quando necessário.** Em uma emergência, segurados despreparados podem apenas cruzar os braços. Até pessoas normalmente eficientes podem entrar em pânico e se sentirem incapazes de tomar as decisões certas. Um serviço de atendimento 24 horas por telefone seria interessante para:

  - dar aos segurados uma orientação passo-a-passo,
  - localizar um serviço de ambulância adequado,
  - guiá-los para um atendimento médico apropriado, e
  - alertar o hospital sobre a chegada do paciente.

– **Criar infra-estrutura própria.** Um grupo de seguradoras juntas pode criar uma infra-estrutura de apoio aos serviços de educação, assessoria, conexão com hospitais e unidades médicas afins, e assistência móvel para traumas.

Embora não seja possível evitar que ocorra um desastre natural, é possível minimizar seus efeitos sobre a população segurada por meio de treinamento *(ver Quadro 63).*

Quadro 63 **Enfrentando o desastre: A experiência japonesa**

No Japão, o terremoto Kobe de 1995 motivou uma tendência cívica, com ação rápida das famílias no núcleo da reação coletiva à crise. Talvez isto não deva ser tão extraordinário, à medida que uma característica diferente da sociedade japonesa é a força das cooperativas, inclusive cooperativas de seguradoras. A Zenrosai, Federação Nacional de Trabalhadores e Cooperativas de Consumidores de Seguro, ajudou as vítimas com dinheiro, assessoria e serviços psicológicos; a JCCU conduziu o comércio e os negócios de grupos ao intermediar a criação de um sistema nacional de segurança para socorro no desastre.

Ao mesmo tempo, as atividades para atenuar o desastre permaneceram concentradas na família. A Associação de Seguro de Ramos Elementares do Japão desenhou um programa destinado às crianças da escola primária para conscientizá-las melhor sobre os desastres e aumentar a capacidade delas de superar estes eventos. A ferramenta pedagógica interativa não é apenas informativa, mas também é divertida para as crianças. Primeiro, é feito um resumo para elas sobre a ideia básica que está por trás da atividade, e elas são então divididas em pequenos grupos e levadas para os arredores de suas cidades. As crianças vão até setores que desempenham um papel importante quando ocorre um desastre como, por exemplo, delegacias de polícia e hospitais, e conversam com as pessoas que trabalham nesses locais. Quando voltam para a sala de aula, desenham um mapa dos setores relacionados com a ocorrência de desastres em suas cidades, e enfeitam o mapa com fotografias e folhetos que ganharam durante a viagem.

O terremoto Kobe também levou a um entendimento da cobertura de catástrofe natural. A Zenrosai e outra cooperativa de seguradoras, a Zenkyoren (Federação Nacional de Seguro Mútuo de Cooperativas Agrícolas), uma das seguradoras com os maiores ativos do mundo, possui atualmente mais de 15 milhões de apólices de seguro de catástrofe natural. As apólices oferecidas por estas cooperativas são "apólices multitarefa", onde os pagamentos de seguro são organizados ou adiantados em função do coeficiente de sinistro.

Fonte: Adaptado da Associação de Seguro de Ramos Elementares do Japão e dos websites da Zenrosai e da Zenkyoren

6 Avaliando o retorno sobre o investimento em prevenção

Como uma microsseguradora deve fazer para determinar a medida de prevenção necessária, se esta valeria à pena, e como seu valor pode ser comparado a outras medidas que possivelmente sejam tomadas? Em geral, este exercício se resume a um processo que consiste de quatro etapas:

1. **Identificar tendências de sinistros.** A primeira etapa diz respeito apenas à gestão básica do seguro: monitorar sinistros, a fim de verificar se existem alguns padrões ou tendências nas *causas mortis*, tipos de doença ou outros riscos e perigos.
2. **Desenvolver estratégias de prevenção.** Caso haja tendências de sinistros, quais são aquelas que podem ser controladas, e por que tipo de programa de prevenção? As medidas propostas estão dentro da capacidade da seguradora para implementá-las? Qual é o custo das medidas e qual é o retorno esperado em termos de sinistros mais baixos?
3. **Introduzir atividades de prevenção.** Caso medidas particulares pareçam ser eficazes em termos de custo, os recursos humanos e financeiros necessários precisam ser identificados e as atividades introduzidas.
4. **Monitorar os resultados.** Para justificar os investimentos em prevenção, a seguradora precisa verificar as reduções correspondentes nos sinistros. O programa resultou em alguma redução nos sinistros? Isto é mais ou menos o que a Microcare fez em Uganda, conforme descrito no Quadro 64. Ao avaliar a eficácia de uma medida de prevenção, a microsseguradora pode querer considerar o mercado intangível ou o valor de promoção da atividade, além do benefício tangível de custos de sinistros mais baixos.

Quadro 64 **Microcare: Utilizar mosquiteiro de cama tratado com inseticida para reduzir sinistros de Malária**

A Microcare é uma organização de microsseguro independente, que foi transformada de entidade sem fins lucrativos em uma companhia de seguros completamente amadurecida em Uganda, especializada em seguro saúde. A Microcare se

concentra no mercado de baixa renda, originado de setores formais e informais e que se estende a áreas urbanas e rurais. O objetivo da Microcare é garantir "acesso à saúde de qualidade, a preço acessível".

A malária é endêmica em todo Uganda e é o diagnóstico mais comum dos clientes de seguro saúde da Microcare, particularmente em áreas rurais. De forma cumulativa, o custo de sinistros pago pela Microcare por malária é maior do que em qualquer outro diagnóstico. Para piorar as coisas, o custo para tratar a malária em Uganda aumenta à medida que sua resistência à cloroquina se alastra sobre uma vasta área. A cloroquina foi o tratamento mais barato normalmente utilizado para malária, em que uma série custa menos do que US$1. A resistência à droga forçou o Ministério da Saúde de Uganda a mudar o protocolo recomendado para tratamento de primeira linha, para um esquema fixo de tratamento baseado nos componentes da Artemisina, acompanhados por outra droga (para desestimular também a resistência à Artemisina). Estas combinações baseadas em Artemisina custam em torno de US$7 uma série.

Em Uganda, o tipo de malária mais comum é a *falciparum*, o tipo mais perigoso, que pode causar malária cerebral e morte, particularmente em imunodeficientes (por exemplo, crianças). A malária *falciparum* leva frequentemente à hospitalização, caso não seja tratada rapidamente ainda no estágio inicial. A epidemiologia da doença é complicada, também pelo surgimento contínuo de novas variações, às quais a população local não está imune. O inseto vetor desta doença, o mosquito fêmea anófele, se desenvolve em Uganda, particularmente durante a estação chuvosa. Este fator, combinado com o surgimento das novas variações, leva a graves e intermitentes epidemias sazonais desta já pandêmica doença.

O uso dos mosquiteiros tratados com inseticida (*ITNs – Insecticide Treated Nets*) é uma medida de prevenção da malária adotada amplamente e bem documentada. Normalmente, estes mosquiteiros são tratados com componentes baseados em *parmethrin* (um derivado da planta *pyrethrum*). O tratamento se dá por meio da aplicação de tipos de inseticida de ação prolongada no tecido durante sua produção, que são liberados aos poucos durante os dois ou três anos de expectativa de vida do mosquiteiro, ou por imersão regular do mosquiteiro em uma solução de inseticida após a lavagem.

Atuando como uma barreira, o mosquiteiro não deixa que os mosquitos pousem nas pessoas que estejam dormindo para picá-las. O mosquiteiro é tratado com um inseticida, de modo que quando os mosquitos são atraídos até uma possível vítima humana, eles pousam na parte externa do mosquiteiro. Enquanto estão pousados no mosquiteiro, os mosquitos absorvem uma dose do inseticida, adequada para matá-los ou deixá-los fracos. Visto que os mosquitos anófoles geralmente não picam as pessoas durante o dia, os mosquiteiros de cama tratados dão uma importante contribuição para conter a malária. Entretanto, as pessoas ainda estão vulneráveis à noite, antes de irem para cama, e quando acordam cedo

pela manhã – uma limitação inevitável para a eficácia dos mosquiteiros para prevenção da malária. Em Uganda, um mosquiteiro de cama de casal tratado com inseticida custa em torno de US$6.

A Microcare já começou a fornecer mosquiteiros subsidiados (metade do preço) tratados com inseticida para clientes rurais, e tem tido boa aceitação. A lógica dos mosquiteiros subsidiados, diferente de oferecê-los gratuitamente, é que a população dá mais valor quando paga por alguma coisa, e ao dar valor, costuma fazer uso de forma mais adequada.

Considerando que os clientes, frequentemente, sofrem mais de um ataque de malária por ano, e que mais de uma pessoa dormirá sob um mosquiteiro de cama de casal, a economia torna o argumento convincente. Um subsídio de US$3 para proteger duas ou mais pessoas que costumam contrair frequentemente a doença, cujo esquema fixo de tratamento com uma nova droga custaria US$7. Os mosquiteiros devem continuar sendo adotados por vários anos e passaram a ser uma ferramenta de marketing popular da Microcare.

A avaliação de seu impacto neste ponto (seis meses desde o início do programa de subsídio do mosquiteiro) não pode ser feita com exatidão porque é necessário completar um ano inteiro de intervenção para levar em conta as variações sazonais na epidemiologia. Entretanto, a "adesão" da comunidade de clientes em relação às medidas de prevenção já foi constatada. A prevenção ajuda a neutralizar o argumento "eu paguei meu prêmio, mas não fiquei doente", ao que a seguradora pode responder: "A razão de você não ter ficado doente é o nosso programa de prevenção"!

Portanto, a Microcare agora está com sua atenção voltada para preparar programas objetivando outras doenças mais receptivas à prevenção e educação. Infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/AIDS), doenças provenientes da água e relativas a saneamento e a "doenças ocidentais" que estão surgindo como, por exemplo, a obesidade e a consequente diabetes (Tipo II) no adulto, tudo isto está sob desenvolvimento ativo de material de treinamento por parte do Departamento de Saúde Preventiva da Microcare.

Um programa básico como o da Microcare e aqueles ressaltados nas Caixas de Texto 60 e 61 demonstram que alguns programas simples e de controle eficaz de sinistros podem ser introduzidos por microsseguradoras em diversas condições locais, possivelmente em parceria com outras organizações e agências do governo.

No seguro convencional, atribuir um preço para as medidas de controle de sinistro de danos materiais é relativamente simples. Caso uma seguradora de ramos não-vida estime sinistros de um milhão em automóveis, em um determinado ano, para reposição do vidro dianteiro, e caso uma oficina autorizada ofereça um desconto de três dólares em cada vidro, a seguradora economizaria US$3 milhões menos o custo de um programa de comunicação para assegurar que todas as filiais exijam que os reclamantes se dirijam à oficina escolhida.

Entretanto, como uma seguradora pode determinar o preço de uma medida de prevenção desenvolvida para baixar o custo dos sinistros de doenças ou danos pessoais? O programa da Microcare em Uganda, utilizando valores comparativos para experiência de sinistros antes e depois da implementação do programa, indica o caminho para as microsseguradoras. Entretanto, quando elas avaliam a eficácia em termos de custo de um número de programas, mais precisamente com o objetivo de escolher o que seja mais adequado, o cálculo fica complicado, e os especialistas, como estatísticos e atuários, precisam estar envolvidos.

7 Conclusões

Os principais pontos e recomendações deste capítulo são:

- O controle de sinistros conta com dois elementos chave: prevenção de sinistro e minimização de perda.
- A prevenção de sinistro incluiu uma técnica profissional no seguro do segmento não-vida, e resultou em uma melhoria nos riscos e padrões de segurança, assim como economizou em custos de sinistros para as seguradoras e em prêmios para os segurados.
- Seguradoras de vida e saúde também podem alcançar estes benefícios, à medida que o mundo enfrenta novas ameaças de pandemias virais e perigos do meio ambiente.
- As microsseguradoras podem adaptar medidas e benefícios no que se refere à prevenção de sinistro e minimização de perdas na indústria, e ajudar os segurados a ficarem menos propensos a doenças e mais bem preparados para lidar de forma eficaz com os reveses na saúde. Estas medidas podem ajudar a reduzir custos para os segurados (prêmios mais baixos), assim como para a seguradora (menos reclamações de sinistros).
- Uma ampla rede de programas simples e eficazes de controle de sinistro pode ser introduzida pelas microsseguradoras em diversas condições locais, possivelmente em parceria com outras organizações e agências do governo.
- Para calcular o valor e a eficácia em termos de custo das medidas de prevenção, as microsseguradoras podem, com bastante atenção, analisar valores comparativos de experiência de sinistros antes e depois da implementação de um programa de prevenção.
- A prevenção de sinistro pode demonstrar que seguro não é apenas cobrar prêmio e pagar sinistro. Trata-se de um pacote abrangente, que protege e cuida da população.

3.10 Indicadores de desempenho e *benchmarking*

Denis Garand e John Wipf[1]

Os autores agradecem a revisão e as sugestões oferecidas neste capítulo por Alexia Latortue e Aude de Montesquiou (CGAP), e Ellis Wohlner (consultor da SIDA)

O microsseguro tem o potencial para garantir a proteção muito necessária para o pobre. Visto que o microsseguro é relativamente novo, ele oferece oportunidades para a indústria do seguro descobrir novas e melhores habilidades, como desenvolver mecanismos de venda a custo baixo para que este mercado realmente cresça. Um grupo real de *benchmarks* na forma de padrões operacionais e indicadores de desempenho pode ser um excelente guia para gestores de microsseguro que buscam melhoria e excelência contínuas.

Nas indústrias de seguro maduras, por exemplo, as agências de classificação e os reguladores utilizam índices de seguro chave para monitorar e identificar as companhias que estão sob risco de falência. Isto permite a intervenção na hora certa, o que pode salvar a companhia de seguros. Da mesma forma, as companhias de seguros utilizam os *benchmarks* de desempenho da indústria a fim de se compararem com seus competidores, o que as ajuda a entender as áreas que precisam ser melhoradas. Um importante grupo de indicadores associado aos valores de *benchmark* aceitos pela indústria (padrões de desempenho) pode ser um alerta para os gestores, conselho diretor e outros participantes interessados, ajudando-os a assegurar que a companhia permaneça solvente e que o desempenho continue a melhorar.

Desenvolver indicadores de desempenho chave para microsseguro e, periodicamente, publicar o índice de desempenho resultante da relação entre todos os sistemas de microsseguro participantes e um grupo estabelecido de *benchmarks* deve ser uma prioridade, visto que isto contribui para o desenvolvimento de um mercado de microsseguro saudável, transparente e de bom tamanho. Padrões de desempenho são objetivos operacionais que ajudam uma microsseguradora a ser viável, enquanto os indicadores são utilizados para medir a extensão dos padrões estabelecidos. Estes indicadores, tanto qualitativos quanto quantitativos, devem estar concentrados, principalmente, nas medidas financeiras chave, desde que estas medidas forneçam uma avaliação rápida da organização. Devem cobrir toda uma gama de operações, incluindo marketing e distribuição, investimentos e ge-

[1] As referências a Bungwe (Ruanda), a TYM e Dong Trieu (Vietnã), Confederação Vida (Canadá) e ao mercado de seguro funeral nas Filipinas se baseiam em experiências dos autores.

renciamento de risco. Os gestores devem medir o desempenho de suas operações e compará-lo com os índices de organizações similares uma vez por ano, pelo menos. Os filantropos também querem avaliar a posição atual de um parceiro em relação a outros na indústria.

O objetivo principal deste capítulo é discutir alguns dos indicadores mais importantes que devem ser incluídos. Além disso, o capítulo aborda os motivos pelos quais estes indicadores são úteis na avaliação da saúde geral de um programa de microsseguro, e destaca as áreas que podem necessitar de mais desenvolvimento. Para que estes indicadores sejam úteis e possam ser administrados, devem ser adotados, inicialmente, apenas de 5 a 12 indicadores chave. Caso haja um interesse maior, os gestores podem expandir para indicadores mais detalhados destinados a separar questões mais específicas.

Considerando que existe uma enorme variação entre países, culturas e setores afins no que se refere à introdução do microsseguro, a proposta é que os indicadores analisados neste capítulo englobem a maioria das situações e sejam aplicados ao microsseguro como um todo – ou seja, um sistema formado por um ou mais dos seguintes componentes: um agente de vendas de uma companhia de seguros, um prestador de serviço, um administrador terceirizado, uma companhia de seguros ou uma organização de microsseguro que aceite risco de forma independente.

O princípio básico é que uma organização que promove microsseguro tenha interesse em entender todos os aspectos do programa de seguro, e tenha como objetivo sua sustentabilidade a longo prazo. Este capítulo aborda os indicadores em quatro áreas chave: 1) marketing e distribuição, 2) gestão financeira e viabilidade, 3) eficiência e preço cobrado ao cliente e 4) gestão do investimento.

1 Marketing e distribuição

A eficácia do marketing e da distribuição é uma das exigências mais importantes da sustentabilidade de um sistema de microsseguro a longo prazo. Sem um plano de marketing bem sucedido, é improvável que a organização atinja ou detenha a massa necessária que define sua sobrevivência. O marketing bem sucedido, em contrapartida, depende muito da satisfação do cliente em relação aos serviços e preços dos produtos. Nesta categoria, existem três índices chave: participação, renovação e persistência.

Como um indicador da eficácia do marketing, a **taxa de participação** refere-se à proporção de membros elegíveis de uma população alvo que participa do programa de microsseguro em um determinado momento.

Taxa de participação = *número total de membros/membros elegíveis de uma população alvo*

A situação ideal é quando uma proporção muito grande de uma população alvo participa voluntariamente em um programa de microsseguro, o que, em geral, indica que a população aceitou o conceito de unir riscos e recursos. Também é provável que estes participantes tenham um bom entendimento dos pacotes de benefícios, e saibam como acessar estes benefícios.

Em Ruanda, o sistema de microsseguro saúde de Bungwe lançado em 2001 alcançou 24 por cento de taxa de participação em seu primeiro ano de operação. Crescendo a cada ano, em 2005 esta taxa atingiu uma extraordinária marca de 95 por cento de companhias participantes. Este sistema foi viável em seu primeiro ano de operação. O sucesso do programa pode ser atribuído ao fato dos clientes compreenderem a questão da solidariedade, e enxergarem grande mérito no sistema, já que ele garante acesso ao centro de saúde do vilarejo e aos serviços de ambulância, e ao fato dos criadores do sistema estarem bem sintonizados com as necessidades da população.

Apresentando um quadro diferente do acima, na TUW SKOK na Polônia, apenas 10 por cento dos associados das uniões de crédito alvo se cadastraram nos serviços voluntários da seguradora. Esta baixa taxa de participação pode indicar que as linhas de produto não sejam atrativas para a maioria dos associados, ou que os associados consideram os produtos e a oferta de serviços ruins ou, provavelmente, que as habilidades de marketing do canal de distribuição sejam ineficazes. De qualquer modo, os gestores devem prestar atenção no valor baixo deste indicador e tentar entender porque ele não é capaz de atrair um percentual maior de seu mercado alvo.

Uma forma de alcançar uma taxa de participação alta é instituir cobertura compulsória. Isto é possível somente em certos casos como, por exemplo, para os prestamistas de um MFI ou quando os associados da cooperativa votam a favor da cobertura obrigatória na reunião anual, porém, na prática, isto é impossível de se fazer em um sistema comunitário. O CARD nas Filipinas exige que todos os seus prestamistas elegíveis estejam registrados na associação de benefícios mútuos (MBA do CARD). Da mesma forma, a TYM e a Dong Trieu no Vietnã, exigem que seus prestamistas de microfinanças participem do sistema de microsseguro.

A cobertura obrigatória não significa que a microsseguradora pode ficar descansada com relação a seus esforços de marketing. Estes produtos e serviços devem ser vendidos de forma contínua e o valor do bem mantido, caso contrário, aumentará a resistência à participação voluntária. O CARD parece ser bem sucedido nesta questão, com muitos associados da MBA declarando que os produtos de seguro são a principal razão para eles se associarem ao CARD *(ver Quadro 65).* Além disso, em 2004, ao se concentrarem nas discussões do grupo, os clientes de Dong Trieu expressaram satisfação com o programa de microsseguro, independente de seus benefícios limitados, principalmente porque os clientes se sentiam honrados em contribuir para um fundo que algum dia pudesse ajudar outros companheiros a enfrentarem as dificuldades. Em ambos os casos, as organizações foram bem sucedidas ao introduzirem programas de microsseguro com participação compulsória.

Quadro 65

O grande valor dado do seguro

Em um relatório de qualidade de 2002 realizado pela Freedom from Hunger, 12 dos 27 grupos foco entrevistados apontaram o seguro da MBA como *o aspecto mais valioso de toda a carteira de produtos do CARD.* Este resultado difere da experiência com sistemas similares de outros países, onde a taxa do seguro obrigatório de uma instituição que oferece poupança e crédito, nunca é a mais alta em uma escala de preço do produto, muitas vezes por causa de sua natureza intangível.

Fonte: Adaptado de McCord e Buczkowski, 2004

A **taxa de renovação** é um indicador relativo, porém, se aplica especificamente aos produtos temporários (produtos com um prazo fixo de cobertura como, por exemplo, um ano). É definida como o percentual de clientes que tinham cobertura no ano anterior e ainda são elegíveis para renovação, que estão renovando suas coberturas a termo. Isto reflete (dentre outras coisas) a satisfação do cliente com o produto temporário que foi comprado.

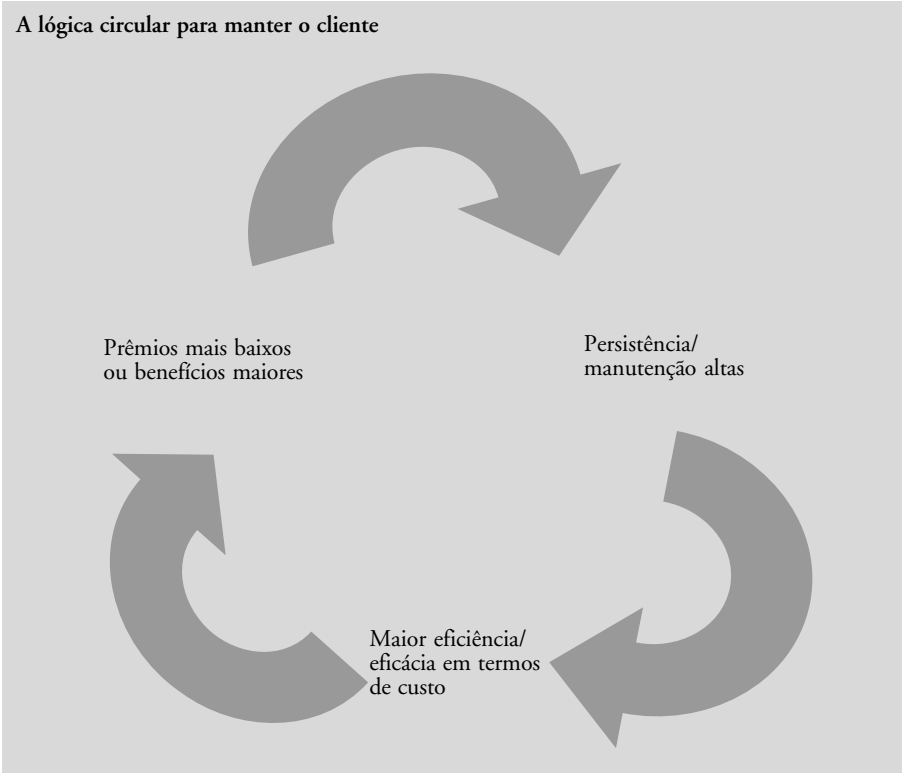
$$\textit{Taxa de renovação} = \frac{\textit{(número de clientes do Ano X que continua com cobertura no Ano X + 1}}{\textit{(número de clientes no Ano X)}}$$

Uma medida mais comum é a **taxa de persistência**, que é o número de clientes de um grupo que continua com sua cobertura em uma data posterior, dividido pelo número de clientes do mesmo grupo com cobertura no Ano X. É mais comum do que a taxa de renovação, visto que se aplica tanto à cobertura temporária quanto à cobertura permanente.

Para planos com participação voluntária, as taxas de renovação e de persistência baixas, muitas vezes, são um indicativo de insatisfação do cliente, possivelmente devido à comunicação ruim, preço de produto inaceitável, pagamentos de sinistro insatisfatórios, e etc.

Operacionalmente, taxas de participação e de persistência altas ajudam a reduzir as despesas administrativas. Agregam valor ao produto, à medida que uma proporção maior do prêmio pode reverter em benefícios, o que em contrapartida, estimula uma participação até mais ampla e a longo prazo *(ver Figura 22).* Por exemplo, na Guiné, a taxa de renovação da UMSGF de 81 por cento, que é considerada relativamente alta, e uma taxa de participação de 30 por cento entre a população alvo, ajudam a alcançar um coeficiente de despesa baixo, de apenas 18 a 20 por cento do prêmio bruto. Este coeficiente de despesa baixo permite que o sistema ofereça benefícios mais atrativos, e pode ser um motivo para a taxa alta das renovações.

Figura 22 **A lógica circular para manter o cliente**



Por outro lado, taxas de renovação baixas sobre vigências prorrogadas aumentarão os custos por unidade de seguro, uma vez que os custos fixos do programa devem ser distribuídos por poucas unidades de seguro, o que desestimula a participação e a persistência, ainda que as despesas altas resultem em um preço reduzido do produto. É muito provável que a ambivalência da Delta (Bangladesh) em relação à sua taxa de persistência baixa contribua para seu coeficiente de despesa alto (embora melhorando) e, da mesma forma, é provável que o coeficiente de despesa alto reforce as taxas de persistência baixas devido ao preço ruim.

O leitor pode ficar curioso sobre esta questão. "Quais são as taxas de participação e renovação/persistência aceitáveis?" Não existe uma resposta direta para esta pergunta, pois depende de fatores como, por exemplo, o tipo de sistema de microsseguro, o tamanho da população alvo, o canal de distribuição e há quanto tempo o programa foi criado. Um sistema associado a MFI como, por exemplo, o do CARD, não pode ser comparado com imparcialidade a um programa como o da Delta, que confia em um exército de pessoas que vendem apólices individuais, sem qualquer tipo de controle do mecanismo de pontuação.

Isto sugere que as fórmulas de pontuação para o grupo de indicadores proposto deve considerar como parâmetro, o tipo de sistema de microsseguro, o tempo decorrido desde sua criação, suas linhas de produto, o mercado alvo, os canais de distribuição, e etc. Por exemplo, isto pode bem significar que um sistema de se-

guro saúde baseado na comunidade que alcance 30 por cento de participação no Ano 5 seria considerado como bom, ou melhor do que seu produto de seguro prestamista voluntário comercializado para seu mercado alvo definido criteriosamente como, por exemplo, seus prestamistas.

A cobrança de um preço bom resulta não apenas de um coeficiente alto obtido da relação entre pagamento de prêmio e benefício, mas também da satisfação com o serviço. É provável que as taxas de renovação baixas da VimoSEWA tenham melhorado nos últimos anos, em parte devido ao serviço ter melhorado e dos sinistros de valores mais baixos terem mudado ao longo do tempo *(ver Tabela 32)*. Por outro lado, relatórios detalhados sobre satisfação do cliente confirmam que grandes atrasos nos pagamentos de sinistros, mínimos esforços sobre os serviços de apólice, e taxas altas de recusa de sinistros, provavelmente, não colaboraram de forma alguma para a taxa de presistência baixa da Delta.

Tabela 32 **A melhora no serviço aumenta a manutenção de clientes na VimoSEWA (Índia)**

Período	*Taxa de renovação (%)*	*Prazo para pagar sinistros saúde (em dias)*
2002	Não disponível	90
2003	48	70
2004	51	62
2005	59	59

Observação: O prazo em dias para ressarcir sinistros de saúde é medido a partir da data da hospitalização. O prazo médio para um associado apresentar uma reclamação é de 40 dias.

Infelizmente, em algumas situações, as taxas de persistência baixas podem, de fato, resultar em lucros mais altos para a companhia. Por exemplo, o mercado de seguro funeral nas Filipinas (que oferece, principalmente, planos pré-pagos de educação, pensão e funeral) lucra bastante com os pagamentos dos baixos valores pecuniários pré-pagos sobre o resgate das apólices de seguro funeral.[2] A estratégia de algumas companhias inescrupulosas é oferecer taxas de comissão muito altas para agentes individuais nos primeiros anos de apólice, porém, reduzir drasticamente as comissões no terceiro ano e em anos posteriores em um plano de cinco a dez anos. O resultado obtido são vendas muito agressivas, muitas vezes, para compradores indecisos que cancelam suas apólices ou deixam que elas percam a validade em massa no terceiro e quarto ano de apólice, quando os agentes estão com a atenção voltada para outro assunto. A companhia lucra a partir dos primeiros cancelamentos, visto que são muito poucos os pagamentos de resgate.

[2] O mercado de seguro funeral nas Filipinas é um subsetor especial da indústria de seguros, onde as companhias oferecem planos de poupança com características de seguro para suprir necessidades futuras como, por exemplo, aposentadoria, casamento de filhos, despesas de funeral, educação, e etc. Este subsetor é regulado atualmente pela Comissão da Bolsa de Valores, mas há uma tramitação pendente quanto a sua transferência para o Comitê de Seguros.

Obviamente, estas práticas de venda são contrárias ao espírito do microsseguro. Em alguns países, o mercado de baixa renda está exposto a sistemas de seguros desonestos e, portanto, as verdadeiras microsseguradoras precisam trabalhar com mais afinco para demonstrar que são, de fato, diferentes.

2 Gestão financeira e viabilidade

Um dos indicadores mais importantes é o resultado financeiro líquido da microsseguradora ou a **receita líquida**, por refletir o desempenho em todas as atividades no período analisado *(ver Tabela 33)*. O valor líquido de subsídios e as doações recebidas devem ser computados. Para medir a receita líquida, é necessário produzir um lucro e um demonstrativo de sinistro que sejam precisos, em um regime de competência,[3] levando em consideração todos os custos de administração do sistema, depreciação de equipamento, aumentos de reserva, e etc.

Receita líquida *(antes dos subsídios temporários) = Prêmio ganho + receita proveniente de investimento – sinistros incorridos – despesas operacionais – aumentos de reserva.*

Produzir demonstrativos financeiros precisos é uma importante função na gestão de um sistema de microsseguro. Os resultados devem ser demonstrados por linha de produto, a fim de ficar claro se o programa está resultando em lucro ou prejuízo. Isto exige uma alocação correta das despesas em um regime de competência e por linha de produto, bem como um cálculo correto das reservas atuariais, visto que os aumentos de reserva devem ser identificados como uma despesa. A capacidade de gerar um lucro e um demonstrativo de sinistro, um balancete e um demonstrativo de fluxo de caixa por linha de produto, deve ser um requisito padrão para todos os sistemas de microsseguro, e deve ser possível monitorar esta capacidade com o uso de indicadores qualitativos.

Alguns produtos como, por exemplo, seguro prestamista, em geral, são lucrativos no primeiro ano se introduzidos corretamente, enquanto outros como, por exemplo, seguro saúde, podem levar vários anos para alcançar lucratividade. Obviamente, uma receita líquida positiva durante vários anos sugere a viabilidade do sistema de microsseguro, pelo menos a curto prazo, enquanto uma organização com significativas e consecutivas receitas líquidas negativas enfrentará dificuldades para sobreviver por muito tempo, uma vez que seu capital e lucro acumulado serão consumidos a ponto da companhia ficar insolvente.

[3] Regime de competência é um método que mede o desempenho e a situação de uma companhia pelos eventos econômicos identificados à medida que ocorram, independentemente de quando os respectivos pagamentos sejam efetuados.

Tabela 33 **Exemplos de receita líquida**

Organização	*Data de início do microsseguro*	*Tipo de produto*	*Receita líquida na forma de percentual do prêmio ganho*
MBA do CARD	1994 informalmente 1999 registro formal	Seguro prestamista, vida total e poupança	31 (2003)
MUSCCO	1980	Seguro prestamista e acumulação em vida	40-45 (2003); informação incompleta sobre prêmio ganho
Spandana	1998	Seguro vida e de choupana	20 (2003-2004)
AssEF	2003	Seguro saúde	-24 (2004) antes dos subsídios
VimoSEWA	1992	Seguro vida, acidente, saúde e proteção de bens	-51 (2004) antes dos subsídios

O valor da receita líquida deve refletir os objetivos desejados pelo sistema. Os objetivos para dar início a um sistema são, em geral, garantir um preço bom para os participantes e permanecer viável em um período de médio a longo prazo. Para programas mais maduros, entretanto, os objetivos podem ser ampliados, a fim de refletirem um desejo por um retorno competitivo sobre o lucro acumulado e o capital dos acionistas ou associados, ou transformar o sistema em uma companhia de seguros totalmente capitalizada.

A receita líquida tem um efeito diferente sobre o **coeficiente de solvência** aqui definido como o total de passivos de um sistema de microsseguro dividido por seus ativos admitidos.[4] Evidentemente, este índice precisa ficar abaixo de 1 para o sistema ser tecnicamente solvente. Por exemplo, as MBAs nas Filipinas são obrigadas pelo Comitê de Seguros a manter o coeficiente de solvência em 0,80, ou abaixo deste índice.

Coeficiente de solvência *= total de passivos / total de ativos admitidos*

Outro indicador importante para esta categoria é o **coeficiente de liquidez**. Mesmo que uma microsseguradora tenha um coeficiente de solvência saudável, ainda pode vir a ter problemas para pagar os sinistros e as despesas, caso não disponha de numerário adequado ou investimentos altamente líquidos, prontamente conversíveis em numerário a curto prazo *(ver Quadro 66).* Uma quantidade grande de numerário, por outro lado, costuma significar que o sistema está abrindo mão de oportunidades de investimento, o que resultará em prêmios mais altos ou benefícios mais baixos para os participantes.

[4] **Ativos admitidos** são aqueles ativos que o regulador permite que sejam incluídos no cálculo do índice de solvência; normalmente, são ativos de qualidade mais alta, porém, também podem incluir alguns itens como, por exemplo, o valor residual dos equipamentos da companhia.

Coeficiente de liquidez = *numerário e investimentos altamente líquidos/ pagamentos prováveis no prazo de um ano*

Quadro 66

O que acabou com a Confederação Vida do Canadá?

No caso de companhias de seguros desenvolvidas, uma razão clássica para falência é a iliquidez. Uma companhia de grande porte no Canadá, a Confederação Vida, faliu principalmente devido à alta proporção de seus fundos investidos em bens ilíquidos. Até 1990, a Confederação Vida era uma das maiores companhias de seguros de vida no Canadá. Seu investimento excessivo em bens ocasionou problemas, entretanto, quando o próspero mercado imobiliário começou a cair, resultando em grandes perdas em valor para a companhia. Mais importante ainda, isto desencadeou uma crise de liquidez. Em 12 de agosto de 1994, os reguladores declararam a insolvência da empresa. Muitos anos mais tarde, os administradores da massa falida conseguiram pagar todas os passivos pendentes da seguradora, depois de terem tido tempo suficiente para vender os ativos da companhia.

3 Eficiência e preço cobrado ao cliente

Conforme mencionado acima, o bom preço do produto é um dos mais importantes catalisadores da taxa de participação e faz com que o programa permaneça viável. O bom preço, entretanto, pode apenas ser alcançado com um baixo **coeficiente de despesa**, que é a proporção do prêmio ganho em um determinado período gasto com despesas operacionais incorridas no mesmo período.

Coeficiente de despesa = *Despesas operacionais incorridas/prêmio ganho*

Por definição, os prêmios de microsseguro são pequenos e, em geral, são cobrados em prestações fixas. O resultado é um número muito grande de transações em relação a valores de prêmio, que fica difícil manter um coeficiente de despesa baixo. Por este motivo, a viabilidade geralmente pode ser alcançada apenas no caso de um sistema de cobrança ser utilizado (*ver Capítulo 3.3)*. O melhor exemplo é um programa de microsseguro associado a uma MFI, onde os prêmios sejam cobrados junto com as quitações de empréstimos do microcrédito. Outro exemplo é o Yeshasvini (Índia), que colabora com as cooperativas produtoras de leite ao cobrar diretamente dos cooperativados, que então deduzem os prêmios da quantia que os agricultores recebem pelas vendas diárias de leite. Os produtos voluntários destinados a uma comunidade mais abrangente também exigem algum mecanismo para alcançar números grandes de participantes de forma eficaz como, por exemplo, utilizar poupanças ou grupos de crédito.

Como regra prática, para ser eficiente no microsseguro, o coeficiente de despesa pretendido deve se situar abaixo de 30 por cento nos primeiros anos do sistema, porém com uma tendência para chegar a 20 por cento, ou menos, depois que o programa se estabilizar. A MBA do CARD atinge um coeficiente de despesa abaixo de 20 por cento deixando o sistema de cobrança a cargo da MFI associada. Este objetivo é muito mais difícil de alcançar em sistemas como o da Delta, que oferece produtos de vida individual com cobrança de prêmio realizada por funcionários de campo que vão de porta em porta.

Um bom complemento deste indicador é o **coeficiente de sinistros incorridos**, definido como total de sinistros incorridos, dividido pelo prêmio ganho em um determinado período. O preço de um bom produto exige que, quando possível, o prêmio retorne aos associados na forma de benefícios. **Manter coeficientes de sinistros altos que, ao mesmo tempo, permanecem viáveis é o ponto crucial do desafio do microsseguro.** Evidentemente que isto pode ser alcançado apenas com o máximo de eficiência operacional, resultando em um coeficiente de despesa baixo e minimizando os retornos sobre o investimento em fundos de reserva do sistema *(ver Tabela 34).*

Coeficiente de sinistros incorridos *= sinistros incorridos/prêmio ganho*

Muito embora a MBA do CARD tenha um índice de despesa abaixo de 20 por cento, seu coeficiente de sinistro para seguro prestamista é aproximadamente 16 por cento, que é muito baixo. Caso este coeficiente de sinistro baixo seja mantido ao longo do tempo, muitos associados podem questionar o mérito do programa de seguro. A MBA também deve considerar a redução das taxas do seguro prestamista ou fornecer algum benefício adicional, já que tanto os pagamentos de dividendos como o subsídio cruzado de produtos não são permitidos no caso de uma MBA.

A Delta, com seu alto índice de despesa de mais de 40 por cento e um coeficiente de sinistros muito baixo, põe em dúvida o mérito de fornecer produtos de seguro dotal para mercados de baixa renda – talvez produtos individuais de seguro dotal possam não ser os melhores veículos de poupança para o pobre *(ver Capítulo 2.2).*

Outra medida nesta categoria é o **prazo de pagamento** – quantos dias são necessários para o cliente receber um pagamento após a ocorrência de um evento. Pagar sinistros prontamente é um aspecto importante do preço de bens e serviços. Os modelos de microsseguro saúde que utilizam um sistema que não envolve dinheiro garantem auxílio imediato ao cliente, e tais sistemas elevam a pontuação sobre este indicador.

Tabela 34 **Coeficientes de despesa e de sinistros de alguns sistemas de microsseguro**

Sistema de microsseguro	*Coeficiente de despesa (%)*	*Coeficiente de sinistros incorridos (%)*	*Comentários*
MBA do CARD	17	16 (seguro prestamista) 60 (vida total)	A MBA do CARD é extremamente eficiente, mas não o suficiente destes lucros é devolvido na forma de benefícios, resultando em um crescimento rápido de seu lucro acumulado – mesmo assim os clientes acham que o programa tem um excelente preço. Não se pode esperar que isto dure indefinidamente.
Spandana	4	91	A Spandana combina despesa baixa e um coeficiente de despesa alto, o que garante aos sócios preços excelentes.
MUSCCO	15	40	Há preço bom para clientes, mas após o sistema ter constituído reservas, o preço precisa ser melhorado.
AIG Uganda[1]	41	37	Preço ruim.
Delta	41	10	O coeficiente combinado de despesa alta e benefício baixo dobra conforme a viabilidade a longo prazo deste produto.
Yeshasvini	10	140	O coeficiente de sinistros é alto porque o plano recebeu um subsídio do governo em 2004; deve diminuir no próximo ano, já que o prêmio dobrou. O programa ainda é muito novo para se fazer uma avaliação de sua viabilidade no futuro.
AssEF	28	71	Com estes coeficientes, o programa tem muito pouca margem para constituir reservas para se proteger da variação de sinistros.

[1] Estes coeficientes levam em consideração apenas o prêmio pago à seguradora pelas MFIs, e não a taxa adicional retida pelas MIFs para pagar suas despesas.

4 Gestão do investimento

Conforme discutido no Capítulo 3.6, quando há uma acumulação de capital, a gestão do investimento precisa ocorrer de modo a otimizar o preço. A gestão incorreta dos ativos é a principal razão da falência de companhias de seguros. As microsseguradoras que oferecem produtos de acumulação de bens a longo prazo precisam estar extremamente atentas no que se refere a administrar seus ativos profissionalmente.

A diversificação e a qualidade do ativo são as melhores formas de medir a carteira, e ambas são, portanto, indicadores importantes para medir a sustentabilidade. A medida de **diversificação do ativo** deve refletir o valor investido em um determinado ativo, incluindo uma organização afim, enquanto a medida de **qualidade do ativo** deve refletir a qualidade total da carteira. Por exemplo, como regra geral, não mais do que 10 por cento dos ativos devem estar alocados em um investimento ou em uma organização afim. A exposição excessiva em bens é outro perigo, uma vez que isto, em síntese, prejudicará a liquidez e dificultará o sistema no atendimento de suas obrigações relativas a sinistros e despesas em tempo hábil.

A MBA do CARD e a VimoSEWA tinham, recentemente, uma alta concentração de investimentos em uma organização afim, a carteira de empréstimo de uma MFI.[5] Trata-se de um perigo muito bem conhecido, e as taxas de ambas as microsseguradoras são baixas nesta categoria. A maioria dos estudos de caso dispõe de muito pouca informação sobre diversificação do ativo, qualidade do ativo e investimentos em geral.

Caso a organização disponha de garantias de longo prazo, deve ter então a capacidade de realizar a **compatibilização ativo-passivo** (**ALM – Asset-Liability Matching**). Este processo exige projeções do fluxo de obrigações (sinistros, despesas, maturidades, etc.) e a capacidade de diversificar os investimentos periodicamente a fim de assegurar que o retorno do investimento seja regulado para coincidir com as obrigações futuras do fluxo de caixa. Uma carteira com garantias a longo prazo que não é administrada desta forma pode resultar em falência, com muita facilidade. Caso o sistema não tenha capacidade para tal, deve terceirizar a gestão dos investimentos com uma empresa profissional. O desempenho da gestão dos investimentos deve ser monitorado por meio de indicadores qualitativos.

Uma microsseguradora que ofereça garantias com taxas de juros a longo prazo deve contar com acesso imediato às ferramentas de investimentos de qualidade, com prazos e taxas de juros compatíveis para cobrir o pagamento das garantias. Em geral, garantias com taxas de juros a longo prazo não devem ser oferecidas sem a segurança de que estejam associadas ao desempenho real da carteira *(ver Capítulo 3.6).* Os indicadores devem ser desenvolvidos para monitorar estas práticas.

[5] Uma vez terminados os estudos de caso, a MBA do CARD e a VimoSEWA tomaram as medidas corretivas e reduziram drasticamente seus investimentos em empresas afins.

5 Conclusões

O *benchmarking* de desempenho é um recurso importante que os provedores de microsseguro dispõem para fazerem uma avaliação de seu desenvolvimento, ou para as organizações doadoras entenderem suas exigências quanto a desenvolvimento. Alguns destes indicadores mais importantes para uma avaliação preliminar das operações e práticas de uma microsseguradora são:

Marketing e distribuição
- Taxa de participação
- Taxa de renovação
- Taxa de persistência

Gestão financeira e viabilidade
- Receita líquida
- Coeficiente de solvência
- Coeficiente de liquidez

Eficiência e preço cobrado ao cliente
- Coeficiente de despesa
- Coeficiente de sinistros incorridos
- Prazo de pagamento

Gestão do investimento
- Diversificação do ativo
- Qualidade do ativo
- Compatibilização ativo-passivo
- Compatibilização das garantias de taxas de juros

O objetivo destes indicadores é apontar as áreas chave que exigem atenção dos gestores. Uma vez encontrada alguma deficiência, é necessário pesquisar para descobrir a fonte do problema e desenvolver soluções que melhorarão os resultados em anos futuros de operação.

Além destas quatro categorias, outros indicadores importantes também devem ser desenvolvidos nas áreas de **gerenciamento de risco, estrutura legal e organizacional, gerenciamento operacional, difusão na comunidade e seguro saúde**. A última categoria deve identificar alguns dos desafios especiais envolvidos na oferta de saúde.

Os autores desenvolveram a princípio, corretamente, um grupo de 40 indicadores, além de nove categorias e mecanismos associados de pontuação. Algumas microsseguradoras renomadas discutidas neste livro foram avaliadas em um teste utilizando este grupo de indicadores – a informação foi extraída de estudos de caso do CGAP.

No exemplo abaixo, para cada indicador foi atribuída uma possível pontuação, a fim de dar a eles um peso na pontuação total. A pontuação total possível para uma microsseguradora é a soma dos pontos individuais para aqueles indicadores importantes para a microsseguradora, ou passíveis de serem medidos. Visto que nem todos os indicadores são aplicáveis a uma microsseguradora, ou podem ser medidos, a pontuação total possível pode variar. Por exemplo, uma medida de indicador qualitativo, sejam ou não as tarifas pelos serviços negociadas com os provedores de seguro saúde, é aplicada apenas a uma microsseguradora de

saúde – para microsseguradoras sem um produto de saúde, foi estabelecida uma pontuação possível e real equivalente a 0 para este indicador. Da mesma forma, em casos onde os dados eram insuficientes para a avaliação de um determinado indicador, ambas as pontuações, a possível e a real, eram equivalentes a 0.

Sem entrar na metodologia de pontuação e na fórmula de pontuação que foram utilizadas, as classificações das microsseguradoras nos estudos de caso estão resumidas na Tabela 35.

Tabela 35 **Classificação de sistemas de microsseguro – Um exemplo**

Microsseguradora	*País*	*Potencial*	*Pontuação real*	*Pontuação de Classificação (%)*
Yeshasvini	Índia	122	100	82
TUW SKOK	Polônia	130	106	82
La Equidad	Colômbia	86	70	81
VimoSEWA	Índia	86	65	76
Tata-AIG	Índia	89	66	75
AssEF	Benim	143	105	73
MBA do CARD	Filipinas	151	109	72
Columna	Guatemala	150	108	72
Grameen Kalyan	Bangladesh	132	92	70
UMSGF	Guiné	117	77	66
ServiPerú	Peru	109	70	64
Spandana	Índia	114	63	55
MUSCCO	Malauí	137	75	55
Madison	Zâmbia	77	41	53
Yasiru	Sri Lanka	117	55	47
Delta	Bangladesh	127	58	46
AIG Uganda	Uganda	79	35	44
Fideicomisso Karuna	Índia	59	26	43
TYM	Vietnã	114	39	34

4 Opções institucionais

4.1 Cooperativas e seguro: A vantagem mútua

Klaus Fischer e Zahid Qureshi

Karen Schwartz desenvolveu partes deste capítulo com ideias e sugestões colhidas de anos de experiência em desenvolvimento internacional no cooperativismo. Os autores agradecem sua contribuição. Eles gostariam de agradecer também a Jean-Bernard Fournier e Catherine Tremblay (DID), Sabbir Pattel (ICMIF), Ralf Radermacher (Universidade de Colônia) e Igor Vocatch-Boldyrev (OIT) pela revisão deste capítulo e pelos comentários e as observações que ajudaram a tratar as muitas facetas da mutualidade sob a perspectiva correta.

1 Introdução

A maioria dos provedores de microsseguro no mundo são instituições mútuas de algum tipo. As instituições mútuas pertencem aos associados-usuários e respeitam o princípio "um sócio, um voto".[1] As instituições mútuas se apresentam de diversas formas, incluindo três que são constatadas em estudos de caso:

1. Companhias de seguro mútuas independentes (ou cooperativa): São, na maioria das vezes, companhias de seguros de grande porte não-afiliadas a alguma rede de instituições mútuas. A MBA do CARD nas Filipinas e o Fundo Mútuo de Previdência Yasiru no Sri Lanka são exemplos de entidades mútuas independentes.

2. Seguro como um negócio afiliado a uma rede de cooperativas financeiras (cooperativas de poupança e crédito ou SACCOs):[2] Uma companhia de seguros é afiliada a uma rede de cooperativas, em geral cooperativas de poupança e crédito, e presta serviços de seguro aos associados da rede.[3] Muitas das grandes redes de SACCOs também vendem serviços de seguro para seus associados por intermédio de uma seguradora patrocinada. Muitas destas seguradoras são membros da ICMIF. Este modelo diz respeito à cooperativa ou rede de SACCO.

[1] Os termos "instituição mútua" e "mutualidade" neste capítulo dizem respeito tanto a "cooperativas" como a "associações mútuas". As diferenças técnicas entre estes dois tipos específicos são discutidas na Seção 2.

[2] Este capítulo utiliza o termo SACCO, que é mais geral do que "união de crédito". O termo "cooperativa financeira" não é utilizado, por representar, muitas vezes, tanto as cooperativas de poupança e crédito, como as de seguro.

[3] O termo "rede" se aplica a estruturas de ponta que unem instituições independentes por um contrato ou aliança de longo prazo, a recursos de *pool*. Por exemplo, a SANASA (dona da ALMAO), uma das maiores alianças no mundo, é composta de 8.500 associações legalmente independentes de poupança e crédito.

3. Redes de associações mútuas de seguro: A rede é composta de associações mútuas de seguro que criam estruturas de ponta, como a UTM; associações de sociedades beneficentes também operam desta forma. Este modelo diz respeito a um enfoque baseado na comunidade, que é discutida em detalhes no Capítulo 4.3.

A principal diferença entre a segunda e a terceira categoria é que no caso da última, as mútuas foram criadas unicamente para fornecer seguro para seus associados, enquanto no caso das SACCOs, seguro é apenas um produto adicional e, muitas vezes, nem mesmo é considerado como um serviço essencial. Este capítulo se concentra no segundo tipo – seguradoras para uma rede cooperativa – o que inclui as instituições resumidas na Tabela 36.

Tabela 36 **Estudos de caso que correspondem ao modelo rede cooperativa**

País	*Instituição (nº de SACCOs afiliadas)*	*Início do sistema*	*Pessoas cobertas (dados do ano de)*
Peru	ServiPerú (86)	1994	94.000 (2003)
Polônia	TUW SKOK (1.285)	1998	93.000 (2003)
Guatemala	Columna (87)	1993	54.000 (2003)
Diversos	9 seguradoras membros da ICMIF[1]		
Malauí	MUSCCO (57)	1980	56.000 (2003)
Colômbia	La Equidad Seguros (1.273)[2]	1970	30.000 (2004)
Índia	Fideicomisso de Saúde Yeshasvini (25.000)[3]	2002	1.450.000 (2004)
Sri Lanka	ALMAO (8.500)	1991	50.000 (2004)
Benim	AssEF (137)	2003	2.000 (2004)
Togo	MAFUCECTO (68)[4]	1989	não aplicável

Observações:

1 *Este estudo de caso, ICMIF (2005), "Lições aprendidas a duras penas", abrange nove instituições em oito países. Acordos de confidencialidade não permitem a revelação dos nomes.*

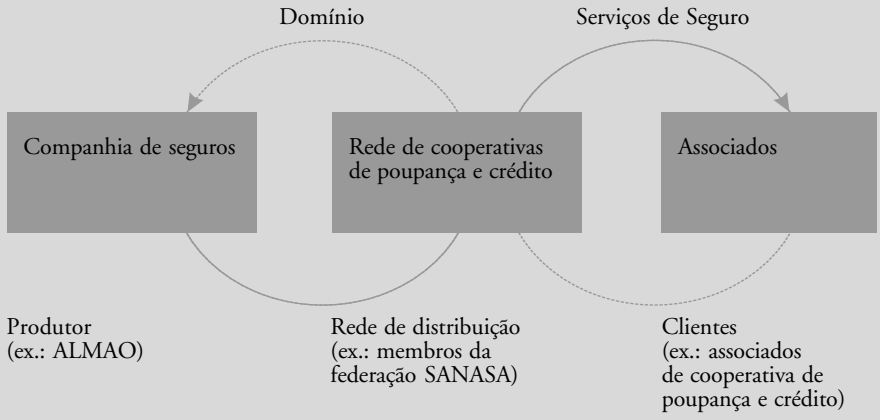
2 *Inclui SACCO e outras cooperativas.*

3 *Sociedades cooperativas em uma enorme variedade de negócios.*

4 *Experiência piloto em Togo, que se bem sucedida será estendida para redes de SACCO em Burkina Faso, Benim, Mali e Senegal.*

No modelo rede cooperativa existem dois componentes chave: 1) aquele que assume o risco, em muitos casos, uma companhia de seguros que gera e subscreve os produtos de seguro e 2) uma associação de cooperativas (financeira e/ou não-financeira) que atua como rede de distribuição, mais ou menos assim como um mercado cativo. A Figura 23 demonstra esta relação de uma forma simplificada, onde a seta pontilhada representa as conexões de domínio e a seta contínua o fluxo de serviços. Embora os casos englobem a maioria das redes de SACCO, o modelo também funciona bem como outros tipos de redes cooperativa como, por exemplo, cooperativas agrícolas e de consumo. De fato, o Yeshasvini é um exemplo de microsseguro fornecido através de uma rede multissetorial.

Figura 23 **Distribuição de produtos de microsseguro no modelo rede de SACCO**



Ao contrário do modelo associado-agente discutido no capítulo seguinte, este acordo não se trata de um empreendimento conjunto entre duas organizações independentes envolvidas contratualmente para oferecer produtos de seguro. No modelo cooperativa, a rede detém o domínio e controle da companhia de seguros, criada com o objetivo de vender serviços de seguros, em princípio para a rede e, posteriormente, para outros segmentos do mercado, à medida que a companhia se estabelece. Esta diferença tem implicações importantes para a qualidade e o custo dos serviços fornecidos ao segmento de baixa renda *(ver Quadro 67).*

Embora o objetivo principal do seguro de empresa afiliada seja atender aos associados da SACCO, um outro objetivo pode ser também oferecer produtos de seguro para as próprias cooperativas. Por exemplo, conforme descrito no Capítulo 3.8, a TUW SKOK foi criada inicialmente pela Associação Nacional de Uniões de Crédito da Polônia para fornecer seguro de depósito e outras coberturas corporativas para as uniões de poupança e crédito; somente após vários anos, a seguradora introduziu produtos para os associados da SACCO.[4]

Quadro 67 **Por que o seguro cooperativo é adequado aos mercados de baixa renda?**

Em 1977, a UNCTAD assinou uma resolução aprovando o seguro cooperativo. Fazendo referência ao estudo intitulado *Seguro cooperativo: Um tipo de seguro adequado aos países em desenvolvimento*, ela convocava outras instituições multilaterais e outras instituições de auxílio para "atender aos apelos de países em desenvolvimento que pediam assistência técnica na promoção do seguro cooperativo". Dentre as conclusões do estudo, estão os motivos pelos quais o seguro cooperativo é particularmente adequado aos segmentos do mercado de baixa renda:

[4] No caso do Yeshasvini, o Fideicomisso é controlado principalmente pelo Departamento de Cooperativas, e não pelas próprias cooperativas. Mesmo sendo um caso isolado, esta experiência demonstra que as redes cooperativas podem ser úteis sob uma variedade de contextos.

Afinidade
Uma cooperativa é, basicamente, um instrumento organizacional que possibilita aos pequenos produtores e consumidores unirem seus recursos para assegurar as vantagens econômicas de escala – como indivíduos eles não têm voz, mas coletivamente, podem alcançar resultados significativos. Este princípio é particularmente aplicado ao seguro, que se baseia na pulverização de riscos entre um número maior possível de segurados.

Acessibilidade
A cooperativa organizacional abrange muitos setores diferentes – incluindo produção agrícola, piscicultura, comércio, processamento, artesanato, varejo, armazenagem, transporte, poupança e empréstimos, e aquisição imobiliária. Uma seguradora cooperativa tem condições de cuidar de uma imensa gama de necessidades básicas, e pode alcançar lavradores em áreas rurais remotas, assim como grupos de baixa renda em cidades de pequeno e grande porte.

Financeiramente viável
Existem muitas razões para o fato de seguradoras cooperativas poderem reduzir o custo total de suas operações e melhorarem as taxas de prêmio, a fim de atingirem valores inferiores àqueles praticados por seguradoras privadas. Uma seguradora cooperativa pode prescindir de uma força especial de vendas e de comissões; pode realizar uma campanha de vendas para um vilarejo inteiro por intermédio de uma cooperativa agrícola existente, ou de coberturas do mercado direto sem agentes, por intermédio de cooperativas de poupança e crédito. Com a utilização da sociedade local e da rede, os procedimentos de cobrança de prêmio e liquidação de sinistro são simples e eficazes em termos de custo.
Investimento na comunidade
O seguro cooperativo facilita a poupança e acumulação de capital nas estruturas de baixa renda, e canaliza uma parte deste capital para o comércio e a indústria local, ajudando a melhorar o padrão de vida.

Domínio
Os segurados também são donos das empresas de seguro cooperativo. A estrutura legislativa resultante dos princípios de cooperativa oferece a eles uma oportunidade real de controle direto sobre o processo decisório. Eles têm um interesse especial na promoção de saúde e prevenção de sinistro, e o interesse deles não é apenas o seguro pessoal, mas também a proteção dos ativos da sociedade que a eles pertence.

Fonte: Adaptado da UNCTAD, 1977.

O modelo de cooperativa apresenta esta forma básica na maioria dos países, desenvolvidos e em desenvolvimento, onde o cooperativismo tem se consolidado. O que é melhor, o modelo é auto-ajustável, pois se adapta aos padrões e exigências da associação da rede de SACCO. Em redes dominadas por população de classe média (como por exemplo, o SICRED[NT1] na região sul do Brasil), seus produtos tenderão a se adequar a este mercado. Caso o propósito da rede seja atender a associados de baixa renda, os produtos de seguro serão adaptados a esta clientela. Caso os serviços não estejam adaptados às necessidades de seguro de seus associados, pode resultar em falência. Por exemplo, na ALMAO, restrições normativas estão impondo uma estrutura de custo mais elevado que, por sua vez, estimulou o desenho de produtos mais caros e mais sofisticados que afastaram a seguradora de sua clientela; não é de se admirar que os produtos não estejam vendendo bem.

Décadas atrás, os seguros cooperativos e mútuos se estabeleceram para o mercado de baixa renda, mas agora estão em países desenvolvidos. No Canadá, depois da Grande Depressão, quando o seguro para famílias de baixa renda era inacessível e inviável financeiramente, surgiram dois sistemas de seguro cooperativo separados, cada um unindo cooperativas de poupança e crédito, cooperativas de mercado/suprimento e consumo, associações de agricultores e sindicatos. Hoje, estão surgindo estruturas semelhantes em muitos países em desenvolvimento.

Entretanto, o modelo não está livre de problemas. Em alguns países, uma seguradora cooperativa pode ter no conselho diretor da rede uma representação de segundo nível, mas seu microsseguro está funcionando de acordo com a administração e a diretoria de apenas poucas das principais cooperativas na rede. Este é o caso da ServiPerú e da La Equidad. Ambas possuem programas de microsseguro que são, de fato, sustentados não por uma participação ampla da rede, e sim por meio de negociações diretas com poucos associados da rede. Além do mais, as vendas de microsseguro da La Equidad efetuadas por intermédio de uma MFI não-cooperativada, o Fórum Mundial de Mulheres, foram mais bem sucedidas do que as vendas efetuadas por intermédio de cooperativas participantes. Estas irregularidades, muitas vezes, estão relacionadas à história particular da rede de apoio ou às circunstâncias sob as quais a companhia de seguros foi criada. Caso a estrutura de governança seja fraca, a consequência pode ser o entrincheiramento administrativo e um resultado menos adaptado às necessidades dos associados da cooperativa.

O uso de outros canais de distribuição por uma seguradora cooperativa pode parecer confuso e ser entendido como um sinal de independência da rede cooperativa, mas não é bem assim. Não reduz a força de domínio da rede, da mesma forma que o uso de múltiplos canais de distribuição por uma seguradora privada não afetaria seus acionistas. Além disso, a investida de seguradoras cooperativas e empresas mútuas em setores não-cooperativados, geralmente, envolve afiliação com organizações que compartilham ideias semelhantes e populares – que funcionam de acordo com os interesses dos clientes, e não dos acionistas.

[NT1] Com mais de um milhão de associados, o Sistema de Crédito Cooperativo – SICREDI opera com 129 cooperativas de crédito e mais de 1.000 pontos de atendimento em dez estados brasileiros.

2 O que é uma seguradora mútua?

Existem dois tipos básicos de companhia de seguros: sociedade anônima por ações e companhia mútua. Uma **sociedade anônima por ações** pertence aos investidores, e o lucro é dividido entre eles na forma de dividendos. Uma **companhia mútua** pertence aos seus clientes. Após a dedução das reservas, os lucros são distribuídos aos clientes-proprietários, em geral, em proporção aos negócios que eles realizaram.

Seguradoras mútuas podem ser classificadas em três tipos. O primeiro não requer prêmio nem taxa. Neste tipo de organização, também chamada de pós-paga, os sinistros são cobrados dos associados após o evento. Este tipo era comum no passado, mas hoje está quase extinto porque os associados têm que ser procurados após cada evento, e o cumprimento das obrigações enfraquece à medida que os laços sociais são desfeitos. O segundo tipo trabalha com prêmios e apólices taxadas, enquanto o terceiro trabalha com prêmios e apólices não taxadas. No último, os segurados recebem dividendos, porém, não são cobradas taxas adicionais pelos sinistros (ou seja, eles dividem os lucros, mas não dividem os prejuízos). Não é de se admirar que no caso do terceiro tipo, os reguladores exijam níveis mais altos de reservas e lucros retidos. O segundo e o terceiro tipo são muito frequentes nos dias de hoje. A maioria das seguradoras mútuas estudadas neste capítulo são do terceiro tipo; as mútuas discutidas no Capítulo 4.3 tendem a ser do segundo tipo, com os associados dividindo riscos e lucros.

Em países com uma forte tradição de auto-ajuda e cooperativa, uma companhia de seguros ou sociedade pode ser constituída como uma **cooperativa**. Embora ambas sejam instituições de auto-ajuda, auto-responsabilidade e auto-governança, a diferença entre seguradoras mútuas e cooperativas está na estrutura de domínio. Uma seguradora mútua deve pertencer aos seus segurados. Entretanto, uma seguradora cooperativa tanto pode pertencer aos seus clientes como às cooperativas (instituição de segundo nível) que podem ou não ser seus clientes. Em outros aspectos como, por exemplo, marketing, envolvimento da comunidade, participação e bem estar de funcionários, seguradoras mútuas e cooperativas possuem o mesmo espírito. Em alguns casos, uma seguradora "cooperativa" deve, na verdade, ser uma sociedade anônima por ações por razões estratégicas ou normativas discutidas na Seção 6 deste capítulo.

Companhias de seguros que aderem aos princípios cooperativos têm raízes diferentes em países diferentes, mas compartilham algumas características:

- **Controle democrático,** apoiado pela educação da base de clientes, com os titulares de apólices envolvidos na governança por intermédio de representantes e grupos de trabalho
- **Limitada rentabilidade sobre o patrimônio,** distribuição de dividendos e outros princípios cooperativos

– **Afiliação de sócios fundadores** e da maioria dos segurados a instituições sociais, comunitárias ou profissionais
– **Promoção** de saúde, segurança e prevenção de sinistros, para reduzir os custos do seguro
– **Influência** sobre a indústria do seguro e estrategistas no interesse dos segurados

3 **A diferença cooperativa**

Como estas características das cooperativas refletem nas operações reais, e o que as diferencia das seguradoras? Apresentamos abaixo uma análise sobre cinco dos casos que constam da Tabela 36:

1. ServiPerú
Seu produto de microsseguro, Previsión Familiar, fornece serviços de funeral e saúde para famílias de baixa renda. Seus benefícios são pagos em serviços, na forma de prestação de serviços (saúde e funeral) através do centro médico e da funerária que pertencem à ServiPerú, em vez de pagamento ou reembolso de despesas em dinheiro. Esta abordagem supera alguma aversão inerente do mercado em relação a seguro, permite maior controle sobre a qualidade dos serviços, e ajuda a acomodar características específicas do mercado de microsseguro. Além da cobrança do prêmio mensal de porta em porta melhorar a acessibilidade, a cooperativa também tem como política de prestação de serviço tratar o pobre com respeito. As pessoas de baixa renda que estavam acostumadas a ser maltratadas nas clínicas médicas são extremamente gratas pela consideração por parte dos funcionários da Servisalud.

2. Seguros La Equidad, Colômbia
Esta seguradora tradicional, com mais de 3 milhões de pessoas, oferece dois produtos especializados cobrindo em torno de 30.000 pessoas de baixa renda. Opera sob a supervisão da Superintendência de Bancos e é registrado sob a Lei das Cooperativas. A La Equidad distribui seu lucro acumulado para seus associados, com base no uso que eles fazem de seus serviços de seguro, não com base no seu investimento de capital.

A Lei das Cooperativas exige que 20 por cento de todo lucro acumulado seja destinado à educação. Em 1990, a companhia criou a Fundação La Equidad para o Desenvolvimento da Solidariedade, a fim de cumprir suas obrigações comunitárias em quatro áreas: a) treinamento de líderes cooperativos, b) educação cooperativa, c) publicações e d) contribuições sociais. O treinamento de líderes cooperativos, cujo alvo é a juventude, tem o objetivo de garantir que no futuro as cooperativas sejam bem administradas por pessoas com excelentes habilidades profissionais e valores sociais. A educação cooperativa destina-se especialmente a membros do conselho diretor das organizações associadas a La Equidad, cujo foco principal é a melhoria de seu desempenho.

3. Columna, Guatemala

Quando esta seguradora foi criada pela federação de SACCO e nove associados cooperativos em 1994, o conselho diretor decidiu que todo lucro acumulado gerado durante os primeiros cinco anos seria somado aos lucros retidos, e não repassado aos acionistas na forma de dividendos. Esta foi uma decisão difícil, uma vez que as cooperativas foram convidadas a investir no empreendimento como uma oportunidade de negócios, e não avaliaram inteiramente que uma companhia de seguros requer muito capital para crescer. Elas queriam um bom retorno. Desde 1999, 50 por cento do lucro líquido de cada ano vem sendo somado ao capital dos acionistas, e a outra metade vem sendo paga a eles na forma de dividendos. Isto fortaleceu a seguradora, mas também gerou lucro para os donos de cooperativa. A Columna também envolveu o patrocínio de cooperativas no processamento de sinistros e desenvolvimento de produto.

4. TUW SKOK, Polônia

A missão desta seguradora mútua é identificar as necessidades de seguro de seus associados – poupança cooperativa e uniões de crédito e *seus* sócios – e fornecer produtos de seguro de alta qualidade que atendam a tais necessidades. A TUW SKOK fornece cobertura de seguro para as uniões de crédito nas seguintes modalidades: depósito e proteção a empréstimo, fidelidade, roubo e incêndio; a seguradora também fornece para os associados das uniões de crédito uma quantidade de produtos de seguro pessoal. O seguro de depósito oferecido por uma afiliada de ponta é um acordo incomum, em parte devido ao ambiente normativo encontrado na Polônia. As SACCOs são obrigadas a comprar seguro de depósito da TUW SKOK, o que dá à seguradora uma garantia de fluxo de prêmios sem custos de aquisição. A origem de outras políticas corporativas de muitas uniões de crédito é a seguradora. Como uma companhia de seguros mútua, a TUW SKOK não pode declarar dividendos. Os lucros acumulados em geral são utilizados para constituir capital e reservas, mas às vezes são enviados para as uniões de crédito na forma de devoluções de prêmio. Em 2003, por exemplo, o conselho diretor da TUW SKOK, em nome dos donos da companhia, decidiu devolver prêmios de seguro de depósito para as uniões de crédito com experiência de sinistros satisfatória nos últimos três anos.

5. MUSCCO, Malauí

As SACCOs foram incentivadas pela igreja e pelo governo de Malauí na década de 70 para atender à população ignorada pelos bancos comerciais. Em 1980, uma associação nacional, a MUSCCO, foi constituída para prestar serviços de apoio a estas pessoas, incluindo proteção obrigatória a empréstimo e planos de acumulação em vida. Ambos os produtos são pagos à união de crédito, o que torna o sistema de cobrança de prêmio da MUSCCO eficaz. O prêmio de todos os empréstimos elegíveis e dos saldos de poupança dos 55.000 associados é pago adiantado pelas SACCOs, trimestralmente.

Embora produtos como estes pagos à união de crédito superem um dos mais importantes desafios do microsseguro – cobrar prêmios da população de baixa renda – a MUSCCO concluiu que, na prática, cobrar de 57 clientes corporativos também pode ser difícil. Apenas um terço das SACCOs pode ser descrito como clientes disciplinados; é preciso gastar tempo e esforço consideráveis no encalço dos devedores. Entretanto, o contrato de seguro não garante pagamentos de benefícios até que o prêmio seja pago.

4 Modelos e estágios do desenvolvimento do seguro

O modelo de cooperativa do seguro, na verdade, inclui acordos institucionais e normativos diferentes. Com base na experiência de diversos países, Reinmuth e outros (1990) descrevem um plano de desenvolvimento institucional em que os serviços de seguro oferecidos às SACCOs e aos seus associados por intermédio da rede, se tornaram progressivamente formais e complexos ao longo do tempo, à medida que a organização constrói capacidade, e recursos humanos e financeiros. Eles descrevem três opções institucionais: o modelo agência, o departamento de aceitação de risco e uma companhia de seguros que, com mais frequencia, representam estágios de desenvolvimento institucional diferentes para seguradoras que estão a serviço das redes de SACCOs.

4.1 O modelo agência

A federação nacional das SACCOs ou organização afiliada, pode criar uma agência de seguros sob seu domínio e controle. A agência vende produtos de seguro no varejo, que são garantidos por uma seguradora local (ou seja, uma companhia de seguros para aceitação de risco) ou por várias seguradoras. A agência presta serviços aos associados em seu nome e recebe uma comissão paga pela seguradora. A principal vantagem do modelo agência é que a federação não assume nenhum risco. Um exemplo é a NUCS, criada na Jamaica em 1984, com capital garantido pela Liga de Uniões de Crédito Cooperativo da Jamaica.

4.2 Departamento de aceitação de risco

Com a experiência no papel de um agente de outras seguradoras, pode fazer sentido para a federação nacional criar um departamento por sua própria conta para fornecer um plano de seguro em grupo por intermédio de cooperativas afiliadas. Esta etapa exige funcionários mais capazes, capital maior, cooperação com uma resseguradora e, sem dúvida, aceitação de um determinado número de riscos. Entretanto, atrelada ao risco, está a possibilidade de recompensa de um lucro maior. Um exemplo foi o Serviço de Proteção Mútua da FENACOAC, a federação nacional da SACCO na Guatemala. O departamento de aceitação de risco

oferecia coberturas de seguro de proteção a empréstimo, acumulação em vida, despesas de funeral, vida em grupo para diretores e empregados, vida família, fidelidade e roubo. O departamento foi o precursor da Columna. O plano de seguro da MUSCCO está estruturado atualmente desta forma.

4.3 Companhia de seguros

Os serviços oferecidos por intermédio de um departamento de aceitação de risco tendem a ser muito básicos. Entretanto, conforme a evolução das necessidades das SACCOs e seus associados, eles provavelmente precisarão de cobertura mais complexa que possa ser oferecida apenas por uma companhia de seguros regulamentada. Com um comprometimento contínuo, meios financeiros e chances reais de assumir riscos prontamente, uma federação nacional pode formalizar este departamento, com a criação de uma companhia de seguros totalmente madura que atenda todos os requisitos legais, incluindo capital mínimo e aprovação da superintendência de seguros.

Por exemplo, as origens da ALMAO estão ligadas ao departamento de seguros do movimento SANASA e a uma corretora de seguros criada para atender as necessidades das sociedades e associados deste movimento. Sem apoio de organizações doadoras, o movimento foi capaz de mobilizar fundos e experiência suficientes para criar uma companhia de seguros de vida em 2002 e uma companhia de seguros de ramos elementares em 2005.

5 Produtos de seguro oferecidos no modelo rede cooperativa

Seguradoras mútuas oferecem praticamente todo produto de seguro possível, mas muitas destas seguradoras multirriscos, como as afiliadas da ICMIF, não têm como foco o mercado de baixa renda. Redes específicas de seguradoras mútuas que atendem ao pobre tendem a oferecer muito poucos ou quiçá um único produto. Resumindo, as organizações mútuas de saúde (MHOs) se especializam em seguro saúde, enquanto algumas seguradoras mútuas podem oferecer uma lista de produtos semelhantes aos de uma companhia de seguros que pertença a um investidor.

Em geral, a série de produtos que está sendo oferecida ao mercado de baixa renda por intermédio das SACCOs é limitada. A intenção original das redes de SACCOs para criar afiliadas de seguro era complementar a série de serviços financeiros que elas oferecem, ou seja, poupança e empréstimo. Isto indica que proteção a empréstimo, ou seguro prestamista, (garantindo que "a dívida morre com o devedor"), quase sempre é oferecida sob este modelo (*ver Tabela 2*). Este produto atende às necessidades de risco tanto dos associados individuais como das próprias SACCOs, porque corresponde aos principais serviços das cooperativas.

Outra razão para que a lista de produtos de microsseguro de algumas seguradoras da rede de SACCO seja limitada, é que estes planos eram muitas vezes colocados em prática e apoiados por prestadores de assistência técnica, incluindo a CUNA Mutual, que optou por promover coberturas muito básicas e simples. Esta escolha fez sentido, particularmente, devido ao desenvolvimento limitado das redes de SACCOs. Além disso, oferecer os mesmos produtos básicos em qualquer lugar era uma estratégia de repetição eficiente. Onde as redes e suas afiliadas de seguro foram capazes de aumentar capacidade para fazer mais como, por exemplo, na Colômbia e Polônia, os produtos básicos servem de base para coberturas mais úteis; por outro lado, em Malauí, onde a capacidade permanece limitada, a rede manteve o pacote básico.

Evoluir ampliando os serviços de seguro é importante, não apenas porque a seguradora está atendendo a uma variedade de necessidades diferentes, mas também porque pode melhorar a relação entre a seguradora e sua rede de distribuição. No modelo de seguro cooperativo existe uma diferença interessante entre a cobertura paga pelas SACCOs e os produtos pagos pelos associados. Embora os produtos pagos pela SACCO como, por exemplo, proteção a empréstimo e acumulação em vida, sejam uma forma extremamente eficiente de garantir proteção às famílias de baixa renda, algumas SACCOs costumam ver o prêmio como uma despesa que elas prefeririam não pagar – o que pode, em parte, explicar o motivo de muitas SACCOs em Malauí estarem inadimplentes com os prêmios. Consequentemente, é importante para as seguradoras considerarem a introdução de produtos pagos pelos associados que possam gerar receita proveniente de comissão para as SACCOs, o que aumenta a sintonia entre os interesses da seguradora e o canal de distribuição.

A sintonia de interesses é particularmente eficaz quando o produto pago pelo associado sustenta um produto de poupança ou crédito fornecido pela SACCO como, por exemplo, o seguro de complementação de poupança fornecido pela TUW SKOK *(ver Capítulo 2.2).* Não apenas a SACCO obtém receita proveniente das vendas de seguro, como o aspecto positivo do seguro ajuda a comercializar o produto de poupança. Por outro lado, o único exemplo de produtos de seguro dotal oferecidos pelo modelo de rede cooperativa é a ALMAO e, particularmente, ela não é bem sucedida com estes produtos. Uma explicação para este insucesso é que com este produto a seguradora está competindo principalmente com as SACCOs na poupança dos associados – um conflito de interesses, e não uma sintonia de interesses.

Uma característica particular do modelo mútuo é o diálogo contínuo entre a seguradora e seus canais de distribuição, que (muitas vezes) também são seus proprietários. Por exemplo, a Columna faz uma análise anual das vendas de seguro das SACCOs que oferecem uma oportunidade de diálogo sobre novos produtos e mudanças que possam ser introduzidas. Oferecer uma variedade de produtos representa uma série de vantagens para as SACCOs: estimula o uso cru-

zado de produtos, aumenta a fidelidade e gera receitas provenientes de comissão (caso seja um produto pago pelo cliente para o qual a SACCO atue como um agente de vendas).

Tabela 37 **Produtos de seguro oferecidos pelas redes de SACCO**

	Proteção a empréstimo	*Vida e acumulação em vida*	*Serviço funeral*	*Saúde*	*Invalidez*	*Outros*
ServiPerú	x		x	x		x
TUW SKOK	x	x	x		x	x
Columna	x	x			x	
MUSCCO	x	x				
La Equidad	x		x		x	
Yeshasvini				x		
ALMAO	x	x	x	x	x	x
AssEF				x		
MAFUCECTO	x		x			

6 Por que organizações mútuas desenvolvem redes, e como elas funcionam

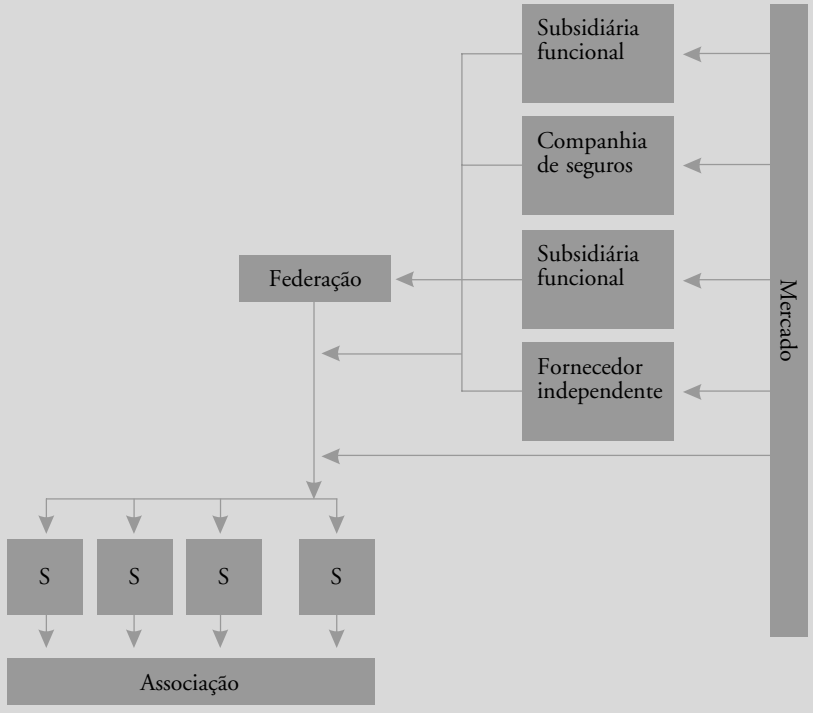
Muitos intermediários financeiros mútuos (depósito ou seguro) estão ligados a uma organização macro ou intermútua. Muitas vezes, eles organizam alianças complexas capazes de oferecer uma série de produtos financeiros. Estas alianças são dispositivos institucionais para controlar o risco de mercado enfrentado pelos associados das organizações mútuas. As alianças intermútuas são tão imprescindíveis que é possível atuar em qualquer lugar e atender desde algumas centenas até alguns milhares de associados e, por incrível que pareça, oferecer uma gama enorme de serviços financeiros. O tamanho é muito importante para (i) o desempenho que se pode esperar em termos de alcance e sustentabilidade, e (ii) o papel da estrutura legal e normativa das alianças intermútuas. Os países com redes grandes e bem sucedidas são normalmente lugares com um ambiente que oferece apoio legal e normativo.

As organizações mútuas criam alianças e formam grupos (também chamados de federações, uniões, etc.) para que os associados tenham mais força e controle sobre a incerteza quanto ao acesso aos serviços. Sem este esforço coletivo, os associados ficam com um poder de barganha limitado em relação aos fornecedores, o que resulta em produtos mais caros e de baixa qualidade, e em risco de comportamento oportunista por parte dos fornecedores. Portanto, eles criam uma "aliança de apoio".

A Figura 24 oferece um exemplo da estrutura institucional (onde "S" representa uma SACCO). Os associados das cooperativas são donos de toda a estrutura. As cooperativas, por sua vez, formam uma federação para administrar a união de recursos e aquisição de insumos exigidos pela rede. Para conseguir isto, a orga-

nização de ponta cria subsidiárias funcionais como, por exemplo, uma companhia de seguros com o objetivo de gerar produtos e serviços para associados mais promissores do que aqueles disponíveis no mercado.[5] No caso de alguns insumos, a organização de ponta concilia interesses por meio de um acordo contratual de longo prazo e obtém economias de escala enquanto protege os associados do risco de comportamento oportunista por parte dos fornecedores.

Figura 24 **A estrutura de uma rede mútua com sua carteira de subsidiárias funcionais**



A forma de propriedade das subsidiárias varia. Algumas vezes, pode ser uma cooperativa (por exemplo, a La Equidad), quando é então considerada uma cooperativa de terceira linha. No primeiro nível, uma SACCO tem associados individuais. As de segunda linha têm uma associação regional ou nacional que atende a um número de cooperativas principais. Este órgão de ponta – ou órgãos de ponta, caso outras cooperativas que não sejam de poupança e crédito se associem – patrocina e controla uma seguradora em nome das cooperativas associadas.

[5] Em países onde a sofisticação de mercados financeiros exerce mais pressão sobre a rede, a carteira de subsidiárias funcionais pode incluir dúzias de entidades mantidas sob todas as formas de contratos de domínio e participação societária. Conforme a demanda de serviços financeiros na base do sistema se desenvolve (associados e cooperativas), a organização de ponta normalmente constituirá novas subsidiárias funcionais. O capital para estes investimentos geralmente será fornecido pelas cooperativas na base ou por outras subsidiárias funcionais que possam ter disponibilidade de capital excedente.

As sociedades constituídas como *joint-stock* (Nota do editor: tipo de associação onde o capital é formado por contribuições individuais de um grupo de acionistas) estão se popularizando progressivamente (por exemplo, ALMAO, Columna). Na verdade, muitas companhias de seguros "mútuas" e "cooperativas" são sociedades *joint-stock*, porém, são chamadas de mútuas porque seus sócios majoritários não são investidores individuais, e sim instituições mútuas. A sociedade *joint-stock* é atraente por causa de sua flexibilidade para levantar capital e por causa de sua participação em fusões, aquisições e empreendimentos conjuntos. Estas transações são todas úteis, pois ampliam a série de produtos oferecidos aos associados, caso haja necessidade. A opção *joint-stock*, às vezes, também é a única forma de constituição que o sistema permite (por exemplo, no Peru e, ironicamente, na China e na Rússia). O risco é que, conforme estas companhias crescem, elas podem esquecer suas raízes e se comportarem como sociedades anônimas normais. Ao se comportarem desta forma, arriscam-se a perder suas vantagens comparativas de proximidade, colocando em primeiro lugar os associados/clientes. Isto, às vezes, propõe um desafio em termos de governança, e assegura que a seguradora permaneça comprometida em atender às necessidades específicas dos associados da rede de SACCO.

Outras variações são possíveis. Quando uma nova lei de seguro no Peru (1993) impediu as instituições cooperativas de oferecer seguro, a companhia de seguros da rede de SACCO peruana, a SEGUROSCOOP, se transformou em ServiPerú, uma cooperativa que oferece serviços sociais (serviços de funeral e proteção à saúde). Ela transferiu a carteira de seguros para uma sociedade *joint-stock* e criou uma empresa subsidiária de corretagem de seguros para distribuir produtos que ela ajuda a desenvolver. Tirando vantagem da adversidade, a afiliada de seguro manteve a mesma linha de negócios, independente dos impedimentos legais, durante a expansão de sua linha de produtos (os serviços de seguridade social).

Mais recentemente em Gana, quando o regulador questionou o programa informal de gerenciamento de risco das cooperativas de poupança e crédito, as organizações de ponta criaram um empreendimento conjunto com uma seguradora cooperativa recém registrada e licenciada, a Unique Seguros Companhia Limitada, pertencente e controlada pelo movimento sindical. Basicamente, foi um acordo sócio-agente. O que fez dela uma seguradora cooperativa foi o direito de propriedade de empreendimento conjunto da empresa. A seguradora e a cooperativa optaram por dividir meio a meio as despesas da empresa, assim como os lucros, com um grupo misto de gestão fiscalizando o programa. As cooperativas de poupança e crédito saíram de sua rede cooperativa "guarda-chuva" e passaram a ser uma seguradora patrocinada pelo sindicato, a fim de criar uma rede de microsseguro dirigida por conta própria.

Estas variações ilustram a flexibilidade do modelo rede cooperativa para se adaptar a uma diversidade de ambientes econômicos e normativos, sem mudar

sua essência. O desenho organizacional de uma determinada instituição dependerá da história da rede de SACCO, como a afiliada foi criada/adquirida, das restrições normativas e oportunidades disponíveis no mercado.

A estrutura organizacional básica de uma rede, independente do contexto cultural ou econômico, repete os aspectos de governança de uma organização mútua de segundo nível. A estrutura executiva compreende órgãos de governança (assembleia geral e conselho diretor) e órgãos normativos (comitê de supervisão). A estrutura executiva (agência) é responsável por aplicar decisões e gerir aquisições e vendas de insumos aos associados. Nestas estruturas, segurados pessoas físicas são retirados do controle da empresa, mas, com frequência, têm a garantia de um voto por meio de um canal próprio na estrutura democrática de controle. Por exemplo, um comitê consultivo do segurado se une a associados representantes, a fim de receber relatórios de progresso, garantir insumo para determinados negócios, e analisar previsões sobre resultados financeiros e manutenção de dividendos. Além disso, algumas seguradoras cooperativas e mútuas podem ocupar um lugar no conselho diretor de um representante da seguradora.

A análise da dinâmica da formação de rede em mútuas tem implicações políticas importantes:

- Tentar criar instituições mútuas sem estruturas de rede de apoio pode levar a resultados medíocres. As SACCOs individuais seriam, normalmente, incapazes de levantar capital para constituir uma companhia de seguros para atender a seus associados. Portanto, a menos que a SACCO faça parte de uma rede, os benefícios descritos neste capítulo são inatingíveis.
- Quando as instituições mútuas são criadas com uma estrutura de integração que suporte seu desenvolvimento, elas dispõem de potencial para se tornarem excelentes *players* no mercado, cobrindo grande quantidade de pessoas e, portanto, ampliando o alcance. Além do mais, estas estruturas de apoio melhoram a sustentabilidade e reduzem o risco de insolvência. Por exemplo, o seguro de depósito da TUW SKOK se beneficia de forma significativa do fato da associação nacional das uniões de crédito da Polônia acompanhar de perto o desempenho de seus associados, além de ter um fundo de estabilização para ajudar as SACCOs a enfrentarem as dificuldades.
- As mútuas e suas estruturas de rede precisam de uma estrutura legal adequada. De fato, muitas redes de SACCO operam em ambientes inadequados que atrasam o desenvolvimento de instituições mútuas e suas redes como, por exemplo, a Argentina e o Uruguai, onde a estrutura normativa acarretou a destruição das estruturas de rede, seguindo-se uma redução massiva em participação de mercado. Muitas das dificuldades encontradas pelo precursor da ServiPerú em 1990, são consequência da estrutura normativa inadequada que emergiu nas reformas pós-crise.

7 Vantagens e desvantagens do modelo

Esta seção apresenta exemplos importantes relacionados à venda de microsseguro por meio do modelo cooperativo. As instituições mútuas têm pontos fracos. Há, literalmente, centenas de milhares delas no mundo e, portanto, algumas que são fracas em vendas. Entretanto, muitos problemas podem ser contornados, ou mesmo evitados.

Algumas das **áreas mais problemáticas** são:

1. O mais pobre dos pobres nem sempre pode se beneficiar (mas, com frequência, se beneficia)

Esta é uma crítica clássica do modelo cooperativo. As instituições mútuas são o intermediário financeiro escolhido por uma gama muito ampla de segmentos sociais, às vezes, atingindo uma receita bastante alta. Entretanto, as instituições mútuas também estão presentes na faixa mais baixa da sociedade, e alcançam centenas de milhares de pessoas que não têm acesso a outras instituições financeiras, particularmente em áreas rurais, onde até as instituições alternativas mais agressivas, muitas vezes, são ausentes. Na verdade, esta característica permite que as instituições mútuas atendam às camadas pobres da população, sem que necessariamente comprometam sua própria sustentabilidade. O limite de seu alcance é definido por sua capacidade de ativar o potencial de seus associados para ajudá-los.

2. Os produtos de seguro podem ser muito limitados, visto que tendem a estar condicionados a produtos de crédito.

Isto é uma grande verdade, em particular no caso de redes relativamente novas, com um nível baixo de integração ou poucos recursos financeiros, humanos e técnicos disponíveis (por exemplo, Columna, MUSCCO, MAFUCECTO). Conforme a integração e a confiança se desenvolvem entre as cooperativas,[6] os recursos financeiros e a experiência técnica se acumulam, permitindo a ampliação da cadeia de produtos financeiros, incluindo o seguro. A cadeia de produtos oferecidos por La Equidad, por exemplo, concorre com os produtos oferecidos pelas seguradoras comerciais na Colômbia (embora o estudo de caso descreva apenas aqueles produtos distribuídos ao mercado de baixa renda).

3. Os líderes podem estar inclinados a desperdiçar capital dos associados.

Não há prova deste comportamento nos estudos de caso, com exceção da crítica feita em *Lições aprendidas a duras penas* (ICMIF 2005). De fato, não é comum que uma rede de SACCO tenha uma estrutura de governança fraca. Isto resulta em controle frágil por parte dos agentes (gestores) das empresas de ponta, que

[6] Isto em geral envolve o desenvolvimento e financiamento das agências de governança e dos mecanismos de controle da rede que asseguram que a conduta dos associados da rede está em conformidade com os termos da aliança.

podem, consequentemente, empregar práticas expansionistas com pouca consideração em relação à proteção do patrimônio dos associados.[7]

4. O sucesso de uma seguradora mútua está condicionado ao sucesso da rede cooperativa.
Isto é inevitável, à medida que a *raison d'être* das "subsidiárias funcionais" é atender à rede. Embora seja comum elas desenvolverem alguma atividade comercial fora da rede, em geral isto representa apenas uma fração do giro comercial. A carteira de negócios tende a permanecer dentro da rede. A ServiPerú é um caso onde o provedor de serviços de microsseguro sobreviveu a uma grave crise de sua rede de apoio no início dos anos 90.[8]

5. Nem sempre é possível alocar os riscos corretamente (firewalls).
Isto pode ser um problema sério que deve ser tratado pelos reguladores. Na ausência de supervisão adequada, pode haver uma tentação de combinar riscos de crédito e seguro resultando em uma grande possibilidade de falência. A MUSCCO é um caso em que isto não é feito de forma correta, o que pode fracassar sob pressão.

6. Contratar riscos perigosos sem informação.
Embora não sendo uma situação específica das redes de SACCOs, isto deve ser evitado. Caso a rede seja pequena, pode não ter condições de levantar o capital necessário para adquirir as habilidades exigidas como, por exemplo, serviços atuariais. A Companhia 4 (na ICMIF 2005), um exemplo da "pior prática", foi constituída como uma seguradora de SACCO, mas acabou falindo. A MAFUCECTO viveu uma história complicada, passando por várias reestruturações com apoio internacional. Embora a solução para este problema não esteja nas mãos dos reguladores, eles podem desempenhar um papel importante neste processo. Como visto anteriormente, a estrutura normativa deve garantir que as seguradoras sejam constituídas depois de todos os riscos serem estudados e sob a liderança de pessoas qualificadas.

Entretanto, o modelo apresenta algumas **vantagens** eminentes:

1. Baixo risco de "atraso" para o segurado.

Os riscos de atraso dizem respeito à possibilidade de uma das partes do contrato não poder cumprir suas obrigações. A população pobre está particularmente vulnerável ao risco de atraso devido ao baixo capital social e à incapacidade de

[7] Isto é conhecido como "prioridades de despesa" ou "custos de agência". O rigor deste fenômeno nas instituições mútuas – principalmente devido à alta difusão de domínio, e na origem de muitas falências – está documentado na literatura.

[8] Esta crise resultou na falência do banco cooperativa central da rede, de outras subsidiárias funcionais e de várias das maiores cooperativas de poupança e empréstimo. Isto ocasionou uma queda de aproximadamente 50 por cento nos ativos das redes.

defender seus direitos em juízo. A diferença fundamental entre um contrato de seguro oferecido por uma sociedade *joint-stock* e aquele oferecido por uma instituição mútua, é que no caso do último o segurado também é o dono da empresa de seguros. Enquanto as empresas de seguros pertencentes a investidores podem parar de oferecer serviços, podem fazer discriminações e até deixar de honrar os sinistros, por razões estratégicas, estas práticas são limitadas em uma instituição mútua. Não é uma questão de ética, mas de interesses econômicos básicos *(ver Quadro 68)*. O direito de propriedade da seguradora pelo segurado é adequado para controlar as iniciativas da seguradora, de modo que elas estejam alinhadas aos interesses dos associados/proprietários.

Quadro 68

Administração de cancelamentos por prêmios não pagos e de sinistros: A diferença da mútua

Para demonstrar as diferenças de interesses, considere os dilemas enfrentados pela Delta, uma companhia de seguros de vida que pertence a um investidor, e os enfrentados pela MAFUCECTO (e outras instituições mútuas). De acordo com McCord e Churchill (2005), a Delta tem uma "atitude ambivalente" em relação às apólices canceladas por não pagamento. Embora a companhia esteja comprometida com objetivos sociais, ela se beneficia financeiramente desta situação, pois não tem obrigação de devolver a poupança acumulada. Além do mais, isto permite que a companhia faça uma avaliação periódica do segurado ao exigir um novo atestado de saúde. Portanto, donos de empresas e funcionários encaram objetivos contraditórios no que se refere a lucros e atendimento ao cliente. Sob pressão financeira, é provável que a balança penda em favor da proteção dos lucros do acionista à custa dos benefícios do cliente.

A MAFUCECTO evita cancelamentos por não pagamento de prêmios, com débitos automáticos nas contas dos associados. A La Equidad faz a mesma coisa (débito na conta de empréstimo ou poupança, ou débito direto no salário) e a TUW SKOK (débito em conta). Obviamente, esta é uma vantagem associada ao modelo que combina poupança e crédito com produtos de seguro. Entretanto, mesmo sem esta combinação, as instituições mútuas tratam esta questão de forma diferente. As MHOs (discutidas no capítulo 4.3) não se aproveitam desta situação para fazer uma avaliação dos clientes. Os associados com prêmios não-pagos podem precisar cumprir um novo período de carência, como forma de evitar comportamentos oportunistas de tentarem administrar estrategicamente a questão, porém, eles não têm que passar por nova triagem. De fato, em se tratando de uma MHO, prêmios não-pagos não proporcionam vantagem financeira, ao contrário, representam um fator chave de instabilidade.

O mesmo é verdadeiro na administração de sinistros. Na Delta, quando ocorre um falecimento, o beneficiário é responsável pelo aviso à seguradora. No caso da MAFUCECTO, as SACCOs procuram os beneficiários para informá-los sobre seus direitos e ajudá-los a preparar as reclamações dos sinistros.

Este comportamento excepcional tem pouco a ver com ética comercial, mas tem muito a ver com o fato dos associados serem proprietários e dirigirem a instituição. A assembleia geral da SACCO não perdoaria qualquer outro comportamento que não seja o de buscar o melhor interesse dos donos. Este interesse implica em não estimular o não pagamento do prêmio, e sim evitar que isto ocorra, e em não ignorar sinistros não reclamados, e sim localizar os interessados para que as reclamações sejam apresentadas. Esta dualidade de interesses é acentuada nas comunidades pobres, onde as margens de lucro nas apólices individuais oferecidas pelas empresas que pertencem a investidores são muito pequenas, e onde as pessoas não dispõem de meios de fazer valer os direitos contratuais. Em uma instituição mútua, mesmo em comunidades pobres, o associado, assim como o dono, está sempre certo. O conselho diretor da MAFUCECTO é composto de membros do conselho diretor das SACCOs (os próprios associados da cooperativa). Portanto, em toda a estrutura de governança, os interesses dos associados estão protegidos (mas veja o problema descrito no item 3 da Seção 7 deste capítulo).

2. Acesso potencial à grande quantidade de pessoas em uma grande variedade de ambientes culturais e econômicos.

Muitas vezes, a SACCO e outras redes cooperativas podem ser muito grandes, alcançando milhares de pessoas por intermédio de cooperativas associadas. O Yeshasvini foi capaz de atingir 1,6 milhões de clientes em apenas um ano! Além do mais, a presença do modelo em cada continente demonstra sua versatilidade de adaptação em relação a diferentes ambientes culturais e econômicos. Devido ao grande potencial e a base de cliente "cativa", as companhias de seguros podem explorar as economias de escala (que foi um dos principais objetivos de criar companhias de seguros afiliadas), chegando a um ponto de equilíbrio e se tornando viáveis rapidamente.

3. Disponibilidade de capital de risco com objetivos de investimento.

O capital para criação de afiliadas de seguros é dos associados das SACCOs, financiadas seja por meio de investimento direto ou por capital cedido a uma empresa de ponta que, em contrapartida, investe na afiliada de seguros. As SACCOs tendem a acumular liquidez e capital em excesso à medida que amadurecem, particularmente se elas operam em uma economia saudável. Portanto, estas redes constituem uma excelente fonte de capital de risco para financiar seguro e ampliar a gama de serviços fornecidos pelas SACCOs. Em oito de nove casos apresentados na Tabela 37 (Fideicomisso de Saúde Yeshasvini, uma fundação, é a exceção), o capital inicial das afiliadas de seguros foi fornecido pelas SACCOs, com ou sem participação externa. Por outro lado, as instituições mútuas não podem levantar

capital no mercado de ações. Entretanto, não há restrição sobre empreendimentos conjuntos ou emissão de títulos.[9]

4. Necessidade limitada para a organização doadora que contribui de outra forma que não seja prestando assistência técnica.

Com relação à questão anterior, a rede de SACCO muitas vezes pode prover capital para constituir/adquirir a afiliada de seguros, desde que a estrutura normativa não imponha exigências mínimas de capital que estejam fora do alcance da rede. Capital externo, nestes casos, pode ser bem-vindo na forma de um empreendimento conjunto, especialmente se ele vem com suporte técnico, como foi muitas vezes o caso da CUNA Mutual,[10] porém, capital não é essencial. Entretanto, as organizações doadoras podem fazer uma grande diferença ao dar assistência no treinamento de funcionários nas complexidades de gerir uma empresa de seguros. Este foi o caso da Columna, por exemplo, onde a assistência técnica e as parcerias estratégicas da SOCODEVI e da AAC/MIS foram elementos chave no desenvolvimento da companhia, e da MAFUCECTO, onde o DID e o CIF desempenharam, basicamente, o mesmo papel *(ver Capítulo 5.5).*

5. Os investimentos têm um efeito desenvolvimento para a comunidade, na forma de lucro sobre a receita.

À medida que o capital das afiliadas de seguros é mantido pelas cooperativas – seja direta ou indiretamente por intermédio de uma empresa de ponta – o capital gerado pela atividade de seguros em algum momento no futuro é revertido para seus associados. Conforme o tamanho da carteira das subsidiárias funcionais aumenta, os ativos da rede também aumentam. Caso estes ativos sejam geridos de forma correta, os fluxos de caixa que geram serão utilizados para beneficiar a rede e seus associados. Por exemplo, por causa das restrições normativas, a TUW SKOK não pode pagar dividendo aos acionistas. Embora alguns lucros sejam remetidos para as SACCOs na forma de devoluções de prêmio, a seguradora também constituiu capital suficiente para comprar uma companhia de seguros de vida e, desta forma, expandir a gama de serviços para seus associados.

[9] Trata-se de um debate complexo. Uma instituição mútua independente não pode emitir ações, o que limita o crescimento potencial das seguradoras mútuas. Entretanto, quando a empresa de seguros é uma afiliada de uma rede de SACCO, seu direito de propriedade pode ser ajustado para adequar opções diferentes de financiamento. Muitas redes optaram por não registrar as afiliadas nos mercados de ações, entretanto algumas alavancaram capital gerado pela rede. Geralmente, a rede mantém um núcleo de controle do capital votante. Portanto, os empreendimentos conjuntos parecem ser uma forma mais flexível de alavancar capital das redes de SACCO.

[10] Por exemplo, em 1993, a CUNA Mutual e a Fundação das Uniões de Crédito da Polônia lançaram a Benefit, um empreendimento conjunto que garantia proteção a empréstimo, acumulação em vida e seguro funeral. Junto com assistência técnica, a CUNA Mutual forneceu 90 por cento do capital inicial da Benefit. Depois de quatro anos de operações e sucesso moderado, os associados decidiram se separar. Entretanto, até então, as uniões de crédito da Polônia estavam no caminho certo para desenvolver a excelente carteira de produtos de seguro que elas oferecem hoje em dia.

6. Acesso ao resseguro.
Conforme descrito no Capítulo 5.4, o acesso ao resseguro é uma restrição séria para muitos provedores de microsseguro. Entretanto, aqueles que fornecem microsseguro por intermédio das redes de SACCO dispõem do conhecimento necessário para acessar o resseguro por meio de outras alianças. A ICMIF desempenhou um papel importante ao facilitar o acesso ao resseguro para suas redes associadas. Consequentemente, é provável que a maioria das estruturas de seguro mútuo tenha acesso a algum resseguro nos mercados internacionais – geralmente, mas não exclusivamente, com outras seguradoras mútuas no mundo.

8 Conclusão

Seguradoras mútuas são instituições onipresentes e versáteis. Este capítulo se concentrou em um tipo de modelo mútuo, em que uma rede de cooperativas de poupança e crédito constitui sua própria companhia (ou agência, ou um departamento da rede) para atender às necessidades das cooperativas e de seus associados.

As características a seguir podem ser obtidas de seguradoras afiliadas a redes mútuas: i) o modelo é visto frequentemente em uma enorme variedade de ambientes culturais e econômicos; ii) exceto por algumas poucas variações na estrutura organizacional, muitas vezes condicionadas por restrições normativas locais, os exemplos apresentam uma constância de características operacionais e acordos institucionais; iii) em geral estas estruturas funcionam sem qualquer subsídio; iv) as instituições muitas vezes dispõem de acesso ao resseguro, ocasionando um problema comum para os provedores de microsseguro; e v) embora os exemplos estejam baseados em cooperativas financeiras, este modelo trabalha da mesma forma de outros tipos de cooperativas.

A rede de SACCO não é apenas um modelo financeiramente viável, mas é forte e potencialmente aplicável no que diz respeito a fornecer serviços de microsseguro para a população pobre em uma gama enorme de situações. Em geral, as redes de SACCO são mecanismos versáteis de venda de vários produtos de seguros para um número relativamente grande de pessoas. Entretanto, estruturas individuais tendem a se especializar em produtos de seguros que complementem as carteiras de poupança e empréstimo das SACCOs. Este é um dos pontos fracos do modelo. Outro risco é que companhias grandes podem se esquecer de suas raízes e se comportar como sociedades anônimas, perdendo sua vantagem comparativa.

Estas conclusões sugerem que este modelo organizacional seja adequado nos casos em que exista uma rede de cooperativas de poupança e empréstimo para se constituir uma empresa de seguros. Dado o potencial do modelo, faria sentido explorar sua força e minimizar suas limitações como, por exemplo, desenvolvendo manuais claros de planos de negócios que incluam modelos financeiros, melhorando os acordos de governança (ligações entre a rede e as empresas de seguros), criando *firewalls* e desenvolvendo produtos de seguros, capacidade e produtos de resseguro, que dariam as SACCOs vantagens competitivas. Este capítulo enfoca várias destas questões, mas é necessário mais trabalho neste campo.

4.2 O modelo sócio-agente: Desafios e oportunidades

Michael J. McCord[1]

O autor gostaria de agradecer a Lemmy Manje (OIT), Gaby Ramm (consultor), Jim Roth (Centro de Microsseguro) e Constantin Tsereteli (Fundação Constanta) pelos comentários criteriosos oferecidos neste capítulo.

Enquanto houver seguro, haverá agentes para vendê-lo. Ao venderem "seguro industrial" nos portões das fábricas das cidades americanas no início da década de 90, os agentes fizeram da Metropolitan Cia. de Seguros de Vida a maior companhia – não apenas de seguro – do mundo naquela época. Em essência, o seguro industrial foi o precursor do microsseguro comercial de hoje. A transição ocorrida desde a cobrança de prêmios nos portões das fábricas até as apólices em grupo aumentou de forma significativa a eficácia da cobertura em termos de custo. Para atingir o mercado alvo histórico, os empregadores se tornaram *players* chave na fortuna arrecadada em pagamentos de prêmio para a seguradora e, em última análise, até fornecendo a cobertura na forma de um benefício para o empregado. Entretanto, no mercado alvo de microsseguro de hoje, os trabalhadores da economia informal, é preciso encontrar um novo canal de venda para as apólices em grupo.

Esta opção surgiu quando instituições de microfinanças começaram a identificar necessidades seguráveis entre seus clientes, uma vez que as MFIs realizam transações financeiras com uma grande quantidade de pessoas de baixa renda. Algumas MFIs se tornaram seguradoras, que se oferecem para atuar como intermediários, permitindo a seus clientes um acesso eficiente aos produtos de seguro. Vislumbrando esta questão como uma maneira que representa risco baixo e eficácia em termos de custo para entrar em um mercado novo, as seguradoras também se mostraram interessadas, pelo menos, em termos de produtos básicos. Portanto, o modelo sócio-agente é, simplesmente, uma extensão lógica de um modelo comercial que foi utilizado pelas seguradoras no século passado.

Este capítulo analisa os desafios e as oportunidades de utilizar este modelo de agência para vender microsseguro para famílias de baixa renda de forma eficiente. Sob vários aspectos, o modelo sócio-agente é semelhante ao modelo cooperativo discutido no capítulo anterior, com uma seguradora regulamentada oferecendo produtos por intermédio de um agente institucional. A diferença chave é a es-

[1] As experiências descritas no capítulo de Compartamos (México), CARE e GLICO (Gana), Constanta e Aldagi (Geórgia), K-Rep (Quênia) e Fundação Kashf (Paquistão), são extraídas de experiências do autor, não de estudos de caso.

trutura de domínio das companhias de seguros. A seguradora pertence às uniões de crédito, enquanto no modelo sócio-agente, os agentes (frequentemente as MFIs) estão, simplesmente, vinculados à seguradora por uma relação contratual.

O modelo sócio-agente pode ser aplicado a diferentes canais de venda. Até agora, o mais comum é a associação com MIFs, porém, muito mais está se fazendo para gerar ligações efetivas com outros canais como, por exemplo, lojas de varejo, correios, e até cartões telefônicos pré-pagos. Este capítulo se concentra geralmente nas MFIs como agentes, e nas experiências obtidas com as seguradoras. O Capítulo 4.6 descreve as parcerias entre seguradores e varejistas como agentes de distribuição.

---

1 **Por que um modelo sócio-agente?**

Os componentes críticos do microsseguro bem sucedido são as transações e as operações eficientes. Se a eficiência não pode ser melhorada, o único meio de reduzir os custos de prêmio a níveis financeiramente acessíveis é reduzindo cobertura. Fornecer um bom produto a um preço acessível, portanto, exige processos eficientes, ainda que controlados. A chave para alcançar processos eficientes é a ligação com o segurado. Esta relação define a eficiência em vendas, cobrança de prêmio, difusão de informações, e, em muitos casos, processamento de sinistros. A força do modelo sócio-agente é que o agente, em geral uma instituição de microsseguro, costuma ter uma ligação eficaz com o mercado de baixa renda que pode melhorar a eficiência.

Começando com o microcrédito na década de 70, as operações de microfinanças passaram a ser um fenômeno global nos anos 90, visto que os gestores desenvolveram experiência suficiente para conceder empréstimo ao pobre em bases sustentáveis ou lucrativas. A partir desta base sólida, os gestores começaram a expressar interesse em expandir suas linhas de produto. Uma cena particularmente comum que os gestores de MFI observavam, era um cliente ser bem sucedido nos primeiros ciclos de empréstimo, para depois voltar a enfrentar problemas financeiros. Pesquisas revelaram que quando os clientes tinham dificuldade de quitar seus empréstimos, muitas vezes era devido a riscos financeiros como, por exemplo, morte ou doença na família. No caso de organizações que utilizavam a metodologia de conceder empréstimo em grupo, a crise pessoal de um sócio podia destruir a coesão do grupo e contaminar a qualidade de vários empréstimos.

Vários gestores de MFI reconheceram no seguro a possibilidade de reduzir o impacto destes problemas. Algumas MFIs se concentraram na proteção de sua carteira por meio do seguro; outras também queriam ajudar seus clientes e suas famílias nas horas difíceis. Então, a decisão foi encontrar um mecanismo para segurar seus clientes sem que a gestão e os funcionários perdessem o foco de seus principais produtos.

Enquanto algumas organizações decidiram pelo auto-seguro, para a maioria a opção foi fácil: apelar para seguradoras comerciais já com mecanismos para li-

dar com estas questões.[2] Como muitos achavam desde então, este modelo geralmente é a forma mais simples, mais barata e mais rápida para uma MFI começar a oferecer a seus clientes serviços de gerenciamento de risco além de produtos de crédito e poupança. Com uma linha de produtos ampliada, uma fonte de receita baseada em taxa, proteção a MFI e seus clientes, pouco risco e, na prática, nenhum insumo financeiro – como seria possível ter algo melhor?

Nestes acordos, as seguradoras tiveram acesso imediato a dezenas, talvez centenas de milhares de segurados de baixa renda, em geral por meio de uma única apólice em grupo. Embora alguns tenham se mostrado hesitantes à primeira vista, em muitos locais, na verdade as seguradoras agora competem entre si para atender às MFIs e seus clientes. De fato, quando a Compartamos, no México, procurou um parceiro de seguro, os três concorrentes eram todos importantes seguradores internacionais que disputaram intensamente o negócio.

Este modelo também é benéfico para os segurados de baixa renda. Eles obtêm acesso aos produtos de seguro geridos profissionalmente, aos quais eles teriam tido, do contrário, um acesso muito limitado. Para clientes de grandes MFIs, números absolutos permitem aos clientes algum controle sobre o desenho do produto, e os prêmios devem ser mais promissores. Decididamente, em caso de disputas, a MFI está lá para ajudá-los, sem que os segurados de baixa renda precisem correr atrás da seguradora para que seus direitos em relação à cobertura da apólice sejam cumpridos.

Está claro que este modelo tem potencial para ser benéfico para todas as partes e, de fato, pode garantir uma situação onde todos ganhem. Entretanto, em muitas parcerias ainda há questões que precisam ser tratadas a fim de otimizar os benefícios para todas as partes, em especial os clientes. De fato, há situações onde os clientes podem obter muito mais deste modelo, todavia são seguradoras e agentes que estão se beneficiando. O enfoque das próximas seções será como o modelo é colocado em prática, e onde residem alguns dos problemas.

2 Como funciona o modelo sócio-agente

2.1 Escolhendo o sócio

Diferente dos agentes tradicionais, que fornecem um conjunto de produtos desenvolvidos pela seguradora para vender a um público ingênuo, as MFIs identificaram uma necessidade entre seus clientes, traduziram esta necessidade para um protótipo de produto de seguro e apresentaram às seguradoras. O conceito do produto muitas vezes proposto às seguradoras envolve uma faixa de preço que os clientes estariam dispostos a pagar, e às seguradoras restava analisar a possibilidade de oferecer o produto.

O processo de licitação utilizado pela CARE em Gana *(conforme Quadro 69)* provou ser uma forma eficaz para uma MFI obter o produto desejado em condi-

[2] Ver Capítulo 4.7 para um resumo das vantagens e desvantagens do auto-seguro para MFIs.

ções mais apropriadas. A ASA na Índia também utilizou um método novo, e buscou seguradoras que permitissem a ela realizar a análise de sinistros e pagar aos clientes diretamente, já que a MFI havia enfrentado sérios problemas com sinistros apresentados fora do prazo e recusados por sócios anteriores. Ela enviou uma carta convite para uma dezena de companhias de seguros e recebeu propostas de quase todas, talvez porque a carta dissesse, em negrito, "nós temos em torno de 45.000 clientes". Curiosamente, a ASA optou por trabalhar com três seguradoras que tinham produtos quase idênticos, cada qual cobrindo uma área geográfica diferente. Embora administrar as três relações envolvesse mais trabalho, a ASA preferiu esta solução porque levou as seguradoras a se tornarem competitivas. Caso um apresentasse um mau desempenho, a MFI poderia, discretamente, desativá-lo e transferir os clientes para um de seus outros sócios.

Quadro 69 **Vendendo um conceito de seguro em Gana**

A CARE realizou pesquisa de oferta e demanda para oferecer microsseguro por intermédio de bancos rurais em Gana. Para tal, reuniu em um seminário com duração de um dia todos os bancos rurais e seguradores interessados, a fim de explicar os resultados e o conceito do produto. Depois disto, a CARE enviou uma nova oferta para todos as seguradoras. As seguradoras interessadas responderam com suas taxas de prêmio para os produtos desejados (assim como outras solicitações específicas). A CARE utilizou então um padrão de avaliação para fazer sua escolha definitiva – a GLICO Cia. de Seguros de Vida de Gana. O processo gerou muito interesse nas seguradoras – 12 seguradoras e corretores participaram do seminário e 8 apresentaram respostas para as novas ofertas – e, certamente, garantiu melhores resultados para a CARE.

Fonte: Adaptado de McCord, 2004.

Desenvolver o produto e os processos desta maneira ajudou a CARE e a ASA a obterem o que elas queriam. Visto que o conceito de seus produtos refletia diretamente as necessidades de seus clientes, os clientes ficaram bem servidos.

Muitos alegaram que as seguradoras não iriam aceitar um conceito de produto desenvolvido por um agente institucional como uma MFI. Com certeza, existem algumas seguradoras que não estão interessadas em instituições microfinanceiras ou clientes de baixa renda, mas elas representam uma minoria. A experiência de muitas MFIs demonstrou que se uma pesquisa de mercado convincente e um argumento baseado em um entendimento sólido sobre seguro forem apresentados a uma companhia de seguros, um produto especializado será então aceito. Sem dúvida, a seguradora avalia e fixa o prêmio, e pode ajustar o produto para atender a questões institucionais específicas, porém, definitivamente, o produto deve atender à demanda do mercado, conforme apresentado pelo agente. Esta é uma forma de operação normal para seguradoras que trabalham com corretores de seguros.

2.2 Escolhendo o agente

Há cinco anos, o meio mais comum para viabilizar estas relações era uma MFI levar às seguradoras um conceito de produto. Hoje, entretanto, algumas companhias de seguros reconhecem que este é um mercado que pode ser trabalhado, e buscam de forma proativa, possíveis canais de venda, incluindo as MFIs e outras organizações que mantêm transações financeiras com o mercado de baixa renda.

Para as seguradoras, encontrar um agente adequado também é tarefa árdua. Uma vez que o agente funciona como "cartão de visita" do produto, seu papel de convencer os futuros segurados a comprarem seguro é essencial. Uma seleção ruim de agentes pode resultar em sérios atrasos no crescimento, opinião pública ruim e custos exageradamente altos.

As seguradoras querem canais de venda com muitos clientes, potencial para crescer, uma forte reputação no que se refere à satisfação do cliente e um comprometimento da diretoria e da administração em relação a seguro. Parcerias serão mais bem sucedidas se o agente contar com um sistema de informações gerenciais computadorizado e uma sólida função de treinamento. Certamente, as seguradoras têm mais sorte quando podem oferecer produtos em grupo por intermédio de uma apólice máster para um agente institucional como, por exemplo, uma MFI, um sindicato de classe ou um grupo grande de pessoas de baixa renda, e quando o produto é obrigatório.

Ao iniciar a procura por um agente adequado, a seguradora deve se lembrar que sua própria capacidade de reconhecer famílias carentes como um mercado distinto que exige produtos diferentes, é crucial para alcançar sucesso. As seguradoras precisam estar dispostas a mudar seus produtos padrão – ou mais ainda, a desenvolver projetos de novos produtos – a fim de se adaptar às características do mercado de baixa renda.

Em algumas jurisdições, os agentes de seguro precisam ser licenciados; em alguns casos, os agentes não podem ser empresas, e sim pessoas físicas. O processo de licenciamento pode incluir um determinado número de horas de treinamento e/ou aprovação em um exame. Estes requisitos, muitas vezes, não levam a registrar oficialmente uma MFI ou os membros da equipe escolhidos como agentes e, consequentemente, um meio adequado de cumprir as normas de seguro precisa ser explorado *(ver Capítulo 5.2).*

2.3 Esclarecendo os papéis

Uma vez desenvolvido o conceito do produto e identificados a seguradora e o agente, é importante que as partes identifiquem os papéis que irão desempenhar no processo de microsseguro. Contratos formais ou **memorandos de entendimento** minimizarão futuros desacordos, estimularão uma relação de trabalho mais estável e constituirão a base para as relações governamentais.

Ao desenvolver o contrato, cada parte deve entender os vários componentes de venda do seguro e concordar quanto às responsabilidades inerentes. Alguns dos elementos são muito claros quanto às responsabilidades de uma parte ou de outra. Relatórios normativos são de responsabilidade da seguradora, e cobrança de prêmio da MFI agente. Outros elementos podem não estar tão claros. As responsabilidades chave que devem constar de um contrato estão descritas a seguir:[3]

Subscrição

Para maximizar as eficiências deste modelo, o normal é que a subscrição seja realizada no curso do processo de análise de sinistros. Neste caso, a triagem na subscrição ocorre em virtude da capacidade de um segurado se adequar às políticas e exigências da organização, por intermédio da qual ele compra o seguro. Por exemplo, a AIG Uganda aceita todo segurado de MFIs. Não há restrições quanto a registro, a não ser a possibilidade de uma pessoa se associar a uma das muitas MFIs de Uganda. Uma das principais vantagens para as seguradoras colaborarem com uma MFI, comparando com uma organização que não concede empréstimo, é que a triagem na hora do crédito pode funcionar como um substituto para a subscrição do seguro de vida. O Capítulo 3.4 discute mais detalhadamente a importância de transferir a subscrição da fase inicial de proposta para a fase final do processo de sinistros.

Treinamento de funcionários

Em geral, os funcionários que estão na linha de frente necessitam de treinamento em princípios de seguro, marketing de seguro e detalhes do produto em particular. Este treinamento pode ser oferecido diretamente pela seguradora. Por outro lado, a seguradora pode ajudar a desenvolver os materiais de treinamento que serão utilizados pelos funcionários das MFIs responsáveis pelo treinamento. A La Equidad na Colômbia, por exemplo, desenvolveu um programa especial para treinar os analistas de crédito de seu agente da WWF. Eles recebem em média dois dias de treinamento em seguro, além de passarem 45 dias utilizando o programa desenvolvido pela La Equidad. Outros funcionários precisam de treinamento e orientação em questões como, por exemplo, administração do plano e aplicações do Sistema de Informações Gerenciais.

Cobrança e remessa de prêmio

Conforme ressaltado no Quadro 70, o processo de cobrança de prêmio é extremamente detalhado. Este processo deve ser documentado de modo que cada parte esteja esclarecida quanto ao prazo e seu papel no processo. Eficiência é muito

[3] Uma lista completa das atividades de seguro que devem constar de um contrato sócio-agente pode ser encontrada em Churchill e outros, 2003.

importante. No caso de MFIs que já mantenham transações financeiras com seus clientes, é relativamente fácil para elas cobrarem os prêmios como parte dos pagamentos de empréstimo ou poupança do segurado.

Quadro 70 **Lista de verificação para cobrança de prêmio no modelo sócio-agente**

- Quando é que os clientes pagam o prêmio?
- Quando é que o agente envia o dinheiro?
- Os prêmios são enviados em dinheiro?
- O agente pode usar os prêmios para pagar sinistros?
- A comissão é deduzida dos prêmios?
- Quais são as informações que a seguradora precisa para ajudar nos pagamentos de prêmio?
- Onde a informação é mantida?
- Na falta de número da carteira de identidade, como a seguradora recomenda nomear o segurado?
- A apólice entra em vigor quando o agente efetua a cobrança do prêmio?

A troca de informações sobre o segurado relacionadas a pagamentos de prêmio também deve ser avaliada com cautela. Quais são as informações que a seguradora realmente precisa em relação a pagamentos de prêmio? A AIG Uganda, por exemplo, exige que as MFIs paguem prêmios mensalmente – o que é eficaz – mas o pagamento deve ser acompanhado por uma relação de todos que estejam cobertos na apólice em grupo. Uma MFI apresentava perto de uma resma de papel todo mês para satisfazer esta exigência. Este processo exige um esforço significativo, materiais indiretos e até mesmo espaço de armazenagem. É claro que não se trata de um processo eficaz.

Como opção, a Aldagi na Geórgia, com seu agente da MFI, a Fundação Constanta, usa um sistema eletrônico que uma vez por dia faz, automaticamente, o *download* dos dados importantes. Não há, praticamente, intervenção humana neste processo. Outras MFIs com capacidades para poupança, como o Banco K-Rep no Quênia e os bancos rurais de Gana, exigem que a seguradora retenha os prêmios em uma conta em seus bancos. Este simples acordo ajuda os bancos de microfinanças a administrarem a liquidez.

Todo acordo sócio-agente deveria assegurar que, quando possível, isto seja feito eletronicamente. O uso de computadores e comunicações eletrônicas é um meio importante para reduzir custo e esforço na gestão de microsseguro, assim como para coletar os dados demográficos necessários do cliente.

Processamento de sinistros

À medida que o pagamento de sinistros efetuado em tempo hábil é muito importante para a credibilidade das instituições (sem mencionar a necessidade dos beneficiários), um contrato sobre **padrões de serviço** é imperativo. Em algumas das primeiras experiências com o modelo sócio-agente, as seguradoras geralmente insistiam para pagar os sinistros, porém, muitas vezes com resultados muito ruins. Nas experiências da ASA com a LIC, os sinistros levavam regularmente três meses ou mais para serem pagos, e mesmo assim uma quantidade era recusada porque não era possível provar a idade do falecido (alguns nunca tiraram uma certidão de nascimento), ou porque alguns documentos exigidos usavam um apelido e não o nome oficial. Algumas microsseguradoras tiveram um acúmulo de sinistros, com alguns se estendendo por mais de um ano. Isto é inaceitável em um programa de microsseguro.

Para evitar estes problemas, muitas MFIs como, por exemplo, a ASA e a Kashf no Paquistão, decidiram liquidar os sinistros diretamente. Isto pode ser uma questão delicada para as seguradoras, mas quando feito, os beneficiários lucram com a prática. Comum entre as afiliadas do Opportunity International, Leftley (2005) se refere a esta abordagem como um aditamento ao contrato da agência. A MFI analisa a validade do sinistro e, em caso afirmativo, efetua o pagamento do sinistro com os prêmios recebidos, mas ainda não apresentados à seguradora. Ao final do mês, a MFI apresenta a relação de prêmio líquido, com o total de prêmio recebido e o total de sinistros pagos, junto com toda a documentação de sinistro. No caso da seguradora identificar um sinistro pago por engano, a MFI é responsável pelo reembolso à companhia de seguros. Esta questão está descrita mais detalhadamente no Capítulo 4.5.

Caso a seguradora insista em pagar os sinistros, uma alternativa inovadora tem sido uma garantia de liquidação, em que a seguradora concorda que os sinistros (com apresentação da documentação correta) serão liquidados dentro de duas semanas, ou será pago um bônus de, por exemplo, 25 por cento. Isto reduz a responsabilidade da MFI e gera um estímulo para que a seguradora trabalhe com eficiência. Fica claro que a etapa extra de obter documentos da seguradora para pagamento por intermédio da MFI toma tempo, e aquelas que pagam diretamente estão em vantagem com seus clientes, já que os controles são simples, claros e eficazes.

Embora possa ser possível para a MFI pagar sinistros de seguro de vida, é mais difícil no caso de outros tipos de cobertura. Mesmo fazendo distinção entre morte natural e acidental, pode ser difícil para os funcionários de campo da MFI. Em se tratando de seguro saúde é até mais complicado. Dentre uma variedade de outros controles, a VimoSEWA (Índia) e a UMSGF (Guiné) empregam médicos para participar de comitês de sinistros, a fim de avaliar se as clínicas estão oferecendo o tratamento correto e seguindo os protocolos aprovados. Geralmente, a administração dos sinistros de seguro saúde é muito onerosa para os agentes.

Com um enfoque diferente em relação à análise de sinistros, a UIIC trabalhou com a Shepherd, uma ONG de microsseguro, a fim de criar um comitê de análise para tratar das questões de implementação do microsseguro e decidir quanto aos sinistros questionáveis. Este comitê é composto de dois representantes da UIIC, dois representantes dos segurados, e um da Shepherd. O comitê permite respostas eficientes no que se refere a questões de sinistros e supervisão da implementação do produto, bem como de melhoria do controle do programa como um todo.

2.4 Implementação

Assim como outros aspectos de venda do microsseguro, a eficiência na implementação é muito importante – e é nesta hora que uma relação sócio-agente pode provar seu valor. Em princípio, os funcionários das MFIs interagem frequentemente com seus clientes. As oportunidades em relação às vendas cruzadas de seguro são frequentes e o custo adicional disto é quase insignificante. A ideia é utilizar redes e relações existentes de um agente de MFI para acrescentar outro produto, o que teoricamente reduz os custos de aquisição e de operação, em especial quando comparado à utilização de agentes de seguro especializados para vender produtos individuais.

Já a teoria de implementação não era compatível com a realidade de negócios das MFIs. A simples abordagem de venda cruzada não foi bem sucedida em muitas instituições, principalmente em função do microsseguro não ser o principal negócio dos agentes. Normalmente, poupança e crédito são os principais negócios de uma MFI. O seguro pode sustentar os negócios principais, por exemplo, atenuando o risco de crédito do agente, bem como de seus clientes, porém, quando surgem problemas de inadimplência, há pouco empenho em relação ao mercado de seguro. A carteira de empréstimo sendo o ativo chave e o que gera receita para a maioria das MFIs, é lógico que quando ela está ameaçada, a atenção dos gestores e dos funcionários se volta para solucionar este problema. Esta questão também é verdadeira no caso de outros canais de venda, e demonstra um obstáculo relevante para o avanço do microsseguro. Oferecer microsseguro de forma eficiente por intermédio de outras organizações resultará sempre em tratamento de segunda classe para estes produtos, comparado aos principais negócios do canal de venda.

Mesmo quando tudo está correndo bem, alguns agentes de microsseguro não têm interesse no seguro, porque o crescimento dos principais negócios consome todos os recursos disponíveis. O Banco PróCrédito na Ucrânia, por exemplo, tinha algum interesse em microsseguro, e começou a testar uma parceria com uma companhia de seguros local. Antes que o teste estivesse concluído, ficou claro que, devido ao crescimento fenomenal de seus negócios principais, os gestores não desviariam sua atenção para um produto que não era tão importante para a empresa.

A expectativa de que o microsseguro pudesse ser perfeitamente implementado em uma MFI basicamente sem custo adicional, se mostrou otimista demais. Várias instituições reconheceram a necessidade de ter alguém dentro da instituição agente para fazer a conexão entre a seguradora e a MFI. Em alguns casos, o agente destaca alguém para administrar a relação de seu lado, a fim de supervisionar o treinamento, administrar os relatórios e as comunicações com as seguradoras, responder perguntas dos funcionários e, geralmente, atuar como o gestor do produto de seguro. Em alguns casos, como a GLICO, a seguradora colocará um de seus agentes na MFI para garantir vendas e serviço corretos.

Em geral, funcionários de uma MFI realizando venda cruzada de seguro é uma expectativa que ainda não foi preenchida. Estudos sobre demanda e satisfação do cliente demonstraram que os clientes de microfinanças muitas vezes não compreendem bem os produtos de seguro que compraram. Isto é especialmente verdade em relação aos produtos obrigatórios. Quando um produto é obrigatório, os funcionários de campo veem pouca razão para promover ou mesmo discutir o produto de microsseguro.

O comprometimento em manter os clientes cientes e informados é necessário para o sucesso no microsseguro. Sem este comprometimento, os segurados entendem o seguro apenas como um custo adicional para contraírem empréstimos para produtos obrigatórios, e é provável que produtos opcionais apresentem taxas de renovação baixas.

2.5 Acordos financeiros com o agente

Embora os agentes de MFI, em geral, tenham limitado suas ofertas de microsseguro a produtos relacionados diretamente às necessidades de proteção de suas carteiras de empréstimos, eles também esperam, com razão, um benefício financeiro direto proveniente da venda de seguros por uma seguradora. Três métodos de remuneração foram identificados nos estudos de caso:

1. Comissões pagas ao agente como um percentual dos prêmios recebidos
2. Participação nos lucros com receita variável/possível prejuízo
3. Aumentos de prêmio nos casos em que o agente da MFI acrescentar um valor adicional ao prêmio cobrado pela seguradora

Remuneração baseada na comissão

A maneira mais comum dos agentes de MFI lucrarem com seguro é por meio de comissões, que normalmente se situam entre 5 e 20 por cento do prêmio pago. Alguns dos agentes mais profissionais de MFI acompanham os custos de venda e serviço dos produtos de microsseguro. É importante para o agente entender a relação de seu seguro com a estrutura de custo, e se certificar que o resultado de sua atividade está, no mínimo, empatando. Alguns gestores de MFI discutem que

pelo fato das atividades estarem incluídas na infra-estrutura existente e serem vendidas junto com os produtos de crédito e poupança, o seguro não gera, efetivamente, custo adicional.

Entretanto, sem uma análise de custo, os agentes nunca têm certeza da lucratividade dos produtos.

Utilizando o custo baseado na atividade, a ASA avaliou o custo associado às vendas e ao serviço de seus produtos de seguro, e determinou que o custo administrativo por apólice por ano é US$1,80 *(ver Tabela 38).*

Tabela 38 **Custo da ASA por apólice (janeiro/2005)**

Categoria	*Despesa anual (Rs.)*	*Despesa anual (US$)*
Custos de funcionários	1 500 000	33 333
Outros custos (ex.: imóvel, aluguel, computadores)	1 460 000	32 445
Comissão de incentivo da sucursal	1 325 250	29 450
Total anual dos custos de todas as apólices	**4 285 250**	**95 228**
Total de apólices vendidas	53 010	
Custo total de serviço por sócio	**80,84**	**1,80**

Fonte: Roth e outros, 2005.

A Tabela 39 avalia a lucratividade de suas atividades de microsseguro com base no custo por apólice. O prêmio de Rs.125 (US$2,78) por apólice é coerente, mas o prêmio retido é diferente na companhia de seguros Max de Nova Iorque. Quando o custo por apólice é comparado ao prêmio retido por apólice (coluna B), fica claro que as duas primeiras seguradoras dão lucro e o terceiro dá prejuízo.

Quando foi feita esta avaliação de custo, os custos administrativos da ASA representavam 64,6 por cento dos prêmios, e os lucros, 4,8 por cento.[4] (Custos administrativos adicionais também devem ser aplicados ao saldo que foi pago à seguradora). Ao acompanhar os custos e as receitas da mesma forma, um agente está mais apto para administrar o nível dos custos e, neste caso, fica claro que há uma necessidade de identificar outras possíveis iniciativas que possam reduzir custos administrativos muito altos.

[4] O custo médio ponderado por apólice é Rs. 86,8, ou 69,4 por cento do prêmio. O custo administrativo em relação aos prêmios é 80,84/125 = 64,6 por cento, e o lucro é (86,8 – 80,84)/125 = 4,8 por cento.

Tabela 39 **Lucro/prejuízo por apólice na ASA (janeiro/2005)**

Companhia de seguros	*A) Prêmio recebido do cliente*	*B) Prêmio retido para cobrir despesas*	*C) Lucro ou prejuízo por apólice (Coluna B-Rs. 80,84)*	*D) Número de apólices*	*E) Lucro ou prejuízo sobre todas as apólices (Rs.)*	*F) Lucro ou prejuízo sobre todas as apólices (US$)*
AMP-Sanmar	125	89	8,16	26 444	215 822	4 796
Allianz Bajaj	125	89	8,16	18 218	148 686	3 304
Max Nova Iorque	125	75	-5,84	8 348	-48 740	-1 083
Totais				***53 010***	***315 768***	***7 017***

Fonte: Roth e outros, 2005.

Tabela 40 **Desempenho de quatro sistemas de microsseguro na Zâmbia**

	Pulse Holdings	*PRIDE Zâmbia*	*FINCA Zâmbia*	*CETZAM*
		2004		
Valor de prêmio (US$)	25 345	28 098	31 826	17 507
Sinistros (US$)	12 252	5 034	3 302	1 613
Coeficiente de sinistros (%)	***48,3***	***17,9***	***10,4***	***9,2***
Prêmios líquidos (US$)	13 092	23 063	28 534	15 894
Participação nos lucros (US$)	4 582			
Participação nos lucros (%)	***18,0***			
Taxas administrativas (10%)		2 810	3 184	1 751
		2003		
Valor de prêmio (US$)	18 603	4 010	9 571	7 544
Sinistros (US$)	9 803	786	976	3 749
Coeficiente de sinistros (%)	***52,7***	***19,6***	***10,2***	***49,7***
Prêmios líquidos (US$)	8 800	3 224	8 595	3 794
Participação nos lucros (US$)	3 080			
Participação nos lucros (%)	***16,6***			
Taxas administrativas (10%)		401	957	754

Fonte: Manje, 2005.

Participação nos lucros

O segundo enfoque de remuneração, participação nos lucros, é um meio de dividir o risco e os lucros para gerar uma receita (ou prejuízo) potencialmente maior para o agente de MFI. Este método atribui alguns dos riscos de seguro ao agente institucional. Normalmente, esta responsabilidade potencial está prevista no valor dos prêmios pagos, de modo que o agente da MFI pode perder seu investimento com as despesas de venda e distribuição dos produtos, porém a seguradora não arca com qualquer prejuízo adicional.

A Madison Seguros trabalha com quatro agentes institucionais em Zâmbia. Três deles recebem uma comissão garantida de 10 por cento dos prêmios, enquanto o quarto, a Pulse Holdings, recebe uma participação nos lucros (e no risco). A Tabela 40 apresenta alguns resultados chave das quatro MFIs.

Neste caso, o acordo de participação nos lucros exige que a Madison pague os sinistros do *pool* de prêmios e retenha 35 por cento dos prêmios líquidos (depois dos sinistros) para cobrir seus custos. Qualquer saldo é então dividido igualmente entre a seguradora e a MFI. Com este acordo, a Pulse Holdings lucrou durante dois anos – 16,6 por cento em 2003 e 18 por cento em 2004 – lucro maior do que a garantia de 10 por cento de lucro dos outros, mesmo embora o coeficiente de sinistros da Pulse fosse muito maior. É importante reconhecer que, com um mecanismo de participação de lucros (e de riscos), o lucro pode ser zero. Entretanto, parece que tanto a Pulse e como a própria Madison estão protegidas pelos prêmios excessivamente altos. O coeficiente de sinistros da Pulse em 2005, por exemplo, era para ter ficado acima de 70 por cento para que ela ganhasse apenas 10 por cento como os outros. O fato dos agentes que trabalham na base de comissão apresentarem uma média de coeficiente de sinistros no agregado de apenas 16 por cento, deixa claro que o preço deste produto é demasiadamente caro.[5]

Aumentos de prêmio

A terceira opção são os aumentos de prêmio como, por exemplo, aqueles utilizados por muitas MFIs em Uganda, que impõem uma sobretaxa de até 100 por cento sobre o prêmio. Em outras palavras, se a cobertura de seguro custa 0,5 por cento do valor do empréstimo, a MFI cobra 1 por cento e mantém os outros 0,5 por cento. No caso da AIG Uganda, a seguradora não paga qualquer comissão às MFIs, porém, paga uma comissão de 20 por cento ao seu próprio agente de seguros. Isto resulta em um nível exorbitante de custos administrativos e níveis de prêmio que são múltiplos de um valor considerado razoável. Além do mais, é provável que estes aumentos sejam ilegais em países onde as autoridades de seguro aprovam oficialmente os prêmios.

[5] Observe que com um coeficiente de sinistros no agregado de 16 por cento, mais os 10 por cento de taxas administrativas pagas às MFIs, a Madison tem 74 por cento de prêmios para dividir entre 1) os custos administrativos muito baixos de suas operações relacionadas a estes produtos, 2) provavelmente, nenhum custo de resseguro e 3) lucros situados, provavelmente, entre 50 por cento e 60 por cento dos prêmios.

Nas Filipinas, o Opportunity International dirigia suas afiliadas de acordo com esta política de aumentos depois de aprender que era prática usual aumentar a taxa de prêmio de forma significativa, no caso da comissão ser paga ao intermediário. Por exemplo, caso seja exigida uma comissão de 20 por cento para cobrir os custos da MFI, é normal que a taxa líquida sem comissão seja aumentada em mais de 100 por cento. Com base nesta observação, ficou acordado que as MFIs pagariam a taxa líquida à seguradora e não receberiam comissão, porém, carregariam a taxa cobrada aos clientes com uma taxa de administração. Isto resultou em uma solução final mais barata para os clientes da organização.

2.6 Conclusão

Ao implementar o modelo sócio-agente, existem várias áreas de interesse que devem ser trabalhadas antes do produto ser oferecido aos segurados. Cada parte deve estar ciente do papel a desempenhar, e os papéis devem ser alocados considerando onde está a vantagem comparativa de cada instituição. Ao desenvolver o produto e negociar com a seguradora, o agente da MFI desempenha um papel duplo: deve assegurar que as suas próprias exigências institucionais sejam atendidas em termos de distribuição, cobertura de custo, e requisitos de capacidade, porém, deve, ao mesmo tempo, representar as necessidades de seus clientes e negociar produtos que atendam a estas necessidades. Na maioria dos casos, entretanto, as MFIs parecem bastante concentradas em suas carteiras e em gerar lucros significativos, resultando em produtos que não refletem as necessidades de seus clientes, nem oferecem a eles o valor real.

3 O bom e o ruim

O modelo sócio-agente não é para qualquer um. Muitos acham que ele se ajusta às suas necessidades. Alguns, como a VimoSEWA e a ASA, começaram com o modelo sócio-agente, mudaram para o auto-seguro, e retornaram para o modelo sócio-agente. Conforme descrito no Quadro 71, a ASA está, enfim, firmemente comprometida com o modelo sócio-agente, agora que está mais capacitada para administrar a relação com as seguradoras e pode exercer influência sobre o desenho dos produtos.

Quadro 71 **A relação de vai-e-vem da ASA com o modelo sócio-agente**

A ASA oscilou entre o modelo sócio-agente e o modelo de serviço completo diversas vezes ao longo dos anos, às vezes combinando os dois modelos (por exemplo, segurando o risco de morte natural ocorrida em casa, mas terceirizando a cobertura de morte acidental com uma seguradora). Entretanto, agora parece firmemente comprometida em colaborar com as companhias de seguros. Parte deste compromisso é devido à sua experiência; ela reconhece os riscos do seguro

doméstico sem resseguro. Outro fator é que a ASA possui experiência suficiente para administrar a relação – e com 45.000 prestamistas, ela tem volume para ser exigente. Consequentemente, a ASA desenhou seu próprio produto, a fim de atender a suas necessidades e gerar uma receita pequena, embora outra companhia assuma o risco.

Fonte: Adaptado de Roth e outros, 2005.

As seguradoras que trabalham com agentes de MFI obtiveram sucesso com este modelo. A penetração foi relativamente baixa com produtos voluntários, embora alguns agentes sejam mais bem sucedidos do que outros na distribuição de seguro. Alguns dos fatores associados ao sucesso de vendas incluem:

– **O tamanho da base de clientes do agente** – Agentes com mais clientes tendem a ter melhores taxas de penetração do que agentes com menos clientes.
– **Atitudes de gestão** – Agentes que são mais bem sucedidos reconhecem a natureza estratégica do seguro em suas ofertas de produto e demonstram excelente disciplina em gestão como, por exemplo, estabelecendo metas de vendas.
– **Atitudes do empregado** – A atitude dos funcionários de campo em relação ao seguro é um importante fator para alcançar resultados positivos em vendas. Se eles não se sentem entusiasmados com o produto, dificilmente alcançarão sucesso nas vendas.

Embora as seguradoras normalmente queiram "oferecer" **seguro compulsório**, isto faz sentido apenas quando há uma relação direta entre o produto e sua natureza compulsória. Por exemplo, uma MFI pode associar cobertura de vida a um empréstimo de capital de giro, ou seguro residencial a um empréstimo habitacional. Quando as seguradoras oferecem produtos que vão além da relação direta, estes devem ser opcionais e, portanto, devem ser vendidos ativamente pelo intermediário. Isto tem se mostrado problemático.

Conforme se percebe atualmente, este modelo está limitado aos depositantes ou, mais provavelmente, aos prestamistas de uma MFI. Ainda existem poucos lugares onde as instituições de microfinanças trabalham com até 10 por cento do potencial de mercado. Em um país como a Índia, onde a legislação de seguro exige que as seguradoras atendam ao mercado de baixa renda, a Tata-AIG achou o modelo sócio-agente bastante restritivo. Muitas instituições de microfinanças já se relacionavam com outras seguradoras, e a penetração das MFIs na Índia foi baixa comparada ao potencial do mercado. Portanto, a Tata-AIG desenvolveu seu próprio modelo usando as ONGs para identificar pessoas do local para se tornarem "microagentes" *(ver Capítulo 4.6).* A saturação das MIFs querendo e podendo trabalhar com as seguradoras na Índia, associada ao alcance relativamente limitado das MFI, é uma consideração importante no modelo sócio-agen-

te, e continuará a fazer com que as seguradoras identifiquem e trabalhem com canais de venda que não sejam MFIs.

A Delta experimentou desafios semelhantes quando tentou oferecer seguro por intermédio de uma ONG de microfinanças em Bangladesh. Parte do problema reside no tipo de produto oferecido pela Delta e a Tata-AIG. Instituições de microfinanças não são exatamente distribuidores eficientes de **apólices de seguro dotal**, por duas razões. Normalmente, as MFIs condicionam suas apólices aos produtos de empréstimo. O seguro dotal exige transações de longo prazo, consistentes. O crédito da MFI geralmente é de curto prazo, com intervalos eventuais de não-contratação de empréstimos. Existe uma compatibilidade limitada entre estas duas abordagens. Assim como as MFIs que aceitam poupança, os produtos de seguro dotal competem por recursos limitados do cliente de baixa renda.

O Capítulo 1.2 descreve a demanda do mercado de baixa renda por microsseguro, e mostra que, na maioria dos países, a maior necessidade de assistência em gerenciamento de risco e, deveras, a maior necessidade das seguradoras, está na área de cobertura de saúde. Inicialmente, se pensava que o **seguro saúde** viria como parte de um processo evolutivo. Caso as seguradoras mostrassem interesse em operar no mercado de vida e de outros produtos básicos, poderiam ser estimulados gradativamente para operarem com outros produtos mais complicados, incluindo saúde. Exceto por alguns casos famosos – por exemplo, a VimoSEWA e a Shepherd, ambas na Índia – esta evolução não ocorreu. A razão para isto é uma completa relutância por parte das seguradoras e uma falta de pressão na evolução por parte dos agentes de MFI, que se imagina também representem seus clientes. À medida que o seguro saúde não pode ser oferecido como produto obrigatório na maioria dos lugares, e os produtos não se referem diretamente à quitação de empréstimos, isto atrasa o desenvolvimento da cobertura do segmento saúde por intermédio deste modelo.

4 Vantagens e desvantagens

No modelo sócio-agente, existem três participantes chave – seguradoras, MFIs ou agentes similares, e a população de baixa renda, em última análise, coberta por estas apólices. Embora considerada uma abordagem que beneficia a todos, na prática, o modelo tem mostrado vantagens e desvantagens para cada um destes grupos.

4.1 Os agentes

No caso de MFIs, é mais fácil oferecer seguro em parceria com uma seguradora formal, do que começar sua própria companhia de seguros ou fazer seguro por conta própria *(conforme demonstrado na Tabela 41).* A capacidade de oferecer seguro sem cumprir as exigências quanto a conhecimento, capital ou regulamentação faz desta uma opção fácil.

As desvantagens geralmente dizem respeito às questões de relacionamento. As MFIs e as seguradoras mantêm negociações com bases de conhecimento completamente diferentes. A seguradora conhece seguro, enquanto a MFI conhece mercado. O que faz desta relação uma relação ideal – a fusão de dois tipos de habilidade – também cria o potencial para erros. Embora tanto o conhecimento de seguro quanto o acesso ao mercado sejam fatores chave, muito frequentemente as MFIs se valem da experiência da seguradora, embora não passem seu conhecimento de mercado para a seguradora. Isto é um erro. Onde as MFIs possam influenciar o desenho do produto, ou onde as seguradoras possam competir, certamente haverá melhores produtos para clientes, a melhores condições.

Tabela 41 **Vantagens e desvantagens do agente em relação ao auto-seguro**

Vantagens	*Desvantagens*
1. Muitas vezes, o meio mais simples, mais barato e mais rápido de começar a oferecer seguro	1. Necessidade de negociar com um terceiro um produto que atenda às necessidades dos clientes e das MFIs
2. Risco financeiro e de reputação mais baixos	2. Receita muitas vezes restrita a comissões; baixo risco, mas também retorno relativamente baixo
3. Receita garantida proveniente de comissões, ou possível lucro/prejuízo proveniente de participação nos lucros	3. Padrões de serviço podem estar nas mãos de um terceiro (caso a seguradora esteja pagando sinistros)
4. Não há exigências de capital	4. Funcionários de campo têm outras responsabilidades comerciais secundárias
5. Pouca ou nenhuma exigência legal	5. Necessidade de criar uma estrutura de incentivo para motivar os funcionários a venderem o produto ou, pelo menos, manterem os clientes bem informados sobre os produtos
6. Não há necessidade de gestores e funcionários com experiência	6. Possíveis limitações em desenho de produto e benefícios devido às restrições sobre o que a seguradora deseja, ou pode, legalmente, cobrir
7. Pode oferecer produtos que sejam mais seguros para os clientes	

Para o modelo sócio-agente funcionar nas MFIs, vários requisitos devem ser atendidos:

– As MFIs devem utilizar o tamanho de seu mercado para obter o que elas querem em produtos e condições. Devem pressionar as seguradoras de modo que elas ofereçam produtos que atendam melhor às necessidades e demandas de seus clientes, e impulsionar a evolução contínua do produto para atender melhor às necessidades do cliente.
– Deve haver competição entre as seguradoras, seja na forma da quantidade de seguradoras vendendo para a MFI, ou na forma de novas ofertas e revisão das apólices anuais.
– Deve haver melhor integração do microsseguro no escritório central, de modo que os funcionários de campo avaliem o valor do seguro de seus clientes, rece-

bam incentivos para vender produtos opcionais e informar os clientes sobre produtos compulsórios.

– O valor de uma gama de produtos de seguro para os clientes de MFIs e, indiretamente, para a MFI, deve ser reconhecido. Isto garantirá um incentivo para que as MFIs forcem as seguradoras a oferecerem produtos, e vendê-los de uma maneira profissional para os seus clientes.

4.2 As seguradoras

As vantagens deste modelo para as seguradoras são mais fáceis de apontar. As desvantagens se baseiam na relação, conforme apresentado na Tabela 42. As MFIs geralmente têm desapontado os agentes. Elas têm sido fracas no marketing e o potencial de mercado ao qual eles garantiram acesso raramente é alcançado com os produtos de seguro oferecidos.

Tabela 42 **Vantagens e desvantagens para uma seguradora**

Vantagens	*Desvantagens*
1. O meio mais simples, mais barato e mais rápido de entrar no mercado de baixa renda; o agente dá à seguradora credibilidade imediata em um mercado cético, grande volume de clientes e um mecanismo de operação eficiente	1. Trabalho com agentes com conhecimento limitado sobre seguro
2. Melhoria na diversificação do risco ao incluir um número substancial de segurados, especialmente de um produto obrigatório	2. Esforço significativo da linha de frente no treinamento dos funcionários de MFI, e desenvolvimento de processos e materiais de marketing
3. Impacto positivo nas exigências de responsabilidade social da empresa e nas relações com os reguladores	3. Confiança no agente, que pode mudar sua visão em relação aos produtos ou serviços da seguradora após o investimento inicial
4. Melhoria do entendimento dos riscos por meio de dados históricos que os agentes mantêm sobre os clientes	4. Risco de perder uma parcela significativa dos negócios se o agente migrar para outra seguradora ou alterar as prioridades
5. O protótipo do produto deve ser desenvolvido a partir de pesquisa de mercado realizada pelo agente	5. Padrões de serviço estão nas mãos do agente, levando a um possível risco de reputação
	6. Necessidade de ajustar controles para gerir produtos especiais

Para que o modelo sócio-agente funcione com as seguradoras, elas devem:

– Desempenhar um papel ativo no treinamento e na motivação dos funcionários da linha de frente do agente (em coordenação com o agente institucional). Algumas seguradoras têm funcionários responsáveis por estas contas, e sua interação deve melhorar para fazer com que os funcionários do agente sejam mais eficientes.
– Reconhecer que o seguro nunca será o foco principal de um agente institucional e, portanto, se concentrar em tornar cada processo simples de ser oferecido, simples de ser administrado, e simples de ser operado. Se um produto

puder ser simples de todas as maneiras, o esforço do agente será reduzido, e haverá um potencial maior para uma melhoria nas vendas.

– Certificar-se de que os segurados estejam recebendo as informações corretas. Isto melhorará o potencial das renovações.
– Embora a teoria seja de que haveria intervenção limitada por parte da seguradora, fica claro a partir destes estudos de caso, que as seguradoras devem desempenhar um papel mais intenso na orientação do processo.

4.3 Os clientes

Os possíveis segurados estão à mercê de seus agentes e seguradoras. O acesso aos produtos de seguro regulamentados deve ser benéfico, porém, em muitos casos, não apenas se provou inútil, como, na verdade, prejudicial, pelo menos em termos de pagamento de prêmios desnecessariamente altos para produtos insatisfatórios. Em princípio, isto pode ser justificado, à medida que as seguradoras adotam uma abordagem conservadora, embora tentem entender o risco neste mercado. Como agora há dados relevantes disponíveis, os prêmios deveriam cair, mas isto não está ocorrendo. Muitos dos problemas dizem respeito à confiança dos segurados em duas entidades para representá-los – o agente institucional e a seguradora, ambos motivados pelo lucro. As vantagens e desvantagens do modelo sócio-agente para o mercado de baixa renda estão resumidas na Tabela 43.

Tabela 43 **Vantagens e desvantagens para os segurados de baixa renda**

Vantagens	*Desvantagens*
1. Obter acesso aos produtos por intermédio de seguradoras regulamentadas, o que de outra forma não seria possível 2. Eles devem ser capazes de tirar vantagem do preço do *pool* 3. A seguradora está respaldada pelas reservas, pela legislação e, quando necessário, pelo resseguro, de modo que não deve haver, na prática, nenhum risco de falência do segurador 4. Têm potencial para acessar uma ampla gama de produtos	1. Seu representante (frequentemente o agente da MFI) desempenha um papel conflitante nas negociações, representando tanto seus próprios objetivos de maximização de lucro, como do custo-benefício de seus clientes; muitas vezes os produtos são desenvolvidos em beneficio do agente 2. Quando existe conflito, os clientes hesitam em enfrentar seu credor com medo de que isto possa afetar negativamente sua capacidade de contratar empréstimo 3. Com muita frequência, a população de baixa renda pode obter seguro apenas no caso de contratarem empréstimo, e o cliente nem sempre tem necessidade de contratar empréstimo 4. Os prêmios, em muitos casos, permanecem muito altos, conforme demonstrado pelo nível mínimo de sinistros em relação aos prêmios, observado em muitos programas

Para que o modelo sócio-agente funcione no mercado de baixa renda:

- As necessidades e demandas do cliente devem ser a base dos produtos e de como eles serão oferecidos.
- Os reguladores devem exigir simplicidade nas apólices e nos procedimentos, embora protegendo os direitos deste mercado;
- As MFIs devem desenvolver meios de levar em conta os clientes no desenvolvimento de seus produtos e na análise de procedimentos, e então utilizarem as informações em suas negociações.

5 Conclusões

A abordagem sócio-agente ainda está evoluindo. Durante os últimos anos, as seguradoras se mostraram mais interessadas no mercado de baixa renda; MFIs e agentes semelhantes se mostraram mais experientes ao estruturarem negócios que melhor atendam a suas necessidades, e às vezes, até as necessidades dos clientes. Ainda há hesitação por parte das seguradoras para oferecerem produtos do ramo saúde, embora isto esteja mudando. A hesitação inicial para oferecer até mesmo o seguro de vida tem diminuído a ponto das seguradoras estarem buscando as MFIs e outros parceiros para terem acesso ao mercado de baixa renda. As MFIs têm uma fatia limitada dos mercados financeiros de baixa renda no mundo. Agora que as seguradoras conhecem o potencial do microsseguro, estão buscando ativamente canais de venda alternativos e complementares *(ver Capítulo 4.6).* Fica claro, partindo destes casos, que o alcance massivo exigirá canais de venda novos e eficazes.

No âmbito institucional, a estimativa era que inicialmente os prêmios seriam altos, mas que depois de um ano ou dois de experiência, as taxas cairiam e a gama de produtos aumentaria. Também deve ter ocorrido uma redução correspondente no lucro líquido das seguradoras. De fato, isto aconteceu com algumas seguradoras, embora outros estejam auferindo um lucro exorbitante. Os controles sobre estes lucros devem partir das MFIs e de outras entidades que vendam produtos para clientes de baixa renda.

Há uma pressão de mercado para que estes prêmios sejam administrados de forma a beneficiar os clientes. A AIG Uganda, que até recentemente detinha um monopólio neste mercado, decidiu por conta própria lutar contra dois novos competidores. Isto é o mercado em ação. A competição em microsseguro levará a melhores produtos e prêmios mais adequados aos consumidores de baixa renda. Os precursores deste modelo podem não ter tido, e podem ainda não ter, produtos ou prêmios que atendam, verdadeiramente, às necessidades e demandas deste mercado. Entretanto, eles abriram um caminho, e os recém-chegados abrirão espaço para que a competição melhore o seguro para o pobre.

Atualmente, o modelo sócio-agente parece funcionar melhor quando:

- o seguro está diretamente relacionado aos produtos da instituição agente;
- o agente da MFI tem conhecimento e motivação suficientes para representar, verdadeiramente, seus clientes nas negociações com as seguradoras e gerir o processo de desenvolvimento do produto;
- o agente da MFI reconhece o benefício do seguro, não apenas para proteção da carteira da MFI, porém, o mais importante, para seus clientes;
- os produtos são simples em todos os aspectos, desde as exigências iniciais de registro até uma apólice com um mínimo de exclusões, e um processo de liquidação que facilite a apresentação de sinistros válidos;
- os produtos são avaliados pelos clientes de MFIs, e são obrigatórios;
- os prêmios são justos para todos;
- os funcionários de campo do agente estão suficientemente habilitados e, realmente, não têm pressa ao explicarem o seguro e o produto que os clientes estão comprando;
- no mercado de baixa renda, a seguradora desenvolve um modelo de negócio diferente daquele utilizado por sua clientela tradicional.

O modelo sócio-agente possui um potencial significativo. Ainda no início de sua evolução, ele está progredindo lentamente com base nas lições aprendidas. As falhas no modelo podem ser identificadas com relativa facilidade por meio de treinamento e capacitação de seguradoras e canais de venda. Entretanto, seria uma atitude sábia das seguradoras não apostarem todas as suas fichas na MFI. Estes estudos de caso mostraram que a expansão em massa do microsseguro exigirá uma ampla gama de canais de venda, e que trabalhar apenas com MFIs não será suficiente.

4.3 O modelo baseado na comunidade: Organizações mútuas de saúde na África

Bénédicte Fonteneau e Bruno Galland[1]

Os autores agradecem as importantes contribuições oferecidas neste capítulo pelo programa STEP da OIT, envolvendo Christine Bockstal, Valérie Schmitt-Diabate, Oliver Louis dit Guerin e outros. Os autores agradecem também aos seguintes revisores por suas observações e sugestões: Patrick Develtere (Universidade de Leuven), Klaus Fisher (Universidade de Laval) e Ralf Radermacher (Universidade de Colônia).

Este capítulo trata de um modelo específico de microsseguro, o modelo baseado em comunidade, em uma região específica, a África. Também trata de uma área específica – seguro saúde – que certamente não é o tipo de seguro mais fácil de oferecer *(ver Capítulo 2.1).* Considerando que o acesso à saúde continua sendo uma importante questão sem solução na África, os sistemas de microsseguro saúde são uma das formas de resolver este problema, pelo menos, parcialmente.

O seguro saúde baseado na comunidade não é um modelo teórico. Trata-se de uma abordagem pioneira para aumentar a proteção social, uma vez que seu desenvolvimento teve início há mais de 15 anos. Com base em diversos estudos[2] e na experiência de organizações de apoio externas ativas nesta área (particularmente o programa STEP da OIT e o CIDR, uma ONG francesa), este capítulo explica as evoluções passadas e atuais neste modelo específico.

Este capítulo é dividido em seis seções. A primeira seção descreve o modelo específico baseado na comunidade (MHO) e sua aplicação teórica na África Ocidental. A segunda seção fornece informações sobre a proliferação deste modelo na África Ocidental, enquanto outras poucas abordagens foram testadas na região. A seção 3 discute, de forma resumida, o grupo alvo de MHOs na África Ocidental. A seção seguinte explora questões estratégicas, ou seja: as MHOs funcionam (bem) e estão causando um impacto significativo? Para explicar algumas observações feitas nesta quarta seção, a seção 5 discute as origens específicas dos problemas descritos. Finalmente, a última seção demonstra o valor intrínseco agregado ao modelo baseado na comunidade.

[1] As referências a Alliance Santé em Benim são extraídas de experiências dos autores, não de estudos de caso.

[2] Por exemplo, ver Atim, 1998, Atim e outros, 2005, Fonteneau, 2004, Fonteneau e outros, 2004, Jütting, 2002 e Tabor, 2005.

1 O que é um modelo baseado na comunidade?

É difícil dar uma definição padrão para microsseguro baseado na comunidade. A literatura sobre o assunto tem para este modelo quase tantas definições quanto o número de organizações baseadas na comunidade (CBOs) ou especialistas que existem. Na prática, vários sistemas de seguro que contêm alguns elementos baseados na comunidade foram experimentados em todo o mundo. Uganda tentou vários sistemas dirigidos e geridos por hospitais, incluindo grupos comunitários no desenho dos pacotes de benefício e de cobrança de prêmios (Dierrennic e outros, 2005). A Tanzânia está implementando um sistema em todo o território nacional chamado Fundo Comunitário de Saúde (CHF). Os associados são organizados em comitês de gestão, que incluem os gestores de saúde, embora as normas do CHF (incluindo o valor do prêmio) sejam fixadas pelas autoridades do Estado (Musau, 1999). Outra forma de gerir o microsseguro saúde é por intermédio das MFIs. Se uma MFI é baseada na comunidade, ou seja, se ela é organizada como uma instituição mútua, como a AssEF em Benim, seu sistema de microsseguro pode ser incluído no modelo baseado na comunidade.

Algumas ONGs testaram o microsseguro saúde com gestão a cargo de profissionais que partilham objetivos e aspectos de um modelo baseado na comunidade. Por exemplo, no programa SKY, lançado pela ONG francesa GRET no Camboja, profissionais que trabalham na ONG administram o sistema. Os clientes nos comitês do vilarejo são consultados regularmente para assegurar que o sistema esteja subordinado aos segurados (CIDR, 2005).

Não obstante esta variedade de sistemas de seguros baseados na comunidade, este capítulo se concentra em um tipo em particular: a organização mútua de saúde ou *mutuelle de santé*. A principal referência geográfica é a África Ocidental, porque este modelo é mais comum nesta região (Tabor, 2005).[3]

As organizações mútuas de saúde foram originalmente desenvolvidas na Europa no século XIX, onde, na falta de outros tipos de proteção social, as organizações de trabalhadores criaram fundos mútuos para melhorar o acesso à saúde. Em vários países estas iniciativas contribuíram de forma significativa para a implementação de uma política de proteção social de âmbito nacional.

1.1 Aspectos essenciais

Os aspectos essenciais das MHOs demonstram sua forte natureza comunitária e refletem os objetivos e operações do modelo:

[3] Alguns exemplos oferecidos pelo CIDR foram extraídos de países africanos, visto que o CIDR é uma das únicas organizações externas de apoio que implementam MHOs em qualquer lugar do continente.

- Melhorar o acesso à saúde por meio de compartilhamento de risco e união de recursos
- Não têm fins lucrativos
- Organizações de interesse mútuo baseadas em grupos que compartilham características comuns
- Os associados são, ao mesmo tempo, donos e beneficiários
- Processo decisório participativo
- Associação voluntária
- Promoção de solidariedade, democracia e coesão social
- Funções potenciais além de seguro

Como outros sistemas de seguro, as organizações mútuas de saúde são baseadas em um mecanismo de compartilhamento de risco e união de recursos. Entretanto, mais especificamente, estas organizações não têm fins lucrativos e não escolhem os associados com base em seus perfis individuais de risco. O acesso à saúde por meio da solidariedade é, portanto, o principal objetivo destas organizações.

Os associados das organizações mútuas de saúde são os donos, os que tomam decisões, e os segurados, o que diferencia totalmente este modelo de outros sistemas de seguro. Este aspecto exige participação e mecanismos de controle severos para que o processo decisório coletivo seja eficaz. Reuniões gerais anuais decidem sobre questões como, por exemplo, orçamentos, contas, o que fazer com lucros acumulados, e questões operacionais, assim como toda a estratégia. Os associados dirigem suas MHOs por intermédio de representantes eleitos, que sejam responsáveis pela implementação de mecanismos de controle, tais como monitorar a implementação de normas internas, controlar fluxos financeiros e receber reclamações relativas ao serviço prestado.

A associação é voluntária. Este princípio distingue claramente as MHOs dos sistemas de seguros compulsórios, como muitos existentes no país e, muitas vezes, do sistema de seguridade social administrado pelo governo. Como em qualquer organização sem fins lucrativos, uma pessoa pode optar por se tornar um associado, porém, nunca é obrigada a se associar.

Na maioria das MHOs, os associados dividem algumas características comuns, tais como, serem membros de uma mesma organização, habitantes do mesmo vilarejo ou trabalhadores no mesmo negócio, com frequência, porque fazem parte de uma organização existente *(ver Quadro 72)*. Tendo em mente que a associação é voluntária, uma MHO precisa encontrar um meio de assegurar que ela possa obter um número "suficiente" de associados para usar os mecanismos de compartilhamento de risco de uma forma eficiente e atrativa: quanto maior o grupo, maiores os benefícios para os associados. Estar organizada em um grupo pré-existente (formal ou informal) facilita este processo. Além disso, compartilhar algumas características, ou melhor, ter um envolvimento anterior com mecanismos

semelhantes de processo decisório coletivo com o mesmo grupo, facilita o funcionamento de uma MHO.

Quadro 72 **Perfis de MHOs principiantes**

Em Burkina Faso, a Associação *Yekouma Dakoupa* e a Associação de Viúvas e Órfãos de Leere, oferecem uma gama de serviços, tais como, apoio agrícola, microcrédito e pagamento de escola para crianças órfãs. Um grupo de mulheres organizou um fundo de solidariedade informal a fim de ajudar os associados e suas famílias quando estiverem enfrentando um problema de saúde. Preocupadas se este fundo não seria suficiente para cobrir todas as necessidades e despesas de saúde, elas decidiram criar um sistema mais sustentável. Entraram em contato com o programa STEP, com quem elas criaram uma organização mútua de saúde chamada Leere Laafi Bolem, em 2001.

No caso da MHO de *Lalane Diassap* no Senegal, uma organização de jovens do vilarejo (Associação de Jovens de Lalane), tomou a iniciativa de lançar uma organização mútua de saúde baseada no vilarejo em meados dos anos noventa. Funcionários que já trabalhavam com outras organizações mútuas de saúde na Região de Thiès ajudaram nesta iniciativa.

No caso da *Mutuelle de Fatako* (Guiné-Conakry), uma associação de mulheres (Associação de Mulheres Cidadãs de Fatako) identificou o acesso à saúde como um dos principais problemas dos habitantes de Fatako. Em conjunto com o programa STEP e a Associação Guineana do Bem-Estar Familiar (ASBEF), criaram uma organização mútua em 2002.

Fonte: Adaptado de Fonteneau e outros, 2004 e Fonteneau, 2004.

As MHOs promovem ativamente alguns ideais, como solidariedade, democracia ou coesão social. Estes valores são particularmente importantes para a união de recursos e o compartilhamento de risco do microsseguro, uma vez que a relação de proximidade entre os associados pode ajudar a controlar o risco moral e a fraude, além de estimular as renovações.

Entretanto, ao contrário de outros provedores de seguro, uma MHO não pode ficar restrita a suas funções de seguro. Como organizações participativas, de interesse mútuo, as MHOs desempenham funções além do seguro. Por exemplo, os objetivos das MHOs quase sempre incluem educação em saúde. Elas também atuam em um setor (saúde) onde os interesses dos usuários foram representados apenas recentemente. Organizando possíveis usuários de serviços de saúde, as MHOs podem representar seus interesses junto aos prestadores de serviços de saúde. Da mesma forma, à medida que o Estado é um participante-chave nos sistemas de saúde, as MHOs podem representar a população nas discussões políticas. Por exemplo, estas organizações comunitárias podem intermediar questões financeiras e participar dos processos de reforma de proteção social *(ver Capítulo 1.3).*

1.2 Aspectos importantes

Independente destes aspectos essenciais, também é importante mencionar outras características, a fim de fornecer um quadro mais completo do modelo MHO. Estes aspectos são "importantes" visto que resultam do modelo, mas não possuem características inerentes.

Fundar uma MHO implica, muitas vezes, na criação de uma nova organização, mesmo quando uma organização já existente toma a iniciativa de criar um sistema de microsseguro. Em outros modelos, o seguro pode, de fato, ser desenvolvido como um produto oferecido e gerido por uma instituição existente (por exemplo, MFIs ou companhias de seguros). No caso de uma MHO, o sistema de seguro é a organização. A nova organização, criada com o objetivo de fornecer seguro, leva a um processo de institucionalização que exige empenho extra de organizações principiantes e/ou provedores externos de apoio.

Os sistemas de MHO são geridos e controlados pelos associados que contribuem financeiramente. Isto não significa que uma MHO precise ser administrada por um sistema de autogestão, porém, em realidade, muitas vezes é este o caso. Os gestores, que são os próprios associados, são eleitos ou designados pelos associados dos sistemas de seguros. Muitas vezes eles cumprem esta função voluntária e gratuitamente. A "autogestão" voluntária é uma forma de garantir a continuidade entre associados e instituições, e de evitar conflitos entre gestores e beneficiários. Entretanto, trabalhos voluntários, sem remuneração, também são escolhidos por necessidade devido à falta de recursos. Esta prática reduz os custos do produto de seguro, porém, não é uma solução de longo prazo.

Conforme mencionado anteriormente, os sistemas de microsseguro consistem de associados que compartilham algumas características comuns. Este aspecto garante o nível mínimo necessário de confiança e coesão social para fundar e dirigir uma MHO de acordo com os aspectos descritos (ou seja, autogestão, processo decisório coletivo, mecanismos participativos, compartilhamento de risco). Especialmente no começo, a associação de uma MHO muitas vezes é homogênea, o que pode ter efeitos negativos devido à falta de diversificação de risco. Esta situação também apresenta uma capacidade limitada de alcançar solidariedade vertical, que permite subsídio cruzado entre a população mais rica e a mais pobre.

2 Por que esta abordagem era/é implementada na África Ocidental?

A existência e a implementação de MHOs na África não ocorreu por acaso. As MHOs africanas surgiram inicialmente no final da década de 80 e no início da década de 90, coincidindo com o desenvolvimento de dois processos: 1) o processo de democratização e 2) a implementação da Iniciativa Bamako.

Em muitos países africanos, o final dos anos 80 representou o início da democratização e o surgimento de uma sociedade civil. Consequentemente, muitas

iniciativas foram tomadas pela população, a fim de atender a urgentes necessidades e questões políticas. Estas iniciativas foram estimuladas pelas agências de cooperação ao desenvolvimento que queriam ajudar no processo de democratização. Neste contexto, a afiliação a uma associação de MHOs como organizações de interesse mútuo, sem fins lucrativos e autônomas, foi uma forma fácil e flexível para dar início a uma iniciativa coletiva.

Durante a década de 90, a Iniciativa Bamako (lançada em 1987 pela OMS e UNICEF) também foi implementada progressivamente. Planejada para assegurar o acesso universal à saúde primária de qualidade, a Iniciativa Bamako se baseia em três princípios. O primeiro é o princípio de que a saúde primária deve atingir um nível suficiente de autofinanciamento, o que exige dos pacientes uma contribuição por meio de taxas de utilização. O segundo é o princípio para melhorar o acesso aos medicamentos, em particular os genéricos. O terceiro princípio é a participação da comunidade para melhorar a qualidade da saúde. Se os representantes da comunidade local fizerem parte do conselho diretor dos centros de saúde, os prestadores de serviços de saúde serão mais transparentes e sensíveis. Este último princípio reconhece que muitos participantes deveriam estar incluídos no sistema de saúde, inclusive organizações baseadas na comunidade.

Entretanto, outras regiões também enfrentaram um processo de democratização e também passaram da gratuidade para as taxas de utilização. O que explica a relativa singularidade do modelo de seguro implementado na África Ocidental? Uma explicação tem origem no perfil e no histórico das organizações de apoio externas envolvidas, e mais comumente, na história colonial da região. O desenvolvimento das MHOs não é puramente um fenômeno que ocorre de baixo para cima, já que os participantes externos desempenharam um papel estratégico desde o início. No Senegal e em Burkina Faso, por exemplo, a Igreja Católica ajudou a dar início a algumas das primeiras *mutuelles* no final dos anos 80.

Estas organizações envolvidas atualmente no desenvolvimento do microsseguro na África Ocidental possuem algumas características comuns. Desde o início, as ONGs da Bélgica e França (ex.: o CIDR e a ONG da Bélgica, Solidariedade Mundial) desempenharam um importante papel na difusão do modelo MHO, que eles consideravam um mecanismo adequado em um ambiente carente de proteção social; também era um modelo onde eles podiam oferecer um *know-how* excepcional. Outras organizações externas de apoio (por exemplo, a Sociedade para Reforma na Saúde, dos Estados Unidos) seguiram esta tendência da África Ocidental. Por razões semelhantes, França, Alemanha e Bélgica desenvolveram agências de cooperação que também tiveram uma participação ativa nesta área.

Dentre as organizações internacionais, a OIT, por intermédio de seu programa STEP participou no desenvolvimento do microsseguro saúde como uma estratégia para ampliar a proteção social da população desamparada. O principal grupo alvo da OIT (trabalhadores), e a referência a determinados modelos de

proteção social e estrutura normativa (economia social, setor não-lucrativo), também explicam a afinidade da OIT com o modelo MHO.[4]

3 **Qual é o grupo alvo do modelo baseado na comunidade?**

As organizações mútuas de saúde não são definidas pelo perfil do grupo alvo e o modelo não está restrito à população pobre *(Quadro 73)*. Este tipo de organização, que pertence ao setor terciário (os demais são setores do Estado e comercial privado) pode ser adotado por razões normativas e/ou pelo fato destas organizações poderem fornecer alguns serviços com mais eficiência.

Quadro 73 **Uma variedade de perfis de associação**

Os participantes de MHOs associadas à UTM (Mali) incluem desde empregados estaduais até grupos de mulheres que trabalham na informalidade produzindo sabão artesanal. Pode-se dizer que a origem dos associados de MHOs é toda a faixa de grupos da população, incluindo empregados do setor formal e informal, trabalhadores em horário integral e meio expediente, habitantes rurais e urbanos, mulheres e homens. Em outras palavras, o movimento MHO alcança todo nicho possível da sociedade de Mali e está crescendo lentamente, porém, de forma estável.

Fonte: Adaptado de Fischer e outros, 2006a.

Em geral, a população alvo dos afiliados de MHO a UMSGF (Guiné) trabalha na economia informal e não dispõe de acesso ao seguro saúde por intermédio de seus empregadores. Em áreas rurais, o local de residência define as populações alvo. São os agricultores que representam a maioria da população do vilarejo que trabalha. Em áreas urbanas, a maioria dos associados é de artesãos e comerciantes. Aposentados, funcionários públicos e outros empregados também podem ser associados, desde que as MHOs não façam distinção de acordo com critérios associado-econômicos ou de saúde. Pessoas empregadas são responsáveis por 10 a 20 por cento da associação urbana. Os analfabetos por 57,6 por cento. A renda média é estimada em € 120 (US$150) por pessoa por ano, ou € 0,33 (US$0,41) por dia, de acordo com o estudo preliminar realizado em 2000.

Fonte: Adaptado de Gautier e outros, 2005.

[4] Hoje, a OIT também apoia outros modelos de microsseguro em todo o mundo.

Uma característica comum dos associados de MHOs é que eles não dispõem de acesso aos sistemas de seguridade social, ou não possuem cobertura suficiente destes sistemas, e não podem arcar com as despesas de prêmios de seguro das companhias de seguros comerciais, caso estes serviços estivessem de fato disponíveis (o que é raro, em especial em áreas rurais). Na prática, a maioria dos associados de MHO possui renda média variável e irregular em decorrência de suas atividades na economia informal e/ou no setor agrícola. Não obstante, as MHOs também podem cobrir os empregados estaduais ou do setor formal. Na África Ocidental, devido à distribuição da população, as MHOs são mais presentes em áreas rurais do que em áreas urbanas *(ver Quadro 74).*

Quadro 74 **A população alvo de MHOs rurais**

Em áreas rurais, a população alvo da maioria das MHOs apoiadas ou pesquisadas pelo CIDR na África Ocidental e Oriental pode ser considerada pobre. Entretanto, na população alvo a condição econômica das famílias que se registraram nas MHOs nem sempre é conhecida.

Para avaliar o perfil dos associados de MHOs, por iniciativa do CIDR na Tanzânia, foi elaborado um relatório sobre 185 famílias em 2005. O resultado aponta que a renda média e mediana de associados é maior do que a renda de não-associados. O tamanho das famílias de associados é menor do que a de não-associados, o que sugere que as famílias mais numerosas enfrentam mais dificuldades para pagar os prêmios.

	Nível de renda em €		*Tamanho da família*	
	Média	*Mediana*	*Média*	*Mediana*
Associados de MHO	1 061	713	7,4	6,0
Não-associados	872	664	8,0	6,0

(€1 = US$1,26)

Embora o valor do prêmio não exceda US$2,50 por pessoa, por ano, estes resultados mostram claramente que as famílias mais ricas têm menos representação nas MHOs. Os necessitados não são os únicos que não podem se associar aos sistemas.

Fonte: Adaptado de Dkhimi, 2005.

4 As MHOs funcionam (bem) e causam um impacto significativo?

Da teoria para a prática, a transição oferece uma oportunidade para avaliar quão bem estes sistemas operam, e se atingem seus objetivos. Para que a resposta seja justa, é importante conhecer as informações disponíveis sobre estas questões e a perspectiva adotada para respondê-las. Até agora, a maioria das pesquisas se con-

centrou nos aspectos organizacionais dos sistemas baseados na comunidade. Consequentemente, há informações sobre o funcionamento de MHOs e as dificuldades que elas enfrentam quando estão sendo constituídas, sua gestão e suas dinâmicas sociais.

Entretanto, saber quão bem elas funcionam é diferente de conhecer como é o desempenho delas de acordo com uma norma definida. Por exemplo, as MHOs precisam oferecer proteção social para seus associados ou devem contribuir ativamente para estender a proteção social até a população excluída? O principal objetivo de uma MHO é melhorar o acesso à saúde ou melhorar a segurança financeira quando as famílias enfrentam problemas de saúde? A função de seguro de uma MHO importa mais ou menos do que a participação social e a autonomia permitida? As respostas serão diferentes de acordo com a perspectiva adotada: do ponto de vista de organizações nacionais, organizações mútuas de saúde, agências externas de apoio, ou autoridades nacionais da saúde? De acordo com sua identidade autônoma, este capítulo tenta responder esta pergunta em relação aos objetivos e às perspectivas das MHOs.

O mesmo problema surge na segunda parte da pergunta no que se refere ao impacto: qual é o critério que pode ser utilizado para medir o desempenho das MHOs, e avaliar se elas são eficientes? Além disso, há dados sólidos o suficiente para tratar desta questão de forma justa? Com poucas exceções, a resposta é não, o que limitará a possível análise sobre o desempenho das organizações mútuas de saúde na África Ocidental.

4.1 As MHOs funcionam (bem)?

Em um estudo sobre 11 países da África onde se fala francês, 622 sistemas de microsseguro saúde foram identificados (Concertation, 2004). Esta estimativa incluiu não apenas as MHOs, mas também uma ampla gama de modelos de seguro. No entanto, 88 por cento dos sistemas se definiram como *mutuelles de santé* (MHOs). Dos 622 sistemas de seguro saúde, 366 eram funcionais (58,8 por cento). A maioria dos demais havia sido criada recentemente (22,8 por cento) ou estava em uma fase piloto (12,4 por cento). Os 5 por cento restantes não tinham capacidade para cobrir os sinistros de seus associados.

O funcionamento das MHOs recebeu muita atenção dos pesquisadores e profissionais da área. Com base em vários estudos, esta seção resume o que foi apurado neste campo.

Muitas MHOs contam com um quadro de associados pequeno. Com poucas exceções, a maioria possui menos de 1.000 associados. Além da natureza voluntária da associação, existem outras razões para esta penetração limitada: a recente introdução deste mecanismo, a capacidade limitada de constituir organizações para oferecer assistência técnica e a dificuldade em atingir populações além dos associados de organizações principiantes. Além disso, muitos sistemas enfrentam

problemas no marketing, já que eles lutam para elevar a conscientização dos associados e educá-los. Considerando que esta função precisa ser realizada constantemente, problemas de marketing são sérios obstáculos para a estabilidade e o crescimento de MHOs.

A gestão de MHOs é feita por voluntários gratuitamente, em geral eleitos ou designados pelos associados. Um determinado grau de falta de continuidade na gestão diária ocorre devido à natureza voluntária do trabalho, assim como falta de motivação e habilidades em gestão. Pelos mesmos motivos, mecanismos de participação e órgãos do processo decisório coletivo, na prática, não funcionam como deveriam. A fase de aprendizado destas organizações jovens, a falta de recursos humanos (levando a alguma concentração de poder), e o permanente trabalho administrativo, que são necessários ao funcionamento de um sistema de seguros, também podem explicar a observação acima com relação à gestão. No entanto, estas organizações mostram algumas tendências positivas voltadas para a viabilidade institucional. Elas tentam, constantemente, ajustar seus sistemas de gestão para torná-los mais eficientes, levando em consideração seus recursos limitados. Por exemplo, algumas MHOs descentralizam seu sistema de gestão (ou deixam a cargo de pessoas externas, como os prestadores de serviços de saúde), a fim de ter as organizações mais próximas dos associados, como também para poder aumentar seu grupo alvo.

Conforme demonstrado na Tabela 44, os prêmios de seguro muitas vezes são baixos. Com frequência, o grupo alvo não pode arcar com mais despesas devido a sua renda modesta e variável. Estes níveis baixos de prêmio também são devidos ao objetivo essencial de MHOs, ou seja, melhorar o acesso à saúde fornecendo seguro que seja financeiramente acessível para a maioria da população. Finalmente, e especialmente nas etapas iniciais, as MHOs cobram prêmios baixos para atrair o mercado alvo, uma vez que precisam cobrir muitas pessoas para que os mecanismos de associação de riscos sejam eficientes. Também se observou que os associados envolvidos no processo decisório sobre o nível de prêmio, muitas vezes, preferem começar com valores pequenos para ganharem experiência no desempenho do seguro. Quando a confiança no seguro aumenta, e uma cultura de seguro começa a criar raízes, a disposição de pagar costuma aumentar, embora esta hipótese precise ser confirmada.

Tabela 44 **Uma comparação de prêmios e benefícios de algumas MHOs**

	Mutuelle Wer werlé (Thiès, Senegal)	*Mutuelle de Sirarou (Sud Bourgou, Benim)*	*Mutuelle Leere Laafi Bolem, (Zabré, Burkina Faso)*	*Mutuelle Têkêyé (Boni, Burkina Faso)*
Prêmio de seguro (beneficiário/ ano)	2.400 FCFA	1 pessoa: 2.000 FCFA 2-5 pessoas: 8.000 FCFA 6-10 pessoas: 16.000 FCFA 11-15 pessoas: 24.000 FCFA	2.400 FCFA	500 FCFA
Pacotes de benefício e taxa de cobertura	Saúde primária e secundária (100%) exceto ecografia/ mapeamento, remédios e parto (50%)	Saúde primária e secundária (100%)	Saúde primária e secundária (100%)	Saúde primária (25%)

Fonte: Fonteneau e outros, 2004 (dados obtidos em 2003). €1 = 656 FCFA, US$1 = 514 FCFA.

Caso os prêmios permaneçam baixos, é compreensível que os pacotes de benefício também sejam limitados. Os prêmios garantem, principalmente, acesso à saúde primária e secundária nos órgãos públicos (visto serem os prestadores de saúde mais importantes da África Ocidental, em especial em áreas rurais). Em alguns casos, a falta de provedor limita a escolha do desenho do sistema. Em outros casos, os níveis de prêmio, simplesmente, não permitem a cobertura na rede privada de saúde.

Embora os prêmios sejam baixos, as despesas de cobrança de prêmio são altas, assim como as taxas de desistência. Combinados com o quadro de associados pequeno, estes fatores levantam uma série de questões relativas à satisfação do associado (pacotes de benefício, procedimentos), distribuição (sistemas de cobrança de prêmio), e acessibilidade financeira (níveis de renda, nível de prêmio, etc.).

Para serem viáveis frente a estes desafios, algumas MHOs se associam a redes, uniões e federações. Atualmente, poucas federações eficientes podem ser encontradas na África Ocidental, incluindo:

– *Union des Mutuelles de Santé de Dakar* (mais de 30 MHOs)
– *Coordination Régionale dês Mutuelles de Santé de Thiès* no Senegal (39 MHOs)
– *Union Technique de la Mutuelle* em Mali (32 MHOs)
– *Alliance Santé* em Benim (27 MHOs)
– *Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière* (28 MHOs)

Em alguns casos, a criação de uma associação foi parte do projeto inicial (por exemplo, a UTM em Mali *(Quadro 75)* e as MHOs em Benim apoiadas pelo CIDR). Este projeto implica em intervenções mais onerosas e tecnicamente complicadas, porém, aumenta a possibilidade de sustentabilidade.

Quadro 75

União Técnica de Mutualidade do Mali

A UTM foi criada depois que o governo do Mali pediu ajuda a *Mutualité Française* e a Cooperação Francesa para desenvolver uma rede de MHOs tendo como alvo os trabalhadores da economia informal. O governo fez isto depois de observar que o aumento da disponibilidade de serviços básicos de saúde não resultou em um aumento significativo em demanda por estes serviços, porque a população enfrentava dificuldades para pagar as taxas de utilização exigidas pela Iniciativa Bamako.

A UTM foi criada em 1996 e se tornou uma estrutura de ponta dando apoio a MHOs novas e existentes. Hoje, 32 MHOs cobrindo 40.000 beneficiários, são associadas da UTM. A União oferece uma série de atividades, tão variadas quanto o apoio ao desenvolvimento de novas MHOs, realizando estudos de viabilidade, desenvolvendo novos produtos, acompanhando MHOs, representando MHOs em reuniões governamentais, e assegurando que a estrutura legal e normativa ofereça apoio as atividades de MHO.

Cada MHO desenvolve seu próprio pacote de benefícios. Além disso, a UTM lançou um produto altamente padronizado, gerido pela organização de ponta, que atraiu grandes segmentos da população urbana. Este produto é tão competitivo, que alguns trabalhadores formais cobertos pelo plano de seguro saúde mantido pelo governo optaram por se afiliar a uma MHO para ter acesso ao plano. Este plano padrão simplifica drasticamente a gestão de uma MHO, e permite a exploração de economias de escala.

Fonte: Adaptado de Fischer e outros, 2006a.

Em outros casos, como as duas redes no Senegal *(Quadro 76),* a união foi criada depois das MHOs associadas. Nesta integração de baixo para cima, é necessário empreender esforços para gerar relações estruturais entre as MHOs com culturas organizacionais diferentes e quadros de associados com perfis diferentes. Além disso, ferramentas de gestão e sistemas de monitoramento precisam estar em harmonia, a fim de permitirem a supervisão e, se necessário, fluxos financeiros entre as MHOs.

Quadro 76

Coordenação Regional das Organizações Mútuas de Saúde de Thiès

A Coordenação Regional das Organizações Mútuas de Saúde de Thiès foi criada em meados dos anos 90 por alguns líderes de MHOs da região de Thiès. As 39 MHOs associadas se beneficiaram de uma série de serviços oferecidos pela Coordenação, por exemplo, apoio ao desenvolvimento de novas MHOs, treinamento de líderes de MHOs, realização de estudos de viabilidade, facilitação de contratos entre os provedores de saúde e as MHOs, e oferta de programas educacionais em saúde. Neste processo de baixo para cima, o nível de interação é menor do que, por exemplo, no caso da UTM. A variedade de atividades da MHO (por exemplo, em termos de desenho, funcionamento, pacotes de benefícios e gerenciamento de risco), torna a integração muito mais difícil.

Fontes: Adaptado de Fischer e outros, 2006b.

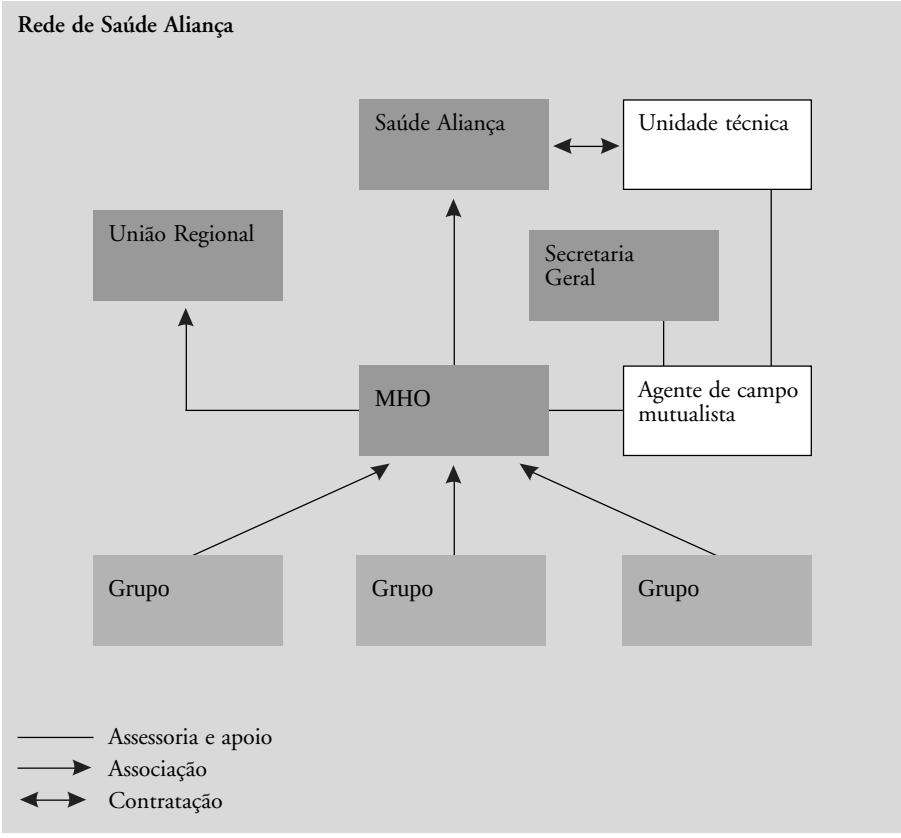
Em um outro caso, as redes desempenham três papéis: a) político (representação de interesses); b) apoio financeiro, por exemplo, por meio de fundos de garantia ou mecanismos de resseguro, e c) técnico, por intermédio de apoio à gestão *(ver Quadro 77)*. As Federações também representam um meio mais "fácil" de integrar as MHOs a um sistema de proteção social mais amplo em âmbito regional ou nacional.

Quadro 77

Rede de Saúde Aliança, Benim

Saúde Aliança é uma associação de 25 MHOs representando 21.000 beneficiários (in 2005). Com ajuda do CIDR, a associação fornece apoio técnico e financeiro às MHOs. Três agentes mutualistas empregados pela Saúde Aliança ajudam os membros da diretoria das MHOs em gestão técnica e financeira, processamento de sinistros e organizam sua Assembleia Geral. A Saúde Aliança é dona de um fundo de garantia que empresta dinheiro para algumas MHOs quando suas reservas estão esgotadas, assim como um fundo de resseguro para ajudar as MHOs a desenvolverem suas atividades. As MHOs pagam por estes serviços, alocando 10 por cento de suas contribuições na Aliança.

A associação também conta com uma unidade técnica, cujos funcionários são médicos, e um especialista em gestão, que é responsável pelas funções especializadas de gerenciamento de risco, auditoria médica, cálculo de prêmio e o desenho de novos serviços. A unidade técnica também é responsável pelos relatórios financeiros anuais e controles externos. Um adicional de 10 por cento do prêmio é cobrado das MHOs para financiar a unidade técnica.



Os prestadores de serviços de saúde e, num sentido mais amplo, os sistemas de saúde, desempenham um papel estratégico na *raison d'être* das MHOs. Caso faltem postos de saúde, ou caso eles não ofereçam padrões mínimos de qualidade, não se justifica criar um mecanismo para melhorar acesso a uma saúde que não exista ou que seja de má qualidade. Mesmo se existirem prestadores de serviços de saúde que sejam financeiramente e geograficamente acessíveis, e que ofereçam um nível aceitável de assistência, a relação entre estes prestadores e as MHOs pode ser problemática. Estas relações representam um fator novo para os prestadores de serviços de saúde utilizados para trabalharem como a única parte interessada em todas as questões relativas à saúde em suas regiões (Wiegandt e outros, 2002). O surgimento de novos participantes no setor de saúde com outros enfoques, e que exijam condições específicas, pode desestabilizar as MHOs por não cumprirem o que foi negociado, fornecendo uma assistência de má qualidade, relações interpessoais pouco satisfatórias, interrupção no fornecimento de medicamentos, e assim por diante (Fonteneau e outros, 2004; Criel e outros, 2002).

4.2 As MHOs causam um impacto significativo?

O impacto das MHOs poderia ser avaliado por meio de vários indicadores, incluindo uma comparação de taxas de utilização e pagamentos entre pessoas seguradas e não-seguradas. Entretanto, devido à falta de dados, é difícil responder se as MHOs estão causando um impacto, especialmente em comparação a grupos de controle. Há pouca informação disponível sobre o perfil do quadro de associados, determinantes de afiliação e participação, ou razões para as desistências. Além do mais, pouco se sabe sobre o efeito da associação: os benefícios de estar segurado (mais atendimentos em caso de doença, pagamentos menores quando do atendimento, etc.), e os efeitos sociais de ser um associado (melhor representação, melhoria na qualidade da saúde). Poucos estudos sistemáticos foram realizados para avaliar o efeito das MHOs sobre acessibilidade aos serviços de saúde, recuperação dos custos do serviço de saúde e níveis de despesa com saúde da família. Na época em que a pesquisa foi realizada, parece demonstrar um impacto positivo *(ver Quadro 78)*, embora uma quantidade de perguntas ainda precise ser respondida para compreender o impacto destes sistemas.

Quadro 78 **Desempenho de MHO: Algumas tendências**

Com base em um projeto pesquisa-ação na Guiné-Conakry, Criel e outros (2002) demonstraram como uma MHO local causou um impacto considerável sobre a taxa de utilização (novo contato/pessoa/ano) de um centro de saúde.

	Utilização pelos associados	*Utilização pelos não-associados*	*Associados/ Não-associados*
Consultas curativas primárias	1,8	0,5	3,6

O CIDR também apresenta algumas tendências interessantes. Por exemplo, na Tanzânia e na Guiné, a taxa de paciente hospitalizado dobrou para os associados de MHO. Em Benim, o percentual de mulheres de MHO que dão à luz em uma unidade de saúde é superior a 80 por cento, contra apenas 50 por cento em toda a população alvo. Nas MHOs da Ilha Comoros, Guiné, Tanzânia e Benim, os provedores de saúde concordam que os associados recorrem aos hospitais em um estágio mais inicial da doença.

Se o nível de satisfação dos associados de MHO é um indicador indireto da eficácia destes elementos, as MHOs parecem então estar causando um impacto. Em geral, o nível de satisfação dos serviços oferecidos por estas MHOs é alto. Infelizmente, é constante a satisfação dos associados ser mais alta do que o índice de retenção parecia indicar: muitos associados que desistem não estão insatisfeitos com o sistema, mas estão, simplesmente, passando por dificuldades financeiras.

Nível de satisfação com os serviços de MHO (%)	*Muito satisfeito*	*Satisfeito*	*Pouco satisfeito*	*Insatisfeito*
UMSGF (Guiné)*	50,5	42,4	2,0	5,1
Organização de Saúde Auto-administrada (Tanzânia)*	56,8	20,0	10,6	10,6

* Relatório CIDR 2004 sobre avaliação de satisfação.
** Relatório CIDR 2004 sobre avaliação de satisfação.

5 Quais são as origens dos problemas?

As seções anteriores dão uma impressão um tanto negativa sobre o desempenho e funcionamento das MHOs. Embora interligados, nem todos os problemas discutidos acima compartilham a mesma origem. Alguns têm um contexto específico, outros têm relação com o próprio modelo, e finalmente, alguns têm relação com o apoio externo.

5.1 Problemas relacionados ao contexto

Quando começaram a surgir as MHOs, nos primeiros anos da década de 90, muitas tiveram início por intermédio das ONGs ou organizações baseadas na comunidade. Alguns problemas, como, por exemplo, falta de monitoramento ou habilidades técnicas, de marketing e de recursos humanos podem ser explicados pela natureza jovem e inexperiente, e das múltiplas finalidades das organizações principiantes.

O apoio limitado à saúde, em conjunto com a baixa e má qualidade da assistência oferecida pelo setor público, foi outro problema de contexto. Os sistemas de saúde um tanto "fechados" destes países também queriam dizer que novos participantes, como as MHOs, nem sempre eram bem-vindos. Considerando os problemas internos dos prestadores de serviços de saúde (mecanismos financeiros, falta de recursos humanos e de motivação de empregados, etc.), a presença das MHOs – muito mais, a presença de suas organizações de apoio externas – levou os prestadores de saúde a criarem expectativas. Caso estas expectativas (treinamento, incentivos financeiros) não fossem atendidas, os prestadores de saúde podiam não agir como "parceiros" das MHOs, e sim criar obstáculos para seu funcionamento, independente de sua posição oficial favorável.

Esta micro-realidade (boa vontade dos prestadores de serviços de saúde) deve combinar com um fator mais macro, ou seja, a política nacional que reconhecerá e promoverá os sistemas de seguros baseados na comunidade. Em anos recentes, vários países, incluindo Benim, Senegal, Burkina Faso e Guiné, incluíram os sistemas de microsseguro e, algumas vezes, especificamente *mutuelles de santé*, em suas políticas nacionais de saúde. Da mesma forma, muitos Documentos sobre Estratégias para Redução de Pobreza na África Ocidental também mencionam o microsseguro como uma possível ferramenta ou como uma fonte de financiamento para o setor de saúde. Entretanto, estas políticas nem sempre são transformadas em medidas operacionais.

Na África Ocidental, apenas Mali e Senegal[5] votaram por uma estrutura normativa para as MHOs (Senegal) em particular, ou *mutuelles* (Mali) em geral. Em alguns outros países, o trabalho preparatório legislativo está em andamento.[6] Em âmbito regional, em 2004, a União Econômica e Monetária do Oeste Africano, a Cooperação Francesa e o programa STEP da OIT lançaram o projeto "Apoio à construção de um quadro regional de desenvolvimento de organizações mútuas de saúde em países da UEMOA". Até agora, muitas MHOs operam sob as leis nacionais que regulamentam as associações, ou em conformidade com o contrato social de suas organizações principiantes. Embora esta situação não represente um problema importante no dia a dia da gestão dos sistemas (Fonteneau e outros, 2004), as MHOs e suas organizações de apoio clamam por uma estrutura normativa apropriada que leve em consideração as características das MHOs, e que promova, e não desestimule, a criação destas organizações.

5.2 Problemas relacionados ao modelo

Alguns dos problemas apontados estão relacionados ao modelo específico de seguro baseado na comunidade. Entretanto, uma pequena diferença precisa ser reconhecida. Os problemas apresentados a seguir relacionados ao modelo não podem ser dissociados do contexto da África Ocidental, onde este modelo foi especialmente implementado. Isto significa que o modelo, como tal, não pode levar automaticamente às mesmas consequências se implementado em outros cenários.

Até agora, muitas MHOs foram dirigidas por voluntários gratuitamente na base de autogestão. Mesmo se as características essenciais do modelo exigirem o envolvimento ativo dos associados no processo decisório político e estratégico, não significa que os gestores precisem ser associados que trabalhem de graça, e possivelmente, desmotivados. A prudência financeira (especialmente no início) e os recursos escassos explicam o motivo disto ter acontecido. Com algumas exceções, a instabilidade e a insatisfação dos voluntários agora é reconhecida como problemas recorrentes. As soluções podem ser encontradas (ex.: capital externo, uso eficiente dos prêmios), mas nem sempre é suficiente.

Todas as histórias de ação coletiva ou baseadas em participação demonstram que estes processos levam mais tempo do que as abordagens de cima para baixo (Esman e Uphoff, 1984). Caso as características de "aprendizado" específicas destas organizações sejam conhecidas – especialmente nos processos de democratização – isto também significa que é necessário mais tempo para tomar decisões quando tudo depende da boa vontade e da opção dos associados. Isto também explica o

[5] No Senegal, a Lei para organizações mútuas de saúde votada em 2003 ainda não está em vigor, porque os decretos de aplicação ainda não têm data para serem promulgados.

[6] Em alguns países, este processo é complexo porque vários ministérios (como, por exemplo, de Saúde Pública, Proteção Social, Trabalho, e Interesses Sociais) exigem responsabilidade administrativa das MHOs.

motivo pelo qual às vezes as MHOs enfrentam dificuldades para serem eficientes a curto prazo.

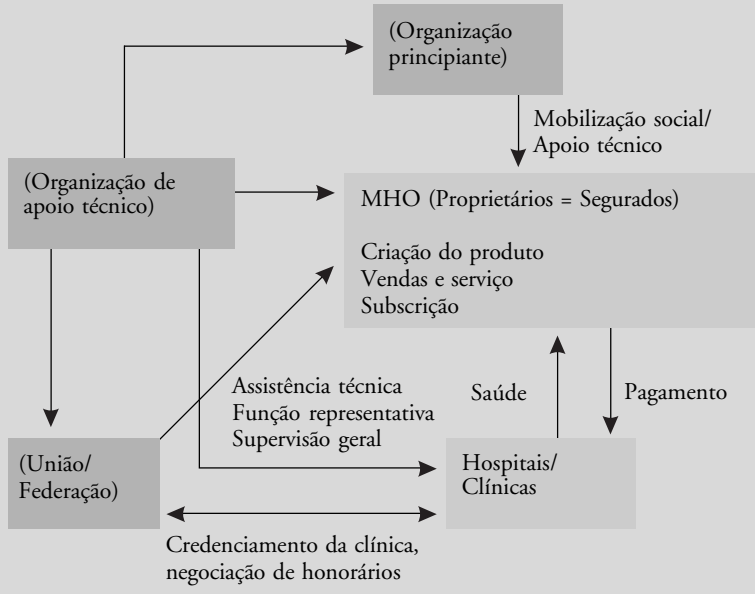
Os fatores sociais têm uma função na limitação da eficácia do modelo. Por exemplo, o quadro de associados em uma MHO, muitas vezes, é determinado por atributos como religião ou sexo (Jütting, 2002). Isto sempre representará um problema para as MHOs, em especial em seus esforços para ampliar o número de associados. Da mesma forma, precisam ser tomadas medidas para proteger o sistema de armadilhas como, por exemplo, seleção adversa, risco moral, excesso de prescrição ou fraude. Entretanto, muitas destas medidas tendem a ser impopulares. Develtere e outros (2004) relataram a insatisfação dos associados com períodos de carência, afiliações obrigatórias de todos os membros da família, confirmação da identidade e situação do seguro, e exclusão de certos tratamentos. Em planos de seguro auto-administrados como MHOs, em que a proximidade entre associados é um fator real, não é difícil imaginar as dificuldades na aplicação destas medidas técnicas.

A associação à MHO, normalmente, é voluntária. Entretanto, frente ao problema de poucos registros, algumas organizações tentaram tornar a associação obrigatória para todo grupo alvo, ou automática (por exemplo, uma vez sendo associado de uma organização, você passa a ser associado da MHO). Na maioria dos casos, estas tentativas falharam e foram canceladas por causa da recusa dos associados ou da falta de capacidade de garantir a implementação.

A ênfase na acessibilidade ou viabilidade financeira resulta em prêmios baixos e limita os pacotes de benefícios. Aumentar o nível de prêmio pode, implicitamente, excluir os associados atuais e futuros. Esta limitação não está intrínseca no modelo MHO, mas está associada ao grupo alvo primário das MHOs, ou seja, a população de baixa renda.

Por último, mas não menos importante, muitas vezes, as MHOs possuem estruturas complexas devido à diversidade de participantes envolvidos, conforme demonstrado na Figura 25. Organizações principiantes têm uma função no processo de mobilização social e podem fornecer algum apoio técnico para as MHOs. As organizações de apoio técnico (nacionais e internacionais, em bases permanentes ou eventuais) também estão envolvidas e podem ter uma influência significativa quando o sistema é novo. Quando ele existe, as federações lutam para assumir as responsabilidades das organizações de apoio técnico ao longo do tempo. Finalmente, a função dos prestadores de serviços de saúde é de utilidade, embora nem sempre consecutiva. A variedade e diversidade de participantes – cada qual com uma função necessária a curto prazo – complica um processo decisório já complicado.

Figura 25 **O sistema MHO**



5.3 Problemas e limites relacionados ao apoio externo

O desenvolvimento do seguro saúde baseado na comunidade não pode ser analisado sem que seja considerado o papel essencial das organizações de apoio técnico e financeiro. As organizações de apoio externo variam.[7] No entanto, com poucas exceções, alguns aspectos comuns da função de apoio externo podem ajudar a explicar a situação atual das MHOs.

O microsseguro era uma área nova para todas as organizações de apoio externas envolvidas em sua criação. Algumas eram especialistas em seguro saúde em seus próprios países (França, Bélgica), mas não tinham experiência específica na África. Outras tinham experiência na África, mas em outros domínios como, por exemplo, microcrédito. Para todas, apoio ao seguro saúde para populações excluídas dos sistemas de proteção social representava uma área nova da engenharia social.

[7] O termo "organizações de apoio externas" se refere às organizações de apoio técnico e/ou financeiro. Esta seção trata apenas de um aspecto de suas intervenções, ou seja, apoio direto às MHOs. Por exemplo, a força política oferecida pelo programa STEP da OIT e outros, para influenciar reformas de proteção social, não é abordada neste capítulo.

Algumas escolhas foram feitas. Com poucas exceções, houve um consenso implícito que desde o início deveria haver um equilíbrio entre o pacote de benefícios e o valor do prêmio. Os sistemas não oferecem benefícios além daqueles que os associados estejam dispostos ou sejam capazes de pagar. Até certo ponto, os processos de sustentabilidade financeira e aprendizado baseados na comunidade foram preferidos pelas organizações externas de apoio para sucessos artificiais a curto prazo.

O processo de participação social precisa de tempo. Entretanto, muitas vezes, o processo se torna difícil de suportar devido ao período de tempo de uma intervenção externa e contingências de agências de financiamento. Na prática, isto significou que as organizações de apoio muitas vezes precisaram interromper ou restringir seu apoio por um tempo quando as MHOs ainda precisavam fortalecer suas atividades ou suas agências governamentais, ou superar as dificuldades.

Em geral, as organizações de apoio não dão a mesma importância para aspectos sociais e técnicos. A abordagem com base na comunidade implica em mobilização social, educação, coesão social e domínio. Isto levou a uma ênfase importante sobre os aspectos sociais do seguro saúde, a fim de assegurar a viabilidade social e o desempenho das dinâmicas criadas, enquanto o desenho do produto, às vezes, era desprezado. Isto pode ser explicado ao considerar as circunstâncias (ou seja, escolha limitada entre as unidades de saúde, conhecimento insuficiente sobre comportamento saudável, renda baixa, etc.). Além disso, metodologias relevantes, ferramentas de gestão apropriadas e sistemas de monitoramento demoraram a ser desenvolvidos.

Desde o início, as organizações de apoio fizeram algumas escolhas racionais, motivadas pelas preocupações com sustentabilidade institucional e/ou limitações de redução de custos. Além de não subsidiar sinistros, o apoio financeiro intensivo muitas vezes era limitado às fases iniciais. Entretanto, logicamente, líderes de MHOs principiantes enfrentaram muitos problemas que eles não podiam resolver devido à falta de conhecimento e experiência.

Muitas organizações de apoio usam abordagens participativas que exigem um envolvimento ativo do grupo alvo durante a fase inicial, incluindo coleta de dados para o estudo de viabilidade. Entretanto, não é fácil encontrar o equilíbrio entre a experiência técnica necessária para um estudo de viabilidade e o domínio necessário por parte dos associados de MHO. Autogestão e trabalho voluntário também fazem parte desta abordagem participativa, o que cria uma série de problemas, conforme discutido acima. Existem soluções como, por exemplo, empregar profissional ou funcionários remunerados, mas eles aumentam os riscos das MHOs em termos de custo, autonomia e sustentabilidade, e de estratégias de êxito das organizações de apoio.

Muitas MHOs foram criadas separadas; a rede de comunicação com outras MHOs e/ou outros sistemas de proteção social em âmbito regional ou nacional, muitas vezes, não era planejada no início. Algumas organizações externas não favoreceram originalmente esta rede de comunicação. Embora alguns aspectos intrínsecos (especialmente aqueles baseados na comunidade) possam explicar esta falha, agora se sabe que é necessário empreender esforços para estabelecer relações estruturais entre os participantes logo no início do processo. Isto não é fácil, nem está livre de riscos. O ideal é que cada MHO deve construir sua própria identidade antes de começar a se envolver em dinâmicas de níveis mais altos.

Estas observações demonstram porque foi, e ainda é difícil encontrar o equilíbrio adequado entre a natureza das organizações baseadas na comunidade e o desenho da interferência de apoio.

6 Qual é o valor agregado deste modelo?

O modelo baseado na comunidade não é a forma mais fácil de organizar o seguro saúde. O contexto da África Ocidental, com seu processo de democratização embrionário, níveis de pobreza altos, unidades de saúde mal administradas e disponibilidade limitada de recursos humanos qualificados, certamente, não facilita a implementação deste modelo. Então, qual é seu valor agregado?

As MHOs são mais do que apenas instituições que vendem seguro para clientes. Neste aspecto, as MHOs precisam ser avaliadas, não apenas quanto à eficácia de sua função de fornecer seguro e o seu possível papel na ampliação da proteção social, mas também precisam levar em consideração o efeito de seus processos de participação social.

O acesso à saúde na África (e em outros países) não é apenas uma questão de seguro. Muitos sistemas legais de proteção social existentes na África não são eficazes *(ver Capítulo 1.3).* Os processos de reforma de muitos países estão em andamento, mas é óbvio que as reformas bem sucedidas de proteção social precisam incluir insumos e representação da população. Também sabemos que sistemas de proteção social reformados incluirão uma série de instrumentos públicos, bem como privados (OIT, 2002c).

Intrinsecamente, as MHOs têm algum valor agregado. Por meio de sua natureza sem fins lucrativos, sua política de não-exclusão e seu prêmio baixo, elas garantem acesso a alguns serviços, mesmo no caso da cobertura ser limitada. A participação não apenas contribui para satisfação do cliente, como também para autonomia e aprendizado. Neste aspecto as MHOs criam vantagens por meio de seus mecanismos de controle e participação embutidos. Embora ainda seja exigida pesquisa sobre mecanismos de participação, as MHOs são parte do processo de democratização. Além do mais, uma vantagem deste modelo é sua influência sobre a gestão de serviços de saúde (transparência na gestão, garantia de recursos financeiros, etc.) e sua capacidade de melhorar a qualidade da saúde *(ver Quadro*

79). O tamanho da MHO reforça firmemente este poder. Embora o poder não deva ser superestimado, alguma pressão pode ser feita sobre os sistemas de saúde, em especial nos casos em que as MHOs estejam organizadas em uma federação. Por exemplo, muitas MHOs estão tomando providências para dispensarem os agentes públicos que não cumprem suas obrigações.

Quadro 79 **O poder da ação coletiva**

Em 2004, quando foi solicitado que os associados da Rede Aliança em Borgou-Benim renovassem seus prêmios, nenhum deles acatou o pedido. O motivo era que a parteira do dispensário contratada pela MHO havia decidido que não atenderia às associadas grávidas da MHO durante o final de semana. O dirigente da rede "Saúde Aliança" organizou uma reunião no vilarejo com associados e não-associados. A parteira foi obrigada a se desculpar perante os participantes e a se comprometer a não impor qualquer condição no futuro. Depois desta reunião, o número de segurados aumentou de 1.000 para 1.200.

Este poder também existe em relação à negociação de preços de serviços prestados aos associados. Algumas MHOs obtiveram taxas baixas para seus associados. Embora nem sempre seja o caso, esta redução de taxas pode ser vista pelas unidades de saúde como um valor agregado por serem financeiramente mais acessíveis para a população. A autonomia dos associados que aprendem a influenciar a qualidade da saúde também é um valor agregado para as MHOs, comparada aos tipos de seguro que não são auto-administrados.

7 Conclusão

As organizações mútuas de saúde, um modelo baseado na comunidade para fornecer seguro, estão ativas na África Ocidental por mais de uma década. Para muitas pessoas, é a única proteção social "formal" que eles possuem. O modelo é repleto de problemas, mas um entendimento claro de suas origens ajuda a identificar soluções que podem fazer com que esta abordagem cumpra seu potencial de ser mais do que apenas um mecanismo de seguro.

Hoje em dia, outros modelos (por exemplo, produtos de microsseguro oferecidos por instituições de microfinanças, como a AssEF em Benim) também são encontrados na África Ocidental. Muitos tentam adotar a filosofia de MHOs baseadas na comunidade e herdar as vantagens do modelo, embora aumente a eficácia melhorando o funcionamento e aumentando o potencial de crescimento. Embora seja muito cedo para julgar se estas novas abordagens serão bem sucedidas, esta evolução em direção a um cenário mais diferente dos modelos de microsseguro saúde é positiva, e pode garantir cobertura mais ampla por meio de colaboração com ONGs, instituições de microfinanças, cooperativas e entidades afins.

Independente desta diversificação positiva, algumas perguntas permanecem. Por exemplo, como os sistemas de seguro baseados na comunidade podem ser mais bem apoiados, a fim de cumprirem suas funções de múltiplas propostas? Além disso, estes sistemas de microsseguro saúde são importantes em um mecanismo de redistribuição mais amplo de proteção social?

4.4 Opções institucionais para vender microsseguro saúde

Ralf Radermacher e Iddo Dror[1]

Os autores agradecem os comentários detalhados e úteis oferecidos neste capítulo por Klaus Fischer (Universidade de Laval), Bénédicte Fonteneau (Universidade de Leuven) e Michael McCord (Centro de Microsseguro), bem como os estimulantes debates com David Dror (Universidade Erasmus de Roterdam) e Gerald Leppert (Universidade de Colônia).

O seguro saúde implica na transferência de riscos do ramo saúde em troca do pagamento adiantado de um prêmio. Esta definição sucinta sugere que o contrato envolve fluxos de capital e informaões em duas direções: do cliente para a seguradora e da seguradora para o cliente. A parte com mais controle destes fluxos de capital e informação pode influenciar o processo de negócios a seu favor.

Esta ideia de que uma parte buscaria uma vantagem sobre a outra significa que podem ocorrer conflitos de interesses entre seguradoras e segurados. Mas é isto que ocorre no caso do microsseguro saúde? E caso seja, a opção (o modelo) institucional para vender microsseguro saúde exerce influência sobre estes conflitos de interesses e a eficiência no fornecimento de seguro? Este capítulo aborda estas questões, oferecendo uma topologia básica de opções diferentes sobre processo de negócio identificadas no fornecimento de microsseguro saúde. Esta topologia ajudará a identificar conflitos de interesses e a contornar ineficiências no fluxo bidirecional estável de capital e informação.

Este capítulo primeiro resume os principais tipos de provedores de microsseguro saúde e, a partir, daí analisa sua relativa eficácia no atendimento das necessidades do mercado de baixa renda, a longo prazo.

1 Opções institucionais

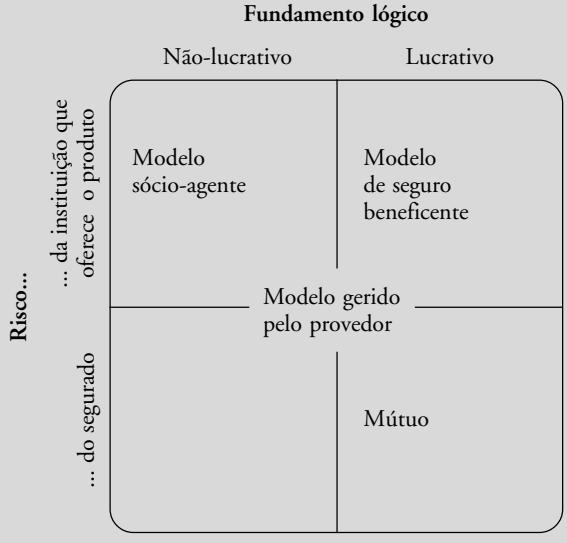
Todas as seguradoras devem cumprir o princípio básico de preço, ou seja, reduzir o custo a longo prazo dos riscos para o segurado. Uma exigência adicional específica do microsseguro é que o tipo de organização deve operar de forma eficaz dentro de um ambiente de prêmios baixos. Conforme discutido no Capítulo 2.1, esta situação pode levar a um sério racionamento de benefícios e, quando combinada com uma ampla gama de necessidades de seguro do mercado de baixa ren-

[1] As referências neste capítulo feitas aos sistemas de microsseguro da Índia citados a seguir, são extraídas de experiências dos autores: BAIF, Arogya Raksha Yojana e Serviços Voluntários de Saúde.

da, pode resultar na fragmentação do produto para se ajustar a grupos de clientes muito pequenos. Para reduzir o custo do risco a longo prazo, a seguradora precisa agregar muitos perfis de riscos individuais que apresentem distribuições estatísticas diferentes e que possam variar ao longo do tempo. Embora alguns tipos de provedores de microsseguro possam cumprir as exigências de grandes números com mais facilidade do que outros, eles podem revelar outros pontos fracos no processo de negócios.

A tipologia apresentada neste capítulo considera quatro principais provedores de microsseguro saúde: 1) seguradoras licenciadas que operam no modelo "sócio-agente", 2) o modelo de seguro beneficente, 3) prestadores de assistência médica que também operam com seguro saúde e 4) o modelo mútuo discutido no capítulo anterior.[2] Esta topologia resulta de organizações diferenciadas em duas dimensões: a) a motivação principal para entrar no mercado, uma vez que esta motivação influencia o desenho do processo de negócios e melhora o produto, e b) a entidade assumindo a maioria dos riscos de sinistros, conforme demonstrado na Figura 26. A descrição destes modelos organizacionais contém uma discussão sobre suas vantagens e desvantagens em cumprir as funções do processo de negócios, e sobre sua eficácia em minimizar (ou não) os conflitos de interesses dentro do sistema. A análise também leva em consideração determinadas diferenças como, por exemplo, mecanismos de governança.

Figura 26 **Modelos de provedores de seguro saúde**



[2] Os autores reconhecem que, com certeza, existem outros acordos institucionais, mas a topologia descrita neste capítulo se apresenta mais claramente a partir dos estudos de caso. Além disso, estes quatro tipos de provedores poderiam ser divididos em subcategorias, algumas das quais com características "híbridas" de mais de um provedor.

1.1 O modelo sócio-agente

Conforme descrito no Capítulo 4.2, no modelo sócio-agente a relação entre o segurado e uma companhia de seguros ("o sócio") é facilitada por um intermediário ("o agente") como, por exemplo, uma ONG, uma instituição de microfinanças, ou qualquer outra organização com relação estreita com o grupo alvo. Devido às condições normativas discutidas no Capítulo 5.2, exemplos do modelo sócio-agente no microsseguro saúde são comuns na Índia, incluindo:

– VimoSEWA e ICICI Lombard
– Shepherd e UIIC
– Fideicomisso Karuna e NIC

A companhia de seguros é responsável por todas as decisões que afetam a criação, venda, prestação de serviço e manutenção da sustentabilidade a longo prazo do produto, ou seja, a companhia de seguros assume o risco. Embora possa consultar a organização agente quando do desenho do produto, a seguradora mantém controle sobre as operações estratégicas que definem o mecanismo de transferência de risco.

O agente trata das vendas e da prestação de serviço do produto dentro dos limites dos produtos que a companhia de seguros está autorizada a vender, e com base em comissões conforme os limites normativos ou que sejam acordadas com o sócio. Os agentes têm melhor conhecimento do mercado alvo (e estão vinculados a ele), mas sua principal função é representar a seguradora junto aos clientes. Esta é uma área onde podem surgir conflitos de interesses, visto que as organizações agentes costumam entender que são advogadas de seus clientes, e podem se ver em situação desconfortável na comunicação com a companhia de seguros.

Considere o caso de um procedimento de liquidação de sinistro, onde o agente precisa defender a posição da seguradora junto a seus clientes. Caso ocorra um conflito quanto à validade do sinistro e se ele deve ser pago, o agente pode precisar entrar em acordo com uma das partes, correndo o risco de perder a outra. Geralmente, sua posição como agente da seguradora significa ter que apoiar o último, e comunicar a recusa de um sinistro ao cliente. Se estes casos ocorrerem com frequência, os agentes podem prejudicar sua reputação na comunidade e a confiança da comunidade neles – a principal qualidade que atraiu a seguradora para o agente – diminuirá ou será perdida. Portanto, na prática, agentes como a VimoSEWA eventualmente cobrem sinistros com seus próprios recursos, caso entendam que não houve razão para a recusa do sinistro.

Outro conflito potencial surge com os ajustes em relação aos níveis de prêmio. Por exemplo, depois que o coeficiente de sinistros da BAIF ultrapassou 100 por cento, a UIIC decidiu aumentar o prêmio cobrado dos segurados da BAIF em mais ou menos 80 por cento. Incapaz de justificar um aumento como este para seus clientes, a BAIF decidiu reverter seu sistema de seguros para mútuo.[3]

Conforme ilustrado na Figura 27a, nem os clientes nem os provedores de saúde exercem força direta no processo de produção, e não se responsabilizam pela sustentabilidade a longo prazo. O papel do agente, em geral, também está restrito às vendas e ao serviço pós-vendas, embora o último às vezes seja negociado pela seguradora diretamente ou por intermédio de um administrador terceirizado. Por exemplo, o sistema Arogya Raksha Yojana, perto de Bangalore na Índia, está vinculado à ICICI Lombard no seguro saúde, e contratou uma administração terceirizada *(Figura 27b).*

No acordo sócio-agente, uma parte pode se beneficiar das vantagens comparativas da outra parte, mas alguns problemas inerentes muitas vezes permanecem sem solução. Uma companhia de seguros geralmente está interessada em vender um produto pré-desenvolvido (muitas vezes, uma versão reduzida de seus produtos direcionados ao setor formal). Este tipo de produto é mais fácil de ser monitorado pela companhia e não necessita de ser precificado novamente. Alguns reguladores de seguro também exigem que novos produtos sejam registrados e poucas companhias estão dispostas a fazê-lo no caso de cada agente/comunidade; em geral, apenas grandes empresas-agente exercem o poder de negociação que justifique um produto sob medida.

Esta falta de flexibilidade no desenho do produto é particularmente importante porque, conforme discutido no Capítulo 2.1, é mais provável as características do produto influenciarem a sua adoção pela população alvo no seguro saúde, do que no seguro de vida ou patrimonial. Entretanto, este problema pode ser solucionado no modelo sócio-agente. Devido à sua proximidade com o grupo alvo, o agente deve estar mais preocupado em explorar a demanda real, enquanto a seguradora pode usar seus atuários para reverter a demanda em um produto de preço bom. Este foi o acordo do Fideicomisso Karuna, que participou de uma análise detalhada sobre demanda antes de se unir a NIC. Embora os benefícios exigidos e o preço negociado tenham causado uma séria dor de cabeça nos atuários da NIC, a seguradora estava disposta a experimentar este sistema. Da mesma forma, a Shepherd e a UIIC desenvolveram um pacote de benefícios em conjunto, usando suas respectivas competências.

[3] BAIF é uma ONG que trabalha em desenvolvimento rural na Índia. Com origem na criação de gado, ela posteriormente ampliou suas atividades para uma variedade enorme de serviços e agora fornece microsseguro e, em um setor piloto, microsseguro vida e saúde.

Figura 27a **O modelo sócio-agente**

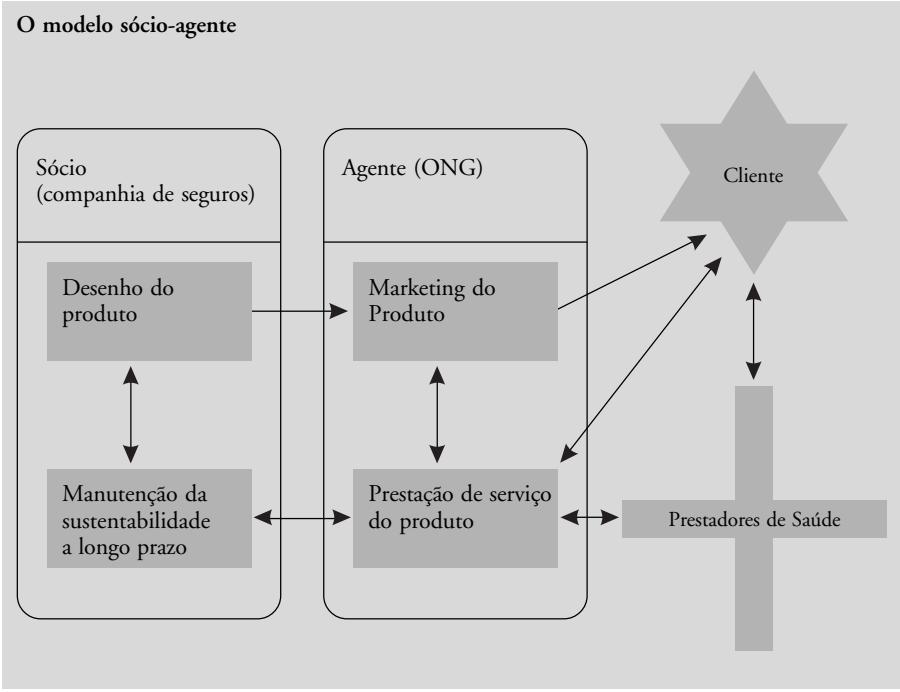
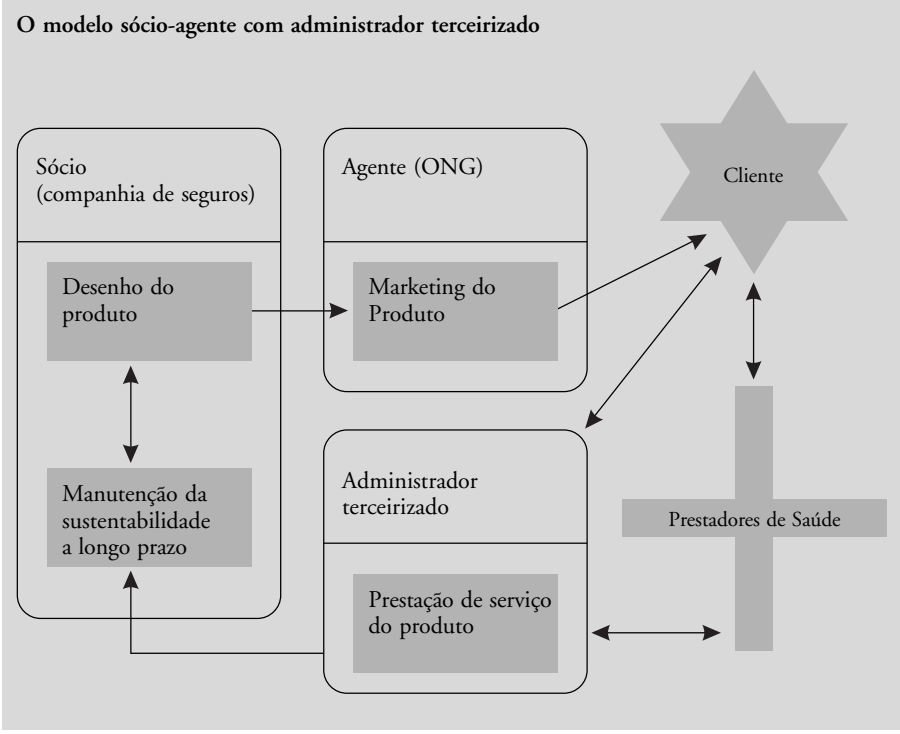


Figura 27b **O modelo sócio-agente com administrador terceirizado**



No microsseguro saúde, a vantagem comparativa real dos agentes (e, portanto, sua fonte de atração para a seguradora) é destacada no processo de vendas. As seguradoras, que muitas vezes são carentes de uma relação de confiança e acesso com possíveis clientes, tanto no aspecto físico como no psicológico, confiam na proximidade do agente com o mercado, e a confiança se constrói ao longo dos anos por intermédio de outras operações do agente. Entretanto, penetração de mercado é uma coisa, e transparência total é outra: os clientes percebem rápido que existe pouco incentivo para eles fornecerem informações sobre sua condição de saúde ou sobre um vizinho que eles saibam estar ocultando informações, e desta forma o fluxo de informações em ambas as direções fica incompleto no modelo sócio-agente. Isto cria um aumento de risco para as companhias de seguro, que se imagina compensarão seus acionistas (logicamente) pelo aumento nos lucros (invariavelmente, em igualdade de condições, levando a prêmios mais altos). Prêmios mais altos, por sua vez, resultam em maior demanda de clientes por "custo-benefício" e, consequentemente, aumentam o risco moral (novamente um risco mais alto para a seguradora). Deste modo, pode ocorrer um ciclo vicioso de disfunção fazendo com que as oportunidades inerentes neste modelo sejam desperdiçadas. Partindo da perspectiva da seguradora, toda vez que não houver equilíbrio entre risco e lucro, não haverá interesse para entrar no mercado de forma expressiva.

Esta questão de interesse aumenta quando ele se volta para a prestação de serviço do produto e análise do sinistro. A companhia de seguros pode esperar que o agente analise os sinistros, e assim espera que a forte ligação do agente com os grupos alvo garantirão um bom fluxo de informações. Entretanto, como em qualquer sistema de seguro comercial, os clientes não são estimulados a fornecerem, por conta própria (nem por seus vizinhos), informações que beneficiarão a companhia de seguros. Os clientes podem até considerar correto enganar uma grande companhia de uma cidade distante seguindo a lógica: "nós somos pobres e eles são ricos, portanto, eles podem pagar." Esta manifestação do paradigma "*eles e nós*" implica na fixação de certas redes de comunicação, regras e responsabilidades no âmbito da comunidade/do cliente – que captam a essência do conceito de capital social – pelo menos do ponto de vista de Putnam (1995) e seus seguidores.[4]

À medida que as companhias de seguros enfrentam este problema com clientes de todos os segmentos do mercado, mecanismos de monitoramento de análise de sinistros são criados. Entretanto, estes mecanismos são muito caros, e no

[4] O conceito de capital social foi assunto de muitos exames interdisciplinares durante a década seguinte ao artigo de Robert Putnam de 1995, "Jogando boliche sozinho: Redução do capital social da América". É geralmente aceito que caso os autores queiram utilizar o termo, devem definir como irão utilizá-lo. Embora não seja um assunto abrangido por este livro, para desenvolver uma definição de capital social no contexto de seguro saúde para o pobre, referências a algumas análises da questão feitas por Farr (2004), Manski (2000), Portes (1998), Sobel (2002) e Woolcock (1998) constam da bibliografia.

contexto do microsseguro podem ser proibitivamente caros, até o ponto onde a questão da viabilidade para o pobre possa ser colocada em risco. Além do mais, tentar resolver este problema de acordo com a lógica do processo comercial tradicional para clientes com patrimônio líquido alto é o que distingue os produtos de seguro comercial que são reduzidos de forma gradativa – dificilmente, uma solução inovadora no microsseguro saúde.

Para resolver este problema, a VimoSEWA treinou seu pessoal em técnicas de análise de sinistros, formou um comitê de sinistros com experiência adequada e convenceu seu parceiro de seguro a permitir que ele adjudicasse os sinistros. Entretanto, é possível fazer mais: sincronizar os incentivos dos clientes com os incentivos da companhia de seguros (por exemplo, por meio de acordos de participação nos lucros) modifica o processo comercial de tal forma que o problema pode não surgir no primeiro momento, uma vez que os clientes teriam então um aumento no incentivo para manter o fluxo de informações (talvez não apenas eles, mas também os outros que estejam enganando o sistema).

Uma aplicação semelhante (embora não idêntica) foi amplamente documentada no campo correlato de microsseguro, onde mecanismos (que associam, de maneira notável, responsabilidade e renovação de contingente) foram colocados em prática a fim de utilizar o poder das comunidades para compensar a vantagem da informação que os clientes tinham sobre o credor (Van Bastelaer, 2000). Este é um excelente exemplo de capital social no trabalho – substituir meios tradicionais, mais formais (e mais onerosos) de avaliar capacidade financeira e concessão de empréstimos com base no caráter, utilizados por bancos comerciais por pressão da sociedade (DeFilippis, 2001).

O ponto principal é que o senso de domínio e adesão entre os clientes (de preferência, alavancando o capital social de comunidades) são indispensáveis para o sucesso do sistema de microsseguro saúde, e podem até ser mais importantes do que outras áreas comerciais das companhias de seguros societárias.

1.2 O modelo de seguro beneficente

Os modelos de seguro beneficente cobrem uma ampla gama de opções institucionais, e todas compartilham duas características importantes: (i) não têm fins lucrativos e (ii) não transferem o risco para o segurado. É, basicamente, o primeiro aspecto que distingue este modelo do modelo sócio-agente (isto é verdade, pelo menos no caso de seguradoras), e dos modelos geridos pelos provedores de saúde, em que o objetivo principal é aumentar a utilização de suas unidades. O grau de risco para o segurado e seu envolvimento no processo comercial é diferente no modelo mútuo (a ser discutido mais adiante neste capítulo). Os provedores de todo tipo de seguro podem ser ONGs, associações religiosas ou qualquer outra organização munida de boas intenções. Portanto, este modelo também pode ser aplicado a algumas iniciativas apoiadas pelo governo.

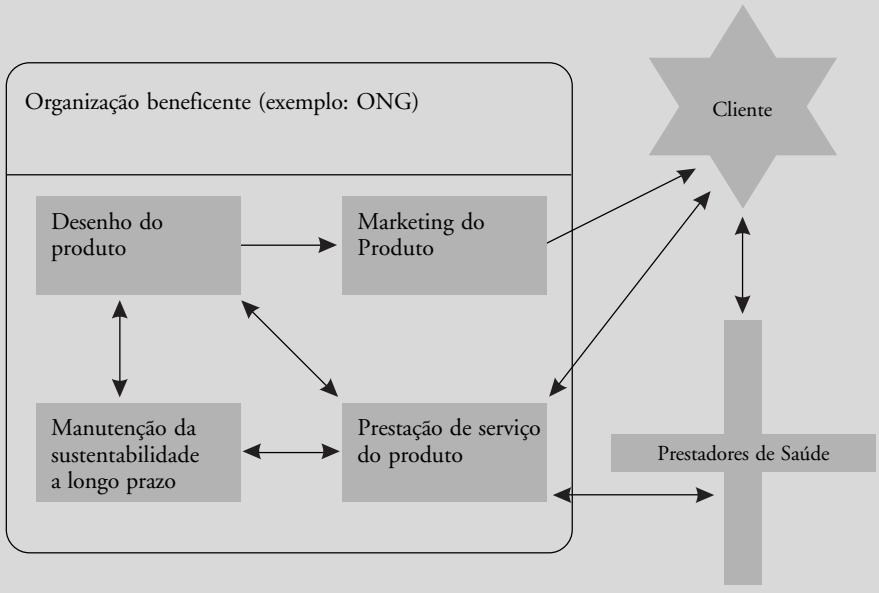
A motivação para estabelecer o sistema de seguros é aumentar o acesso do cliente à saúde. A motivação é puramente social, decorrente, principalmente, do perfil de desenvolvimento destas organizações. As características paternalistas e sociais do modelo beneficente aumentam os possíveis conflitos de interesses, em especial aqueles que colocam as prioridades dos clientes depois das prioridades das partes interessadas (como, por exemplo, organizações doadoras ou administração da ONG). Além do mais, em situações onde a sustentabilidade seja baseada em financiamento externo permanente, o sistema pode desprezar o conhecimento de seus clientes sobre mecanismos adequados de seguro, o que pode dificultar a criação de uma cultura de seguro entre o mercado alvo.

Como a maioria destas organizações trabalhou com o grupo alvo durante algum tempo, elas estão familiarizadas com as exigências dos futuros clientes. Entretanto, transformar isto em um produto precificado de acordo com cálculos atuariais é difícil, à medida que estas organizações, em geral, carecem de especialistas em seguro. A seguradora de saúde arca com o risco de sinistro. Os lucros gerados em alguns anos são mantidos como reservas para sinistros futuros. Todas as atividades do processo comercial são realizadas pela instituição que oferece o produto, às vezes com o envolvimento do grupo alvo. As responsabilidades da seguradora beneficente estão demonstradas na Figura 28.

A VimoSEWA operou seu seguro saúde sob este modelo de 1996 até 2002. Em 1996, concluiu que os produtos de seguro saúde disponíveis no mercado não se adequavam à sua clientela. Os procedimentos administrativos não atenderam de forma alguma às necessidades das mulheres pobres, que tinham que esperar muito tempo até serem ressarcidas. Portanto, a VimoSEWA colocou um fim na relação com seu sócio-agente e se tornou sua própria seguradora beneficente, porém, depois do terremoto de 2001 em Gujarat, os limites de ser uma seguradora independente de pequeno porte ficaram evidentes, e a VimoSEWA deu início a uma nova relação sócio-agente.

O Fideicomisso Yeshasvini na Índia, é uma combinação do modelo de seguro beneficente e do modelo gerido pelo prestador (discutido abaixo). Iniciado pelos prestadores de serviços de saúde, hoje em dia é operado por um fideicomisso no qual o setor cooperativo de Karnataka é igualmente representado. Os prestadores de serviços de saúde desenvolveram os benefícios, que ainda são fornecidos atualmente; o setor cooperativo desenvolveu as vendas e o processo comercial. Embora a influência dos prestadores sobre o processo de criação do produto faça dele um modelo gerido pelo provedor, o fato do fideicomisso como um todo, que assume o risco (apoiado pelo Governo de Karnataka), não tem fins lucrativos e conduz todas as etapas do processo comercial, faz dele um modelo de seguro beneficente.

Figura 28 **O modelo de seguro beneficente**



Para muitos sistemas de seguro beneficentes, alcançar sustentabilidade é o principal desafio devido ao seu perfil social. Por exemplo, eles podem achar mais difícil recusar sinistros, mesmo que o sinistro não esteja plenamente justificado. Isto se deve ao que às vezes é chamado de "teoria da coisa mal feita": gestores de instituições beneficentes podem achar que ameaçam a reputação da instituição quando recusam sinistros, visto que, diferente do modelo sócio-agente, a instituição beneficente não pode culpar ninguém para justificar uma decisão impopular.

Algumas organizações beneficentes acham esta motivação lógica, principalmente por não considerarem a sustentabilidade do sistema de seguro um objetivo. Ao contrário, simplesmente parte-se do princípio que os sinistros ocorrerão, e precisarão ser cobertos com subsídios externos.

Esta interpretação social deste tipo de missão da organização também afeta o desenho de seu processo comercial no seguro: o fluxo de informações no processo de vendas é basicamente unidirecional no que diz respeito ao cliente. A informação sobre como reclamar sinistros é fornecida, porém, não é exigida qualquer informação sobre doenças pré-existentes. O processo de distribuição geralmente é conduzido por intermédio dos próprios funcionários da organização, que também têm outros deveres. A organização VHS em Chennai (Índia), por exemplo, distribui seu produto de seguro por intermédio de trabalhadores móveis de saúde ou em seus centros de saúde. Seu objetivo é cobrir aqueles que mais precisam, não necessariamente equilibrando riscos ruins com riscos bons para estabilizar o *pool* de riscos.

Organizações beneficentes geralmente concordam, relativamente, em fornecer benefícios sem restrições, e a prestação de serviço do produto também é feita de forma simples. Por exemplo, a VHS e a Sociedade de Serviços Sociais (Bangladesh) operam suas próprias unidades e os clientes são obrigados a utilizá-las. Entretanto, ao contrário dos modelos geridos pelos prestadores (descritos abaixo), a motivação aqui não é aumentar a utilização de suas próprias unidades (comerciais) e, consequentemente, sua viabilidade financeira, e sim assegurar que sua população segurada tenha acesso aos serviços de saúde.

A manutenção da estabilidade a longo prazo é, comprovadamente, o ponto mais fraco do modelo beneficente. Frequentemente, os administradores não levam em consideração a estabilidade financeira como seria desejável: "Nós ficamos com o filé-mignon: apenas separamos o que não serve" ressalta um gestor da VHS – demonstrando muito bem a diferença fundamental de foco. A Sociedade de Serviços Sociais, em hipótese alguma, pode cobrir os custos administrativos do seu programa de saúde por meio do seguro. Eles equivalem a mais de 2.000 por cento dos prêmios recebidos! Portanto, sua forma de garantir sustentabilidade é por intermédio de uma organização doadora, e não de uma solução do mercado (como resseguro, por exemplo).

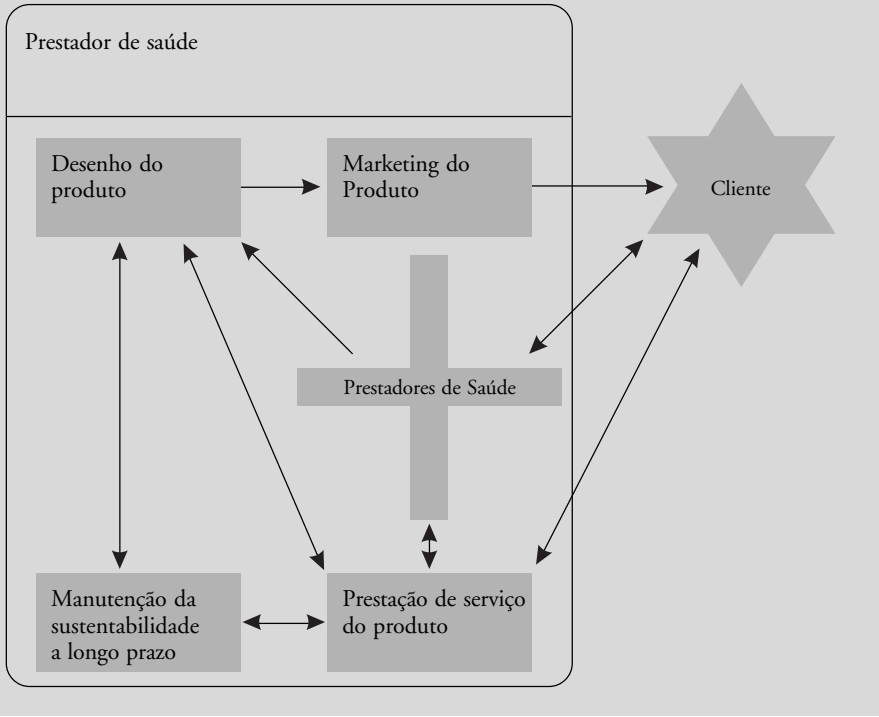
1.3 O modelo administrado pelo prestador

Os prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas) podem lançar um sistema de seguro para gerar grandes volumes de negócios em unidades especiais, como também podem liberar o acesso à saúde com base em preços diferentes para segmentos diferentes da população alvo *(ver Figura 29)*. O único aspecto deste modelo é o envolvimento do provedor de saúde no desenho do processo comercial (incluindo apoio financeiro).

Este é um aspecto importante: um prestador de serviços de saúde que decide diretamente sobre um pacote de benefícios é significativamente diferente de uma companhia de seguros que cria sua própria unidade de saúde, ou emprega diretamente prestadores para fornecer um produto. A diferença pode parecer muito teórica, mas a questão do controle definitivo sobre o desenho do pacote de benefícios não é banal. Considere o caso de cirurgia cardíaca – caso a decisão seja tomada por um cirurgião cujos serviços não têm grande demanda devido ao alto custo das operações, a probabilidade deste benefício ser incluído no pacote é maior do que se a decisão for tomada pelos profissionais de seguro ou clientes.

Isto explica o motivo por que muitos sistemas de saúde administrados por prestadores limitam as opções dos clientes em relação à unidade de saúde ou a seus profissionais de saúde, como a Grameen Kalyan e o MHIB do BRAC em Bangladesh, que limitam de forma significativa os benefícios disponíveis fora de seus próprios prestadores de saúde. Os clientes pagam o prêmio ao prestador de saúde que, em troca, oferece aos clientes um mecanismo de financiamento, que possibilita a eles utilizarem os serviços de saúde, presumidamente, de uma forma mais efetiva em termos de custo, e não pagarem do próprio bolso por estes

Figura 29 **O modelo administrado pelo prestador**



serviços. Ao mesmo tempo, o prestador se beneficia deste acordo de várias formas: a) aumenta seu mercado potencial, permitindo que mais pessoas utilizem os serviços, b) o prestador impõe limites para o cliente escolher sua unidade e c) o prestador recebe a receita daqueles que, de outra forma, não teriam procurado tratamento, ou teriam feito em algum outro lugar, ou com quem prestasse serviços de qualquer jeito – mas a um preço mais baixo ou de graça.

Em alguns sistemas, o prêmio é utilizado diretamente para operar a unidade de saúde, embora o prestador se comprometa a garantir certos benefícios para seus clientes se necessário, com pagamento na base *per capita*. Por este motivo, o risco em anos ruins fica com o prestador de serviços de saúde que necessita então garantir o serviço. Em anos bons, o lucro acumulado é absorvido pelo prestador de serviços de saúde. Estes sistemas de pagamento incentivam o prestador a fornecer um mau serviço ou a abrir mão da qualidade da assistência.

Em outros sistemas, o prêmio recebido é repassado para o prestador de saúde de acordo com os serviços prestados ou casos tratados (pagamento pelos serviços prestados, por evento). Este mecanismo requer uma separação clara entre seguro e prestação de serviço de saúde. Por exemplo, o Fideicomisso Yeshasvini fixou os preços de mais de 1.600 operações e reembolsa os hospitais da rede de acordo com a cirurgia realizada (ou seja, por evento). O pagamento por serviços prestados é requerido no Plano de Seguro Saúde da Comunidade de Nkoranza, Gana *(ver Quadro 80).*

Quadro 80

Plano de Seguro Saúde da Comunidade de Nkoranza

O Hospital Santa Thereza é o principal prestador de serviços de internação em Nkoranza, na Gana rural. Em 1992, lançou o Plano de Seguro Saúde da Comunidade de Nkoranza, um programa de microsseguro saúde baseado no prestador, em resposta à falta de condições dos residentes pagarem do próprio bolso pelos serviços de saúde, em especial hospitalização. O seguro oferece cobertura total para os serviços de internação no hospital, incluindo o custo da prescrição de medicamentos não disponíveis no hospital, referência para outros hospitais e alguns serviços ambulatoriais.

Quando os clientes procuram assistência, eles entregam o cartão de seguro para o médico que está prestando o atendimento, ou para a enfermeira, que anota o número do seguro na ficha do paciente. Com base nos serviços prestados (pagamento pelos serviços prestados), uma fatura mensal é enviada à seguradora. Os preços dos serviços são fixados anualmente por um órgão externo, o Comitê de Saúde da Diocese, e são válidos para todos os Hospitais Católicos da região. O seguro reembolsa o hospital por todos os serviços prestados, mas não está autorizado a conferir se tudo foi feito de forma correta. Embora não observado neste plano, o mecanismo de pagamento pelos serviços prestados com divisão institucional (entre seguradora e prestador) é um estímulo para o prestador prescrever serviços em excesso a fim de aumentar o retorno financeiro.

Fonte: Adaptado de Atim e Sock, 2000.

A maioria dos prestadores de serviços de saúde não possui capacidade administrativa (ou, às vezes, financeira) para dirigir um sistema de seguro saúde viável. Precificar produtos de acordo com cálculos atuariais, com certeza, é um ponto fraco, mesmo que os dados disponíveis sobre despesas de saúde possam ser relativamente bons neste modelo. O principal problema do modelo está no fornecimento do produto: no caso dos pagamentos pelos serviços prestados, o prestador pode ter interesse em prestar mais serviços do que o necessário, enquanto o provedor de seguro precisa manter sua estabilidade a longo prazo. A unificação dos papéis do prestador e do comprador de serviços deve então gerar conflitos de interesses.

1.4 O modelo mútuo baseado na comunidade

As sociedades mútuas de benefícios, também chamadas de sistemas de seguro saúde baseados na comunidade ou organizações mútuas de saúde, são sistemas voluntários de pulverização de riscos, sem fins lucrativos, baseados na ética de assistência e solidariedade mútuas *(ver Capítulo 4.3).* Este modelo é baseado na premissa de que o risco seja assumido pelo segurado, que é o dono do sistema, e que os lucros sejam, de alguma forma, retidos em benefício do segurado.

Entretanto, os sistemas baseados na comunidade e organizações mútuas não são idênticos. O modelo baseado na comunidade geralmente é feito para um grupo local, pequeno, formado com base nas ligações sociais desenvolvidas na interação dia a dia. Os gestores contam com poucos profissionais especializados em seguro e o grau de envolvimento dos associados em geral é muito alto. Sistemas mútuos, por outro lado, têm uma longa história como provedores de seguridade social.[5] Muitas vezes, são criados com base em linhas religiosas ou política comum, e prestam serviços de seguro a seus associados. As organizações mútuas, muitas vezes, são muito maiores do que os sistemas comunitários e, geralmente, dispõem de gestores profissionais. Devido ao tamanho do grupo e à consequente falta de vínculos pessoais entre os associados, pode haver menos coesão social nas organizações mútuas do que nos sistemas comunitários.

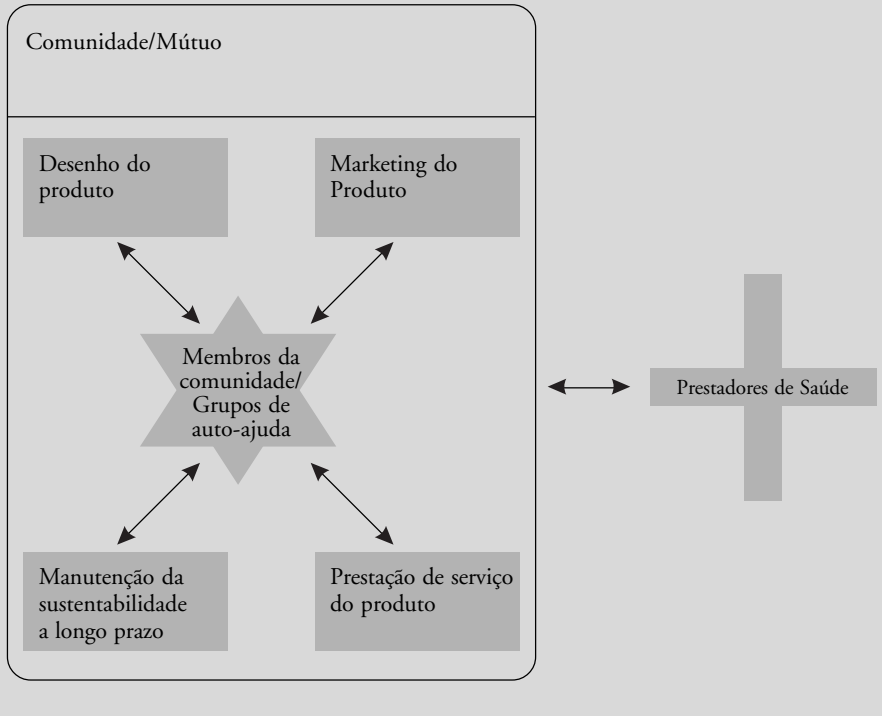
No modelo organização mútua/sistema comunitário, os clientes ou associados desempenham a função principal. Conforme demonstrado na Figura 30, existem responsabilidades em todos os aspectos de criação do produto, vendas e prestação de serviço, assim como na manutenção da estabilidade a longo prazo. Os associados tanto são segurados como seguradores, uma vez que o grupo subscreve o risco coletivamente. Como proprietários destas sociedades, os associados estão envolvidos ativamente na gestão e no processo decisório. Exercem uma influência direta para determinar o âmbito da cobertura e o valor das contribuições. Este conhecimento original das necessidades e preferências confere aos sistemas mútuos uma vantagem especial no desenho dos produtos. O envolvimento dos associados garante um alto grau de satisfação com o produto, mas depende da verdadeira e representativa inclusão no processo de desenho, assim como da gestão justa e transparente do sistema. Na UMSGF, a assembleia geral dos associados decide sobre os benefícios cobertos. Entretanto, para desenvolver e operar um sistema de seguros é necessário conhecimento especializado, e isto é o calcanhar de Aquiles de muitos sistemas mútuos. Às vezes, são criadas empresas de ponta para prestar assistência técnica como, por exemplo, na forma de uma cooperativa secundária *(ver Quadro 75, 76 e 77 no Capítulo 4.3).*

Como empresas dirigidas pelos associados, as sociedades mútuas de benefícios são baseadas nos princípios de auto-ajuda, auto-gestão e auto-responsabilidade. De acordo com o último princípio, os associados assumem o risco atuarial e são responsáveis pelos possíveis sinistros. Do mesmo modo, os lucros permanecem no sistema para vantagem de todos os associados. Este modelo de participação nos prejuízos e nos lucros sugere que o interesse do indivíduo permaneça alinhado com o interesse do grupo, fortalecendo a coesão social no grupo. Este modelo, especialmente quando operado em comunidades pequenas, costuma diminuir

[5] As mútuas, derivadas do conceito francês de *mutuelles*, são conhecidas por muitos nomes: sociedades beneficentes, em países anglo-saxônicos (e suas primeiras colônias), fraternidades, nos Estados Unidos, *Versicherunsvereine auf Gegenseitigkeit,* na Alemanha, *sociedades de socorro mutuo*, na Espanha (e suas primeiras colônias), e assim por diante.

os custos originados de fraude, risco moral e seleção adversa. Isto se deve a níveis altos de coesão social, o que geralmente fica mais visível em grupos pequenos, onde as interações sociais tendem a ser mais importantes, mais fáceis de identificar (Sobel, 2002) e transformar (no contexto do microsseguro saúde) em um fluxo de informação informal e frequente. Entretanto, este fluxo de informação pode gerar uma questão de privacidade, à medida que as pessoas podem temer exclusão social no caso de certas doenças – por exemplo, no caso de HIV/AIDS e doenças mentais – e, portanto, podem preferir não confiar nos benefícios do sistema.

Figura 30 O modelo mútuo/baseado na comunidade



Uma outra desvantagem destes sistemas mútuos é o tamanho pequeno de seus grupos: grupos pequenos vivem maior incerteza sobre as despesas de sinistros e estão mais vulneráveis ao risco de catástrofe. Embora o controle social possa ser uma ferramenta adequada para reduzir o risco moral, a pulverização de risco bem sucedida – ou pelo menos uma transferência de riscos aceitos – exige fusão com outros *pools* de risco ou acesso a outros tipos de resseguro. Agregar mais riscos não acarretaria apenas o aumento da estabilidade financeira, mas também resultaria em prêmios mais baixos por meio da carga reduzida de capital (Dror e outros, 2005a); entretanto, este tipo de resseguro geralmente não está disponível.

Em uma instituição que pertença aos associados, a responsabilidade pela estabilidade permanece sob administração deles e, às vezes, é delegada a gestores profissionais. De acordo com o princípio de domínio, o ideal é que todos os associados se sintam comprometidos com a estabilidade do sistema. A noção de domínio em termos de identificação com o sistema e um senso de responsabilidade pessoal, pode representar uma importante vantagem para os sistemas baseados na comunidade. Para fortalecer a responsabilidade pessoal e evitar perdas devido ao uso exagerado, a UMSGF desenvolveu uma "ferramenta sobre tendências do coeficiente de sinistro", que inclui dados estatísticos para informar aos sócios e fortalecer seu sentimento de domínio.

Entretanto, a responsabilidade pessoal pode ser facilmente perdida quando organizações mútuas crescem e se tornam mais profissionais. Neste processo, a administração a cargo dos associados pode desenvolver seu próprio conjunto de objetivos, e não se concentrar nos objetivos dos associados.[6] Os gestores têm interesse em ampliar o sistema, à medida que isto pode aumentar sua remuneração, sua reputação e ser seu poder. Embora isto seja bom em termos de estabilizar a viabilidade financeira do sistema, a voz do indivíduo segurado pode não mais ser ouvida. Isto dificulta bastante para os associados segurados conseguirem monitorar seu próprio sistema, devido à assimetria de informações e à assimetria de habilidades existentes entre eles e o gestor profissional. O sistema não é mais dirigido pelos associados, mas comandado pelos gestores. Isto pode fazer com que os associados percam seu senso de domínio e, portanto, percam muitas vantagens do sistema mútuo, com exceção dos lucros, que ainda permanecem com o grupo de segurados.

2 Valor, interesses e conflitos no processo comercial de seguro

Além destes quatro tipos principais, existe um número de outros possíveis subgrupos, todos com suas próprias combinações de pontos fortes e pontos fracos. Entretanto, uma análise destes modelos principais demonstra os conflitos de interesses chave que ocorrem no microsseguro saúde. No microsseguro, a eficiência pode ser até mais importante do que no seguro convencional e, consequentemente, deve ser dada atenção especial aos conflitos de interesses no processo comercial. Caso estes conflitos permaneçam sem solução, eles agregam custos ao contrato de seguro. Usando a estrutura apresentada no Capítulo 2.1, esta seção considera os conflitos de interesses e as eficiências no processo comercial de diferentes modelos de venda.

[6] A possibilidade de conflito entre associados e gestores é bastante discutida na literatura cooperativa, por exemplo: Dulfer (1995), Vierheller (1983, 1977), Newmann (1973), Eschenburg (1972) e Hanel (1992).

2.1 Desenho do produto: oferecer custo-benefício e atender aos anseios do cliente

Os clientes de microsseguro saúde geralmente preferem cobertura ampla que inclua custo baixo, eventos de lucratividade alta (por exemplo, cobertura de internação, farmacêutica), embora as seguradoras gostem de cobrir eventos raros. Este conflito de interesses é mais aparente no modelo sócio-agente, em que o principal objetivo da seguradora geralmente é o lucro, e em que sinistros menos frequentes ajudam as margens de lucro mantendo os custos administrativos baixos. Por exemplo, os planos oferecidos pela VimoSEWA/ICICI Lombard e pela Shepherd/UIIC cobrem apenas hospitalização. Os produtos de microsseguro saúde oferecidos pelas seguradoras comerciais normalmente se concentram neste tipo de benefício.

As seguradoras comerciais hesitam em lidar com números intermináveis de pequenos sinistros, especialmente quando um contrato com prestadores de saúde não regulamentados produziria custos adicionais de monitoramento. Entretanto, a seguradora, que mantém controle sobre o desenho do produto, também acha difícil saber o que o segurado deseja: qual é o preço que os clientes estão dispostos a pagar e quais são os benefícios oferecidos? Aqui, o agente pode ajudar a resolver uma parte do problema. Quanto mais disposta a seguradora está para envolver o agente – em nome do cliente – no desenho do pacote de benefícios, maior a probabilidade de o produto atender às necessidades dos clientes. Entretanto, as seguradoras podem considerar alguns segmentos do mercado de baixa renda muito pequenos para justificar um processo de adaptação mais caro. De preferência, a seguradora ficará tentada a convencer os agentes a venderem produtos já desenvolvidos.

O modelo prestador possivelmente seria melhor empregado por conhecer as prioridades do cliente, caso os serviços de saúde fossem registrados e analisados sistematicamente antes do lançamento do produto de seguro, ainda que haja, de modo geral, poucos dados sobre disposição de pagar e prioridades do cliente. Além do mais, dependendo do tipo de serviços que eles oferecem, os prestadores podem adotar uma atitude mais flexível em relação ao desejo dos clientes em terem um custo baixo e eventos de lucratividade alta (por exemplo, assistência ambulatorial), incluídos no pacote de benefícios. Isto, em geral, também acontece nos modelos beneficentes, e pode ser aplicado também nos modelos baseados na comunidade. Entretanto, a perspectiva ao definir o pacote de benefícios é diferente: nos modelos administrados pelo prestador, os serviços estão incluídos no pacote de benefícios apenas caso sejam, de fato, oferecidos pelos prestadores de serviços de saúde. Consequentemente, o prestador, não o cliente, está no ponto de partida. É mais provável que provedores de seguros beneficentes e comunitários possam entender as necessidades dos clientes como o ponto de partida, à medida que sua preocupação não seja o lucro, nem desenvolver sua própria unidade de saúde, embora o modelo beneficente possa não considerar necessário envolver a comunidade, visto que eles planejam assumir o risco em qualquer caso.

O modelo baseado na comunidade, que por definição envolve o cliente no processo de desenho do produto, goza de uma forte vantagem ao conhecer as necessidades do cliente e sua disposição para pagar. É provável que o produto de seguro neste modelo atenda mais diretamente às necessidades dos clientes, e possa então aumentar sua disposição em pagar. Entretanto, é preciso ressaltar que esta força dos modelos comunitários pode apenas ser explorada com a participação dos associados, o que na prática, nem sempre ocorre, especialmente quando estas associações crescem.

Outro conflito de interesses pode surgir no modelo administrado pelo prestador quando o preço dos serviços é negociado, já que a mesma instituição representa tanto o comprador como o prestador de serviços. Embora se imagine que muitos sistemas de prestadores usam seu conhecimento de sua própria estrutura de custo para beneficiar o cliente, ainda assim permanece um conflito básico de interesses, e precisa ser dada uma atenção especial a isto. O Fideicomisso Yeshasvini administrado (parcialmente) pelo prestador, por exemplo, fixou taxas fixas para cirurgia para todos os 150 hospitais da rede. Entretanto, nem todos os tipos de cirurgias são oferecidos em todas as clínicas, e os administradores de algumas clínicas reclamam que os administradores dos hospitais que participam da gestão do fideicomisso garantem melhores taxas para operações que, basicamente, sejam realizadas em seus hospitais. Embora este possa ser um caso de "a grama do vizinho está sempre mais verde", esta é uma questão que as redes de prestadores maiores precisam organizar, caso queiram aumentar sua eficiência.

A frequência de pagamento do prêmio é outra área onde os interesses da seguradora e do segurado são fundamentalmente diferentes: os clientes, muitas vezes, preferem pagamentos pequenos e frequentes. Isto, associado ao valor relativamente pequeno dos prêmios, representa um desafio para as seguradoras. É provável que todos, parceiros, prestadores de assistência, seguradoras beneficentes e sistemas baseados na comunidade, tentem driblar esta questão estabelecendo um sistema em que a cobrança possa ser feita antecipada, ou por meio de uma dedução na fonte, ou buscando um subsídio ou adiantamento com terceiros.

Entretanto, no modelo comunitário, a seguradora beneficente e as organizações agentes, com seu acesso aos clientes, estão naturalmente equipadas para solucionar esta incompatibilidade entre os interesses da seguradora e do segurado. Isto é alcançado confiando-se nas estruturas sociais da comunidade e na existência de trabalhadores da comunidade que possam tirar partido de outras interações com a comunidade. Para eles, é muito mais fácil atender aos pedidos de pagamentos mais frequentes, do que para os prestadores de saúde, que geralmente não dispõem de contatos regulares com o mercado alvo.

2.2 Marketing do produto: confiança e acesso necessários

Um processo eficiente de vendas depende de oferecer aos clientes um nível de confiança grande e acesso fácil, visto que a troca de informações e o conhecimento do cliente compõem a atividade principal deste processo. A falta de uma relação de confiança e acesso (tanto físico como psicológico) dos clientes em geral, desestimula as companhias de seguros formais de entrarem sozinhas neste mercado. Isto se ajusta bem à filosofia do modelo sócio-agente, em que a responsabilidade principal pela criação do produto está nas mãos da seguradora, que delega então a distribuição de responsabilidades para os agentes. Do ponto de vista dos clientes, os agentes facilitam o acesso das comunidades às seguradoras e prestadores que, de outra forma, podem ser inacessíveis para os clientes, garantindo a eles o acesso a uma "marca" reconhecida e confiável.

Com relação a isto, o marketing do modelo prestador pode, portanto, se beneficiar do profissionalismo de hospitais renomados. A maioria dos hospitais privados associados ao Fideicomisso Yeshasvini goza de excelente reputação. O hospital Narayana Hrudayalaya em Bangalore, por exemplo, goza de uma boa reputação em cirurgia cardíaca, mesmo fora do estado de Karnataka. A participação de hospitais como este é recebida de forma positiva por muitos associados segurados que, de outra forma, enfrentariam dificuldades para ter acesso a estes excelentes prestadores de serviços de saúde.

Entretanto, a confiança dos clientes na organização que realiza o processo atual de vendas é de grande importância e, embora as companhias de seguros careçam desta relação de confiança, os agentes (na forma de organizações locais, como as ONGs), geralmente gozam de mais respeito e, portanto, capacidade para conseguir mais clientes. Os sistemas baseados na comunidade, como o nome diz, estão em permanente contato com seus associados e é provável que tenham um nível maior de confiança e acesso do que muitas outras organizações. Consequentemente, o custo para informar os associados sobre os benefícios do seguro saúde diminui, e a chance de vendas aumenta.

2.3 Prestação de serviço: administrar o fluxo de informações

No conjunto, os interesses de seguradoras diferentes residem na área de prestação de serviço. Todos gostariam de um sistema eficiente que mantivesse os custos baixos e reduzisse a fraude. Um sistema que não envolve dinheiro, em geral, é o melhor para se atingir estes objetivos, e ainda tem a vantagem do segurado não precisar fazer pagamento antecipado para se tratar. No modelo sócio-agente e no modelo baseado na comunidade, um sistema que não envolve dinheiro tem o benefício adicional de permitir que a seguradora negocie com os prestadores de serviços de saúde a fim de reduzirem os preços. Não é de surpreender, que esta negociação não ocorra no modelo administrado pelo prestador, que efetivamente limita a competição, podendo resultar em preços altos ou serviço de qualidade mais baixa.

Entretanto, muitas companhias de seguros são incapazes ou não estão dispostas a negociar e estabelecer uma relação com uma rede estreita de médicos ou hospitais rurais, por considerarem difícil controlar se a prestação de serviços e a apresentação de sinistros estão sendo feitas de forma adequada. Para obter as informações que necessitam para analisar um sinistro sem precisar negociar com outra parte (o prestador), algumas companhias de seguros liquidam os sinistros apenas na base de ressarcimento. Este acordo impõe uma carga muito pesada às famílias pobres. Devido a documentos complicados e incorretos, exclusões, e procedimentos exigidos pelas companhias de seguros, os ressarcimentos muitas vezes atrasam, até por meses.

Seguradoras administradas por prestadores, sistemas baseados na comunidade e várias seguradoras beneficentes estão mais bem situadas a este respeito. Devido à sua presença local, eles podem oferecer benefícios em serviços com mais facilidade – especialmente em um sistema de prestadores. Seu processo de análise de sinistros geralmente é mais bem adaptado às circunstâncias locais. Isto ajuda a manter os clientes satisfeitos e, portanto, resulta em taxas mais altas de renovação e maior disposição para pagar, com mais probabilidade de promover justiça.

2.4 Assegurar sustentabilidade a longo prazo

Como o segurado dispensa pouca atenção às probabilidades, eles também tendem a desconsiderar outros aspetos técnicos relativos ao seguro como, por exemplo, a necessidade de distribuir os riscos (lei dos grandes números), a necessidade de investir no futuro, ou os efeitos de uma carga particularmente alta de sinistros em um ano corrente em relação aos prêmios (ou mesmo disponibilidade de seguro no todo) em um ano futuro. Apesar de tudo, o segurado espera que o provedor de seguro cumpra todas as suas obrigações e reduza constantemente seus prejuízos.

Este conflito representa dificuldades consideráveis para todas as seguradoras, mas por dois motivos principais, é um desafio particular para os sistemas comunitários. Primeiro, é provável que os associados exerçam maior controle sobre as decisões do sistema em um modelo comunitário, do que em um outro modelo. Entretanto, em um ano com relativamente poucos sinistros, os associados podem tentar forçar o sistema a redistribuir as reservas não utilizadas ou a aumentar os benefícios, o que representaria um perigo para a sustentabilidade a longo prazo. Segundo, os sistemas comunitários não podem ter a experiência do gerenciamento de riscos nas mãos, e o mais provável é a avaliação incorreta do risco atuarial. Embora o resseguro possa ajudar a resolver estes dois problemas, o fato é que, provavelmente, o modelo independente baseado na comunidade seja mais vulnerável em relação à sustentabilidade a longo prazo (além do modelo beneficente que confia em subsídios indefinidos).

Para resumir, as estruturas básicas de interesse dos quatro modelos constam da Tabela 45. Na última linha da tabela, os principais conflitos de interesses entre diferentes partes interessadas são articulados em cada modelo.

Tabela 45 **Motivações básicas e interesse principal durante o processo comercial**

	Sócio-agente	*Seguradora beneficente*	*Provedor*	*Comunidade*
Motivação básica	Lucro (para a seguradora); cobertura para o grupo alvo (para o agente)	Reduzir o custo a longo prazo dos riscos de saúde para o grupo alvo	Gerar negócios e aumentar o acesso a serviços (próprios)	Reduzir o custo a longo prazo dos riscos de saúde para os sócios
Produção	Eventos raros que representem menos sinistros grandes, a fim de manter os custos de operação baixos	Atender às necessidades dos clientes assim que possível	Pacote de benefícios desenvolvido visando os próprios serviços oferecidos	Melhor equilíbrio entre benefícios e prêmio para os associados
Vendas	Usar agentes (por exemplo, MFIs) para aumentar a proximidade e facilitar o pagamento	Usar estruturas existentes na comunidade (por exemplo: SHG, ONGs, etc.), a fim de manter os custos baixos	Distribuir entre os possíveis pacientes desde que o número possa ser atendido na unidade	Usar estruturas existentes na comunidade (por exemplo, associações de mulheres) e envolvimento de associados
Prestação de serviço	Reduzir fraude (por exemplo, com sistemas que não envolvam dinheiro) e negociar em escala com o prestador, a fim de forçar redução nos custos	Reduzir fraude (por exemplo, com sistemas que não envolvam dinheiro) e negociar em escala com o prestador, a fim de forçar redução nos custos	Reduzir fraude (por exemplo, com sistemas que não envolvam dinheiro) e negociar em escala com o prestador, a fim de forçar redução nos custos	Reduzir fraude (por exemplo, com sistemas que não envolvam dinheiro) e negociar em escala com o prestador, a fim de forçar redução nos custos
Sustentabilidade	Precificar produtos corretamente, alcançar um grupo suficientemente grande e diversificação de risco, embora mantendo altas as taxas de renovação	Precificar produtos corretamente, alcançar um grupo suficientemente grande e diversificação de risco, embora mantendo altas as taxas de renovação	Alcançar altas as taxas de renovação, manter o grupo de clientes desejados para prestar serviços que tenham capacidade em excesso	Precificar produtos corretamente, alcançar um grupo suficientemente grande e diversificação de risco, embora mantendo altas as taxas de renovação; evitar que associados deixem de constituir reservas de anos futuros

	Sócio-agente	*Seguradora beneficente*	*Provedor*	*Comunidade*
Principais conflitos de interesse	Seguradora-agente: Agentes geralmente se consideram advogados do segurado e não da seguradora, embora seu interesse financeiro esteja alinhado com os da seguradora Cliente-seguradora: Acham que o dinheiro foi jogado fora em uma grande e distante companhia se não reclamarem, pelo menos, um sinistro por ano Seguradora-cliente: Motivo de lucro da seguradora pode forçar a alta dos prêmios Seguradora-cliente: Capital de risco do investidor em microsseguro resulta em expectativas altas de lucro por parte do acionista	Seguradora-cliente: As características paternalistas e sociais do modelo beneficente podem favorecer os objetivos de saúde das organizações doadoras/ gestores da ONG quanto às preferências dos clientes Seguradora-cliente: Quando dependente do doador de capital, pode não reduzir o custo real do risco a longo prazo para o cliente Cliente-seguradora: Espera-se que os serviços sejam prestados, independentemente se seu custo seja sustentável ou não	Seguradora-cliente: Interesse na boa utilização da unidade e, portanto, inclui (apenas) serviços próprios no pacote de benefícios. Isto pode resultar em pacotes de benefícios muito limitados para proteção efetiva do risco do grupo alvo	Gestor-associados: Atraente para os gestores aumentarem o sistema de seguro, mas isto muitas vezes não beneficia os associados. Com o crescimento do sistema de seguros, os gestores tendem a perder o foco sobre os associados, e os associados raramente dispõem das habilidades para controlar os gestores de forma efetiva Funcionários de campo-segurado: Os funcionários de campo geralmente fazem parte do grupo segurado; desigualdades sociais dentro do grupo de segurados podem levar a um tratamento desigual dos segurados. Alguns podem ser persuadidos a não usar o serviço em em favor da estabilidade do sistema

3 Conclusão

Este capítulo analisa a tipologia básica dos provedores de microsseguro saúde com base em um exame de seus motivos principais e processos de negócios fundamentais. Uma questão interessante pode ser destacada fazendo uma simples pergunta: de quem é o interesse caso um segurado (cliente) reclame benefícios? Sem dúvida, é do próprio reclamante partindo do princípio que ele adquiriu o benefício, mas e quanto aos diferentes provedores de seguro?

O que pode ser discutido, é que organizações beneficentes e organizações administradas por prestadores considerariam a utilização dos serviços de saúde como um ganho positivo. Entretanto, no modelo sócio-agente, o sócio teria um interesse em desestimular as reclamações (em condições ideais, por meio de boas condições de saúde embora as exigências complexas para reclamar possam ser uma alternativa). De fato, nos sistemas onde os segurados apenas recebam benefícios, caso eles fiquem doentes (ou então apresentem uma reclamação sem sucesso), a estrutura de incentivo pode ser vista como estimulando reclamações falsas ou desnecessárias. O sócio-agente é o exemplo principal deste conflito de interesses, e este risco adicional precisa ser então considerado no desenvolvimento do processo de negócios.

Outros modelos também, partindo da perspectiva de um seguro comercial, preferem ter poucos reclamantes individuais, mas (e isto é uma nuança importante) o foco principal está nas boas condições de saúde dos clientes, pelo menos em teoria. Na prática, nos sistemas baseados na comunidade, associados com mais poder podem tentar exercer influência no desenho do pacote de benefícios, ou podem tentar convencer outros associados a não reclamarem sinistros a fim de manter os custos de sinistros baixos. Desigualdades na estrutura social das comunidades precisam ser examinadas de perto e levadas em consideração.

Outro ponto importante é se o sistema opera sob um paradigma que visa a lucros ou não tem fins lucrativos. No modelo administrado pelo prestador, por exemplo, se o hospital está dirigindo um sistema que visa a lucro, então ele compartilhará muitas características com o modelo sócio-agente, e terá interesse em menos sinistros e mais lucro. Entretanto, se o prestador estiver dirigindo um sistema de seguros com fins lucrativos, em que o lucro acumulado permanece no sistema, ele terá então interesse em aumentar a utilização, que por sua vez aumentará o consumo de seus próprios serviços de saúde (e com isso, a sua "lucratividade"), até um certo nível de utilização. Uma vez a demanda por serviços excedendo a capacidade do prestador, ele também teria interesse em reduzir o consumo, geralmente por meio de um período de carência longo para eventos segurados (o que pode ser reduzido ou eliminado nos casos em que o segurado esteja disposto a efetuar pagamento extra pelo serviço).

O modelo baseado na comunidade reserva esta estrutura de interesse mantendo as importâncias não reclamadas à disposição do grupo. Além disso, por

meio do uso criterioso do capital social (particularmente por intermédio do monitoramento na seleção de associados e no processamento dos sinistros), o modelo comunitário reduz a seleção adversa e o risco moral – mas apenas no caso de ser verdadeiramente participativo e os associados serem proprietários. Portanto, se sua sustentabilidade a longo prazo pode ser garantida, parece que o modelo comunitário goza de uma série de vantagens ao fornecer microsseguro saúde, uma vez que ele tem melhores informações e contato com seus clientes, muito menos espaço para conflitos de interesses, e melhores mecanismos para evitar seleção adversa e risco moral.

Seria ingênuo imaginar que um modelo combina todas as vantagens e desvantagens. Todos os modelos precisam aprender uns com os outros para alcançar um processo comercial mais eficiente. O modelo sócio-agente, por exemplo, é fortalecido consideravelmente quando integra aspectos do sistema comunitário como, por exemplo, envolver o grupo alvo no desenho do pacote de benefícios, ou introduzir um acordo de participação nos lucros em anos bons. De uma forma semelhante, o modelo comunitário pode aprender com seguradoras profissionais, especialmente sobre como solucionar problemas técnicos e de sustentabilidade (incluindo acesso ao resseguro, o que não agregaria apenas estabilidade financeira, mas ajudaria a obter recursos técnicos necessários para dirigir um negócio viável).

O microsseguro saúde é uma ferramenta diferente do seguro do setor formal, e o que funciona bem para clientes com patrimônio líquido alto não é copiado com facilidade nas comunidades informais e rurais. Embora o microsseguro saúde prometa muito, a questão das opções e canais institucionais adequados para sua venda precisarão ser olhados mais de perto pelos acadêmicos e profissionais da área. Caso esta questão seja desprezada, o conceito natural do microsseguro saúde pode então ser entendido como ineficiente devido aos modelos inadequados de fornecimento.

4.5 Além de MFIs e modelos baseados na comunidade: Alternativas institucionais

Richard Leftley e James Roth[1]

Os autores querem agradecer a Vijay Athreye (Tata-AIG), Doubell Chamberlain (Genesis) e Jeremy Leach (Fideicomisso FinMark) por seus comentários e sugestões valiosos.

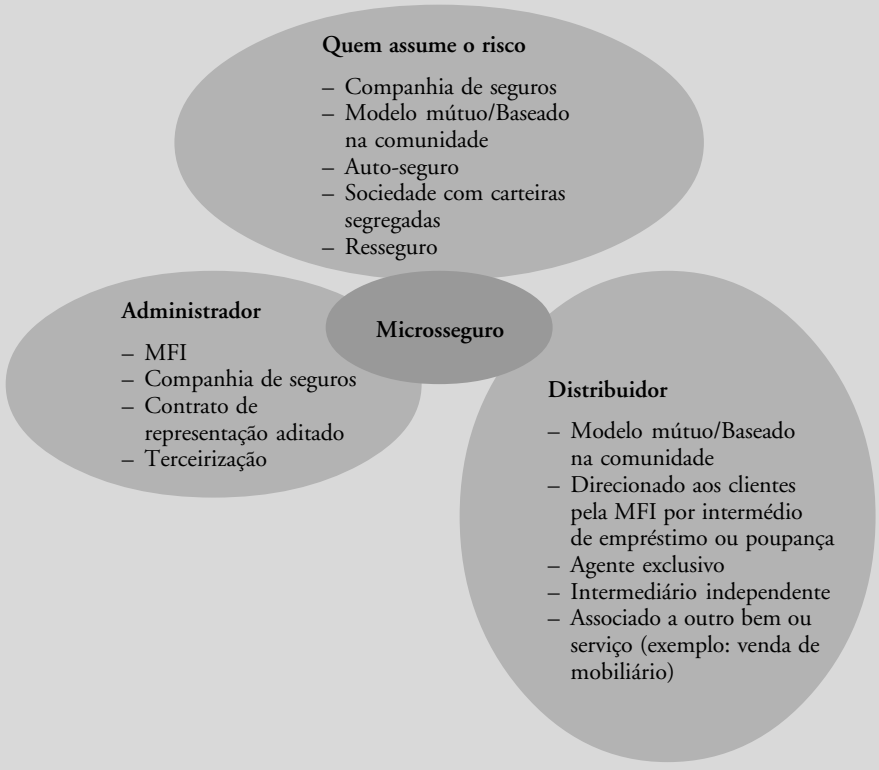
Na maioria dos casos, seguro para o mercado de baixa renda é um negócio de volume alto e prêmio baixo. Há situações em que os clientes de microsseguro se preocupam mais com qualidade do que com preço, por exemplo, o seguro funeral na África do Sul, porém, em geral, o mercado de baixa renda é profundamente sensível a preço. Manter os custos baixos é, portanto, um requisito necessário para atrair clientes e fazer com que os negócios sejam sustentáveis.

Conforme discutido nos capítulos anteriores, em muitas circunstâncias, o modelo sócio-agente, o modelo cooperativo ou o modelo baseado na comunidade apresentarão soluções adequadas. O modelo sócio-agente e o modelo cooperativo se baseiam em redes de distribuição estabelecidas (por exemplo, uma MFI ou uma cooperativa de crédito) que já prestam serviços financeiros aos pobres, e o seguro é então simplesmente acrescentado a um canal existente, a um custo marginal. No modelo baseado na comunidade, que é gerido pelos próprios segurados, os custos são minimizados pela confiança no trabalho do voluntariado e alavancagem do capital social para controlar os riscos de seguro. Entretanto, estes não são os únicos modelos de microsseguro.

Este capítulo explora outras opções institucionais de seguro para o pobre. Em uma estrutura de seguro, é preciso 1) assumir o risco, 2) administrar o produto e 3) tratar da distribuição *(ver Figura 31).* Todas estas funções podem ser desempenhadas por uma organização (por exemplo, as vendas diretas na Delta Cia. de Seguros de Vida Ltda. em Bangladesh), ou cada uma delas pode ser gerida por organizações distintas, ou por alguma combinação citada acima. Ao utilizar esta estrutura para analisar a prestação do serviço em três segmentos definidos – quem assume o risco, administrador e distribuidor – este capítulo considera a variação de acordos alternativos para fornecer microsseguro. O capítulo observa onde as várias opções são apropriadas, e como elas reduziriam o custo e/ou aumentariam a qualidade do produto.

[1] As referências a Agência de Microsseguro são extraídas de experiências dos autores.

Figura 31 **Três componentes do fornecimento de seguro**[2]



1 Alternativas para aceitação de riscos

Embora muitas organizações que aceitam riscos sejam companhias de seguros regulamentadas, há formas alternativas de subscrição de risco. Esta seção leva em consideração tanto o auto-seguro como as sociedades de carteiras agregadas.

1.1 Auto-seguro[3]

Talvez a alternativa para aceitação de riscos mais comumente utilizada seja o auto-seguro, em que uma organização não-licenciada e não-regulamentada oferece seu próprio produto de seguro. Esta opção é adotada pela TYM (Vietnã), MUSCCO (Malauí), AssEF (Benim) e Spandana (Índia); muitas outras organizações tenta-

[2] Os autores agradecem a Jeremy Leach por lhes disponibilizar este esquema.

[3] O termo "auto-seguro" é utilizado de formas diferentes neste capítulo e no Capítulo 1.2. No Capítulo 1.2, auto-seguro se refere às formas que as famílias de baixa renda lidam com os sinistros, assumindo elas próprias o risco, por exemplo, cobrindo os custos com recursos da poupança ou vendendo bens. Neste capítulo e no Capítulo 4.7, o conceito de auto-seguro é aplicado no âmbito de uma instituição – isto é, sistemas de seguros informais, não-regulamentados, que assumem os riscos por seus associados.

ram o auto-seguro, mas em última análise, mudaram para o modelo sócio-agente, incluindo a SEWA e a ASA na Índia.

Auto-seguro, muitas vezes, não pertence à estrutura legal. Embora muitos supervisores de seguro estejam dispostos a adotar a outra forma, os sistemas em geral operam em uma área nebulosa, vulnerável a mudanças políticas. Muitas seguradoras de auto-gestão não dispõem de acesso à experiência atuarial necessária para calcular prêmios ou reservas. Como seguradoras não-regulamentadas, estas organizações não podem comprar resseguro para reduzir seus sinistros em caso de catástrofes. De fato, conforme discutido no Capítulo 4.7, caso as organizações queiram trabalhar com auto-seguro, um dos pré-requisitos será uma forma de lidar com os riscos covariantes, e não apenas excluí-los.

Organizações de auto-seguro, muitas vezes, oferecem produtos mal precificados que dão um custo-benefício ruim para os clientes, ou que desperdiçam o dinheiro da organização com a venda destes produtos. As organizações que, de fato, efetuam o cálculo da taxa para gerar lucro, muitas vezes, são incapazes de evitar a tentação de esvaziar o caixa no final do ano financeiro. O resultado é que não se constitui reserva para "sinistros incorridos, mas não avisados" (IBNR), ou para cobrir os possíveis sinistros futuros decorrentes de catástrofes como, por exemplo, desastres naturais ou doenças epidêmicas.

As reservas são importantes, particularmente, para as organizações que não podem fazer o resseguro. Mesmo no caso do resseguro estar disponível para uma auto-seguradora informal, as reservas são ainda necessárias, porque os resseguradores não oferecerão cobertura que garanta um ponto de equilíbrio ou lucro. Caso o resseguro seja colocado em bases proporcionais (por exemplo: contrato quota parte ou excedente de responsabilidade), o contrato será feito de forma a deixar a seguradora direta com algum risco retido; do contrário, surge um problema de risco moral, onde a seguradora direta não tem motivação para garantir a qualidade do negócio ou validade dos sinistros. Caso o resseguro seja colocado em bases não-proporcionais (como, por exemplo, contrato excesso de danos), as reservas serão então exigidas para cobrir a retenção, assim como os sinistros que excederem o contrato *(ver Capítulo 5.4 para mais detalhes sobre resseguro).*[4]

1.2 Sociedade com carteiras segregadas

A opção de auto-seguro apresenta algumas limitações significativas, mas haverá casos em que um produto necessário, simplesmente, não estará disponível por parte de uma seguradora regulamentada. Nos casos em que um produto de microsseguro não esteja disponível, o preço não seja vantajoso para o cliente, ou o nível exigido do serviço ao consumidor seja considerado mais baixo do que o

[4] Um contrato excesso de danos pode ser excedido de duas formas: 1) verticalmente, onde a perda acumulada excede o valor da cobertura que seria comprada na base de "perda máxima provável" ou PML *(Probable Maximum Loss),* de uma série de sinistros que excedam a cobertura garantida pelas reintegrações limitadas das faixas mais baixas do programa.

esperado pelo mercado, então uma sociedade com carteiras segregadas (*Protected Cell Company – PCC*) pode ser uma opção viável.

Uma PCC negocia seguro utilizando o capital e a condição de regulamentada de uma companhia de seguros principal. As apólices são emitidas em nome da companhia de seguros. O contrato elaborado entre a companhia de seguros principal e o proprietário da PCC estipula, dentre outras coisas, que um honorário de administração será pago à companhia principal pelo proprietário da PCC na forma de um "aluguel" pela licença necessária para negociar seguro.

O proprietário da PCC tem o direito de determinar os termos e condições dos produtos de seguro que são fornecidos aos seus clientes. Pode determinar o preço de qualquer produto, assim como o padrão de serviço, por exemplo, a velocidade com que os sinistros são pagos. No final do ano, qualquer lucro ou prejuízo é de responsabilidade do proprietário da PCC. Caso os produtos sejam precificados incorretamente, a PCC terá que pagar o prejuízo. Na maioria dos casos, a companhia principal ajudará a PCC a comprar resseguro *stop-loss*, de modo a limitar o custo financeiro de qualquer prejuízo na subscrição.

Até hoje tem sido muito limitada a comprovação de microsseguradoras que utilizam as PCCs como um método de aceitação de risco *(ver Quadro 81 de um exemplo de uma tentativa fracassada).*

Quadro 81

Fideicomisso Zambuko, Zimbábue

Em abril de 2003, o Fideicomisso Zambuko, uma ONG de microfinanças no Zimbábue, buscava desenvolver um produto de seguro funeral com assistência técnica do Opportunity International. A análise de necessidades do cliente mostrou que eles esperavam que os sinistros fossem pagos dentro de 24 horas. Esta exigência havia surgido em função da participação de muitos clientes em sociedades informais de funeral que, muitas vezes, pagam os sinistros em poucas horas.

Embora uma série de companhias de seguros regulamentadas estivesse disposta a fornecer um produto funeral adequado para os clientes do Zambuko, nenhuma delas podia pagar sinistros com tamanha rapidez. A administração do Zambuko acreditava que a fim de competir com os provedores informais, o pagamento de sinistros dentro de 24 horas era um aspecto essencial do produto. A única alternativa era procurar ter controle sobre o produto e melhorar o serviço fornecido aos clientes.

Depois de algumas negociações, uma companhia de seguros se prontificou a convidar uma "sociedade com carteiras agregadas" pertencente ao Fideicomisso Zambuko, e também administrada por ele. Em última análise, entretanto, a administração do Zambuko decidiu que devido à situação econômica e à inflação galopante no Zimbábue, a precificação dos produtos de seguro seria difícil e os riscos associados a um empreendimento conjunto eram muito altos, de modo que a iniciativa nunca foi adiante.

Fonte: Adaptado de Leftley, 2005.

A sociedade com carteiras agregadas, basicamente, é uma forma legal de auto-seguro. Ao aceitar apólices utilizando a licença de uma seguradora, também é possível se beneficiar com a experiência de uma companhia de seguros parceira, que possa ajudar a estabelecer cobertura de resseguro. Como no auto-seguro, a desvantagem mais significativa é que qualquer prejuízo na subscrição deve ser pago pelo proprietário da PCC. Além disso, o proprietário deve ter acesso à experiência de seguro em bases regulares para administrar a PCC e estabelecer produtos e taxas adequadas. Outra desvantagem é que isto pode ser difícil, a menos que o proprietário tenha uma relação próxima e de confiança com uma futura organização principal. Além do mais, caso o produto a ser vendido já esteja disponível na companhia de seguros, haverá então pouco interesse para ela oferecer uma estrutura de PCC, uma vez que seria mais lucrativo para a companhia de seguros utilizar o proprietário como canal de distribuição e ele mesmo assumir o risco (ou seja, o modelo sócio-agente).

2 Alternativas administrativas

Normalmente a carga de trabalho associada à administração de produtos de seguro pode ser dividida em duas etapas chave: em primeiro lugar, há uma organização da apólice, em que o cliente preenche uma proposta e paga um prêmio, e em segundo lugar, existe um processo de sinistro em que detalhes da perda precisam ser avisados, e o benefício pago ao reclamante.

Os procedimentos relativos à cobrança de prêmio *(Capítulo 3.3)* e administração de sinistros *(Capítulo 3.4)* são abordados em outra parte deste livro; esta seção considera duas alternativas para conduzir esta administração: contratos de representação aditados e administradores terceirizados. A fim de fazer uma comparação, é bem verdade que para aqueles que operam de acordo com o modelo sócio-agente, a organização da apólice e a cobrança de prêmio são realizadas pelo agente (como uma MFI), e a administração dos sinistros é realizada em conjunto, com o agente que reúne a documentação de sinistros e o sócio (companhia de seguros) que analisa e paga o sinistro.

2.1 Contratos de representação aditados

Um elemento crucial de um produto de seguro para uma seguradora de baixa renda é a velocidade com que os sinistros são pagos. No modelo sócio-agente, embora o agente possa informar os clientes sobre o envolvimento de uma companhia de seguros, é muito comum os clientes culparem os funcionários de campo do agente quando os sinistros estão atrasados. Mesmo quando as companhias de seguros tomam providências para reduzir o prazo de pagamento dos sinistros, em geral, passam-se semanas até que um sinistro seja processado. Quando este tempo de processamento é somado ao tempo que pode levar para o cliente providen-

ciar a documentação necessária relativa ao sinistro e para a MFI realizar sua própria administração, passam-se meses desde a ocorrência do evento segurado até a liquidação do sinistro.

Em muitas organizações, este atraso causava uma grande insatisfação no cliente. Para superar o problema, vários agentes de MFI buscaram aditar seus contratos de representação, a fim de assumirem a responsabilidade pela administração dos sinistros. Embora esta seja uma modificação para o modelo sócio-agente padrão e não uma alternativa institucional, vale mencionar, visto que ela transfere tarefas chave, como analisar e pagar sinistros, da seguradora para a MFI.

Por exemplo, o CETZAM foi pioneiro em microsseguro funeral na Zâmbia ao colaborar com a NICO Seguros em 2001 para o fornecimento do produto de seguro funeral Ntula. Em maio de 2002, uma pesquisa de mercado demonstrou que os pagamentos de sinistros estavam demorando muito, o que levou a NICO a considerar um aditamento ao contrato de representação.

Ficou acordado que o CETZAM pagaria os sinistros que ele considerasse válidos. Os documentos de confirmação dos sinistros seriam apresentados junto com o relatório mensal de prêmio e com o pagamento de prêmio (valor líquido de sinistros pagos), e a NICO ratificaria os documentos para assegurar que eles estavam de acordo com os sinistros que haviam sido pagos. Caso o CETZAM pagasse um sinistro não justificado, a NICO exigiria a devolução do valor do sinistro; até hoje nenhum sinistro foi recusado pela NICO. O período de liquidação de sinistros caiu de dois meses para menos de duas semanas em decorrência deste contrato.

Um contrato de representação aditado é uma forma de melhorar o modelo sócio-agente. Particularmente, ele é apropriado ao seguro de vida, uma vez que o evento segurado em questão é fácil de analisar e difícil de falsificar. Para outros riscos, pode ser necessário um treinamento adicional dos funcionários de campo do agente sobre como analisar sinistros. Por exemplo, os funcionários terão que aprender como distinguir uma morte acidental de uma morte natural, caso elas resultem em benefícios distintos. Na Índia, a VimoSEWA desenvolveu tamanha experiência em análise de sinistros, que seus parceiros de seguro permitem que ela pague sinistros dos segmentos saúde e patrimonial *(ver Quadro 82).*

Quadro 82 **Comitê de sinistros da VimoSEWA**

Durante um período em que a VimoSEWA administrava seu próprio fundo de seguros, a organização admitiu um especialista em sinistros para criar protocolos, formar um comitê e treinar funcionários. Quando a VimoSEWA retornou ao modelo sócio-agente em 2002, negociou com seus parceiros de seguro para que ela continuasse pagando os sinistros.

A VimoSEWA conta com um comitê de oito membros, composto de funcionários do escritório principal, de agentes de campo *(Vimo Aagewans)* e de funcionários de campo *(Aagewans)*, com equipes dos segmentos saúde, assistência à criança, associações e banco da SEWA. O comitê se reúne três vezes por semana e, quando há um sinistro complicado do segmento saúde, conta com a presença de um médico na reunião. Ele também ajuda o comitê esclarecendo sobre doenças e termos médicos.

A representação de vários *Aagewans* é essencial para a prática de liquidação de sinistro. Ajuda o comitê a conhecer as práticas de seguro, e eles transmitem este conhecimento da liquidação de sinistro imparcial para seus sócios e grupos. Eventualmente, as seguradoras recusam um sinistro que o comitê acha que deve ser pago, mas a VimoSEWA assume a responsabilidade por estes sinistros extracontratuais. O comitê de sinistros desempenha um papel importante na identificação de fraude e risco moral. O médico ajuda, especialmente, na análise dos profissionais de saúde, se eles estão oferecendo tratamento caro e desnecessário.

Fonte: Adaptado de Garand, 2005.

2.2 Administradores Terceirizados

É prática comum das companhias de seguros, especialmente aquelas envolvidas em seguro saúde, terceirizar o trabalho administrativo com um administrador terceirizado (*Third-Party Administrator – TPA*). Entretanto, existem poucos casos de terceirização entre os sistemas de microsseguro, porque produtos simples como seguro prestamista, são relativamente fáceis e baratos de administrar, de modo que raramente motivam os administradores a considerarem os custos e benefícios de terceirizar toda ou parte da administração.

No seguro saúde, a terceirização precisa ser avaliada. Normalmente, o seguro saúde envolve uma relação com o prestador de serviços de saúde. Esta relação, dentre outros fatores, apresenta custos e uma carga administrativa nova como, por exemplo, garantir que o prestador de serviços de saúde não esteja enganando o sistema. Os sistemas de seguro saúde costumam terceirizar parte de suas operações administrativas com um profissional terceirizado. Especialistas, os administradores terceirizados, muitas vezes, são capazes de reduzir os custos administrativos.

Os administradores terceirizados são bastante comuns na África do Sul, onde companhias de seguros locais fazem uso deste serviço para administrar seguro funeral – de fato, alguns administradores desenvolveram uma base tão grande de clientes, que eles próprios acabaram se tornando companhias de seguros. Os administradores terceirizados compram coberturas de seguro em massa (*bulk*) da companhia de seguros e vendem para clientes individuais ou grupos de clientes a um preço que pode ser mais alto do que o preço que eles pagaram à companhia de seguros (embora deva ser observado que os administradores muitas ve-

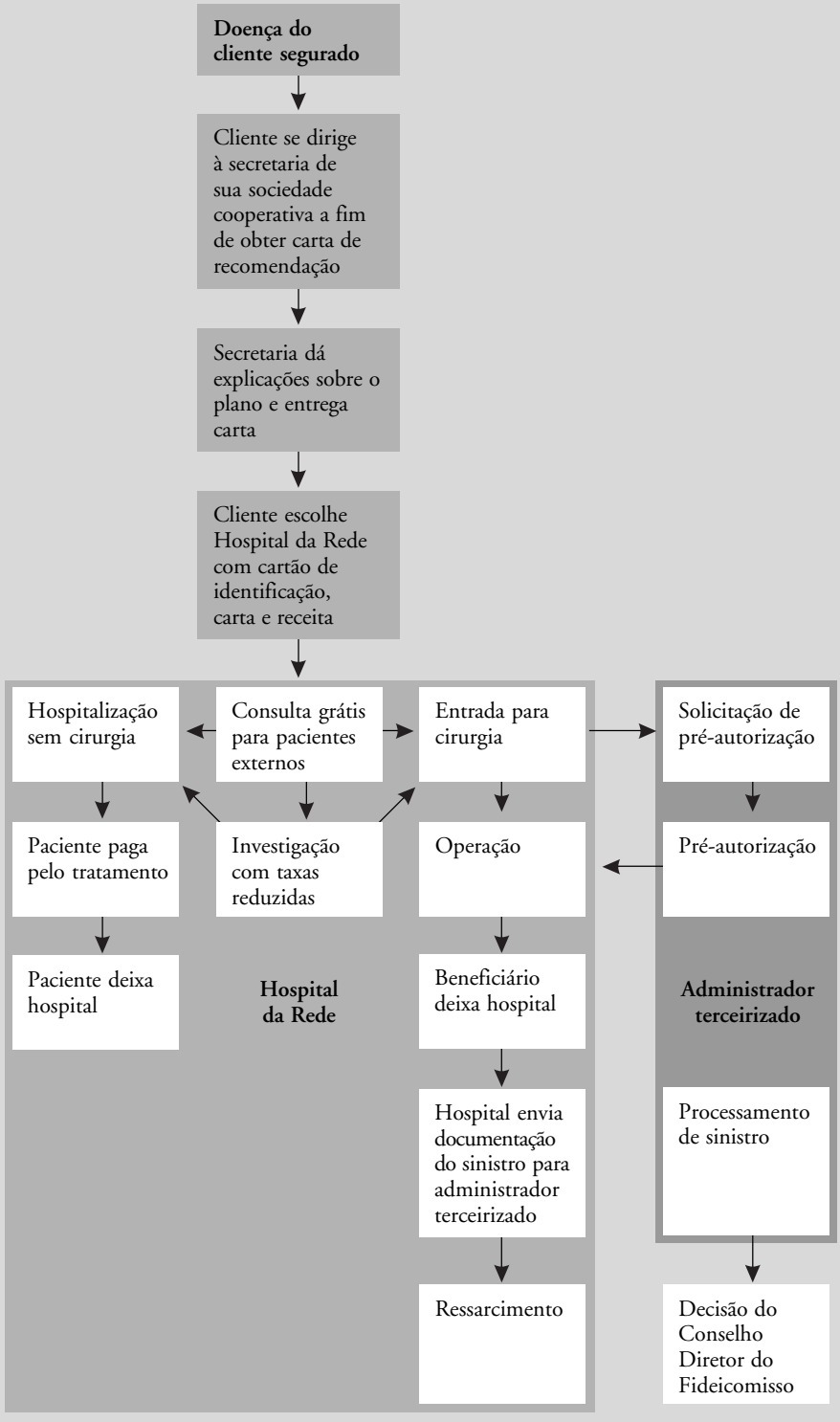
zes são capazes de oferecer seguro a um preço mais baixo que o cobrado pelas seguradoras por intermédio de seus canais de distribuição normais). As apólices são emitidas no nome da companhia de seguros. Os administradores terceirizados estão autorizados a analisar e pagar todos os sinistros em nome da companhia de seguros sem a supervisão da companhia de seguros, o que pode levar a número grande de fraude ou recusa no pagamento de sinistros. Consequentemente, uma parte do mercado de administradores terceirizados na África do Sul tem uma imagem cada vez pior junto aos consumidores, às companhias de seguros, e aos reguladores.

O Fideicomisso Yeshasvini, um sistema de microsseguro saúde na Índia, decidiu terceirizar suas funções administrativas com um administrador terceirizado. O Fideicomisso Yeshasvini oferece seguro para cobrir cirurgias raras de alto custo por apenas Rs. 120 (US$2,70) por ano para uma cobertura máxima (por pessoa por ano) de Rs. 200.000 (US$4.545). Para ajudar o sistema a administrar seu 1,45 milhão de associados, o Yeshasvini desenvolveu uma relação com um administrador terceirizado, o FHPL, que também administra os sistemas de seguro da polícia nos estados do sul de Karnataka e Andhra Pradesh. O administrador terceirizado assume as seguintes tarefas:

- Manutenção de um registro de clientes segurados
- Preparação de liquidação de sinistros, incluindo investigação
- Autorização de tratamento
- Preparação de relatórios e estatísticas
- Emissão de carteiras de identidade para os associados
- Administração de capital

O FHPL desempenha um papel importante como guardião, na aprovação de cirurgia e pagamento ao hospital, de modo que os segurados que solicitam cirurgia não arcam com as despesas de saúde *(ver Figura 32).* Este acordo não existe sem dificuldades. Embora a terceirização possa aumentar a eficiência, a inclusão de uma instituição extra também pode significar complexidade. Às vezes são necessários quatro ou cinco dias para o FHPL autorizar uma cirurgia e, eventualmente, os reembolsos aos prestadores de saúde são afetados por este atraso. Em geral, entretanto, o acordo em ter agências especializadas concentradas em suas áreas de experiência faz sentido, em especial, quando negociam com grandes volumes de segurados que tenham acesso a serviços prestados por mais de 150 unidades de saúde.

Figura 32 **Processo de liquidação de sinistros do Yeshasvini**



Fonte: Radermacher e outros, 2005b.

Em termos de custos, o FHPL e o Fideicomisso Yeshasvini negociaram pagamento de Rs. 7 milhões (US$159.000) no Ano 1 e Rs. 4 milhões (US$90.900) nos Anos 2 e 3. Visto que estes números equivalem de 2 a 3 por cento dos prêmios sobre os dois anos anteriores, isto parece uma solução de preço muito acessível para o Yeshasvini. De acordo com Radermacher e outros (2005b), o FHPL reclama a implementação do sistema em bases não-lucrativas porque oferece a ele experiência para atender ao mercado na "base da pirâmide".

3 Alternativas de distribuição

Muitos clientes que compram microsseguro atualmente obtiveram acesso por intermédio de organizações financeiras com as quais tomaram um empréstimo ou têm uma conta poupança. Embora este acordo institucional tenha reduzido significativamente os custos operacionais de fornecimento de seguro, ele apresenta limitações porque os clientes têm acesso ao seguro apenas quando têm um empréstimo ativo ou uma conta poupança.

Em resumo, existe uma variedade de opções que podem ser utilizadas para distribuir produtos de seguro para famílias de baixa renda, incluindo:

- *Varejistas* – por exemplo, os supermercados que cobram prêmios no caixa
- *Sindicatos e cooperativas* – os prêmios podem ser deduzidos das mensalidades
- *TV/vendas diretas* – anunciar produtos diretamente para o consumidor com o apoio de operadores de telefonia
- *Telefones celulares* – utilizar a infra-estrutura do telefone celular para pagar o prêmio
- *Sociedades de funeral e ROSCAs* – utilizar as sociedades informais para vender um produto regulamentado
- *Comerciantes em locais de trabalho* – vender produtos para trabalhadores de baixa renda durante o intervalo de almoço

Embora estes canais possam funcionar em países desenvolvidos, muitos países em desenvolvimento não contam com infra-estrutura suficiente ou níveis de conhecimento do cliente para implementar estes métodos de distribuição. Então, que formas de distribuição alternativas estão sendo utilizadas para vender microsseguro? Além de parcerias com varejistas, que são discutidas em mais detalhes no próximo capítulo, este capítulo considera o papel de agentes de microsseguro e de intermediários de microsseguro independentes.

3.1 Agentes de microsseguro

A Tata-AIG na Índia desenvolveu um sistema de microagentes para vender apólices de seguro temporário e de seguro dotal para o mercado de baixa renda. Neste modelo, a seguradora identifica as ONGs que tenham uma boa relação com a comunidade e desenvolve parcerias com elas. Mediante um honorário de consultoria, as ONGs sugerem pessoas que possam ser bons agentes para vender apólices de microsseguro: os microagentes. Caso estes microagentes recomendados sejam aceitos, será solicitado que eles formem grupos de pares.

O grupo, chamado no modelo da Tata-AIG de *CRIG – Community Rural Insurance Group*, consiste de cinco mulheres de baixa renda que residam nas imediações, sendo a líder do grupo uma agente licenciada. Os membros do CRIG normalmente são mulheres, porque elas têm origem e tendem a trabalhar com grupos de auto-ajuda (SHG), cujos membros geralmente são mulheres. Embora não seja o único mercado alvo, o SHG representa um caminho fácil para alcançar um grande número de segurados, porque os associados já estão acessando serviços financeiros e efetuando pagamentos regulares.

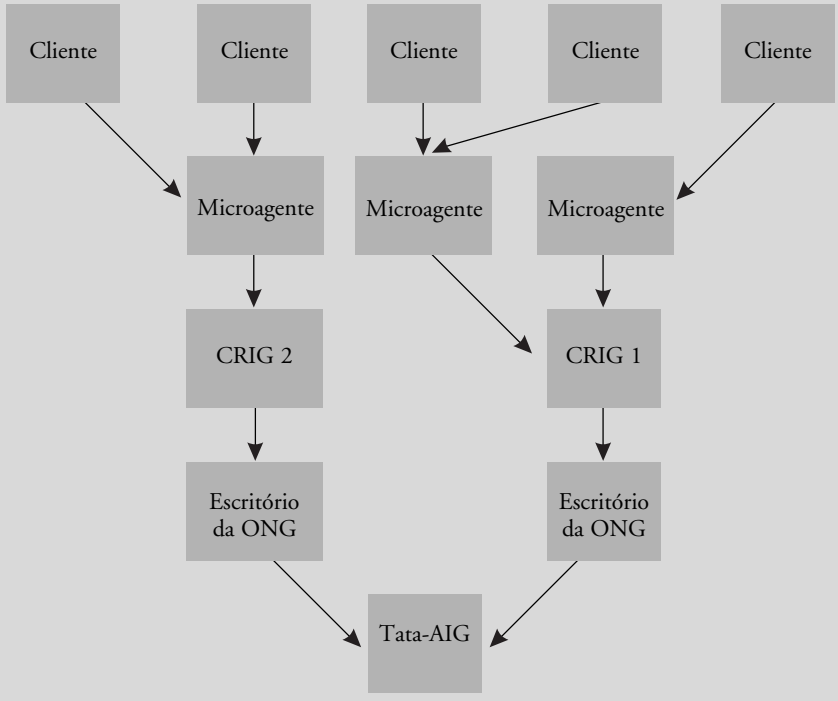
A Tata-AIG ajuda a líder do grupo a obter uma licença de agente, o que exige um investimento em treinamento de pessoal. Posteriormente o CRIG, como uma empresa legal, obtém uma licença para operar como agência sob as diretrizes do regulador de seguro. Todos os membros do grupo vendem apólices por sua própria conta, mas o líder com a licença de agente preenche os formulários e apresenta as apólices na companhia sob orientação da ONG. Por esta tarefa, a ONG recebe um percentual adicional de comissão da Tata-AIG.

Além da abordagem de grupo, em que conseguir cinco mulheres relativamente educadas e com ideias afins para começar uma empresa pode ser difícil, a Tata-AIG utiliza microagentes individuais. Como os CRIGs, os microagentes individuais tendem a ser mulheres (embora também possam ser homens) que estejam envolvidas em um SHG ou sejam trabalhadoras voluntárias de uma ONG. Depois de estarem autorizados, os microagentes são estimulados a conseguir clientes nas proximidades de suas casas, o que pode ser estendido a vilarejos vizinhos.

A vantagem de um CRIG sobre os microagentes individuais é que apenas um em cinco agentes precisa ser licenciado, o que diminui os custos no início. O grupo também pode estruturar as responsabilidades de forma a ajustá-las à experiência das pessoas; por exemplo, algumas pessoas podem ser melhores em vender e outras podem ser melhores em cobrar prêmios. Caso um membro do CRIG adoeça ou viaje, ou opte por parar de trabalhar como um agente, outros membros do CRIG podem perfeitamente substituí-lo. Isto leva a uma administração melhor das apólices que ficaram órfãs. A longo prazo, uma vez inteiramente funcional, o CRIG também pode se associar a outras organizações de comércio, a fim de distribuir produtos e serviços não-concorrentes e aumentar sua receita.

Neste modelo, a ONG realiza uma variedade de tarefas, incluindo cobrar prêmios e enviá-los para a Tata-AIG *(ver Figura 33),* permitindo que os agentes utilizem seus escritórios para realizar os negócios, desempenhando uma função no treinamento de microagentes e ajudando na organização da documentação do sinistro e na distribuição dos benefícios do sinistro O modelo, portanto, apresenta um resultado indireto positivo a mais, ao fornecer um novo fluxo de receita para as ONGs e os microagentes.

Figura 33 **Microagentes, CRIGs e ONGs no processo de cobrança de prêmio**



Este método de distribuição é semelhante ao modelo de comercialização direta de empresas como, por exemplo, Tupperware e Avon, onde as vendedoras trabalham em regime de meio-expediente ou de vez em quando, vendendo para sua família, amigos e vizinhos. Para os agentes, este tipo de trabalho é particularmente adequado como uma fonte de renda complementar. Geralmente, a comissão do CRIG por apólice é de 26 a 30 por cento do prêmio no primeiro ano, e entre 5,5 e 6 por cento no segundo e no terceiro ano. Do quarto ano em diante, as comissões variam entre 4 e 5 por cento.

A Tata-AIG não avaliou qual o percentual da relação do trabalho dos microagentes em seguro e o seu sustento, embora a receita mensal auferida pelos membros do CRIG alcance de Rs. 55 (US$1,20) a Rs. 2.487 (US$55,26), com uma média de Rs. 665 (US$14,78). Estima-se que os microagentes poderiam ganhar, no mínimo, US$15 por mês durante 15 anos, caso vendam 250 apólices em 2 anos, e então trabalhar vendendo as apólices em horário integral durante 15 anos. Os lucros são maiores nos primeiros dois anos porque as comissões são pagas no início. Entretanto, no terceiro ano os microagentes são treinados para aumentar suas receitas concentrando-se nas vendas de produtos que têm prêmios mais altos, de modo que possam ganhar muito mais do que US$15 por mês se forem bem sucedidos com o mercado próspero.

Mesmo que a seguradora não incorra em quaisquer custos fixos (por exemplo, salários e benefícios) para seus agentes, o modelo microagente ainda pode ser uma forma cara de vender seguro. O custo de treinamento e apoio para os agentes é muito alto em relação aos valores de prêmio. Embora os custos operacionais iniciais sejam baixos para os agentes, depois que eles vendem apólices para todas as pessoas que conhecem e precisam passar a vender para estranhos, pode ficar muito mais caro e difícil, especialmente chegar até as pessoas que moram mais distante.

3.2 Intermediários de microsseguro independentes

Diferente dos agentes de microsseguro da Tata-AIG, há uma função crescente para os intermediários de microsseguro que sejam independentes de uma companhia de seguros. Um intermediário independente pode ser uma empresa ou estrutura de parceria individual, trabalhando seja em uma escala local ou global, que colabore com quem está assumindo o risco (provavelmente a companhia de seguros).

Embora os agentes discutidos acima trabalhem em nome de uma única companhia de seguros, um corretor trabalha para várias seguradoras. Para chegar ao mercado de baixa renda, o corretor procura atender a grupos grandes de clientes através de agregadores. Os melhores agregadores de pessoas de baixa renda têm uma estrutura financeira como, por exemplo, MFIs, bancos rurais e uniões de crédito. Entretanto, grupos como cooperativas, associações e até organizações religiosas, também podem ser considerados agregadores. Os benefícios de um intermediário são os seguintes:

1. Desenvolvimento do produto

Os modelos sócio-agente que existem colocam, muitas vezes, o desenho do produto nas mãos de quem está assumindo o risco, o que não é o ideal. Um intermediário que conhece as necessidades dos clientes, as realidades operacionais do agregador e as necessidades da companhia de seguros, deve estar apto a desenhar um produto que seja mais adequado a todas as partes.

2. Custos operacionais

Não é eficaz em termos de custo para um agregador individual desenvolver seu próprio Sistema de Informações Gerenciais para operar com seguros. Um intermediário com uma base de clientes mais ampla se beneficia das economias de escala que justifiquem despesas indiretas. O investimento em sistemas reduz os custos operacionais e aumenta a eficácia operacional no atendimento a uma base de clientes muito maior do que um único agregador pode alcançar.

3. Administração

Um intermediário é a pessoa indicada para tratar da administração relativa ao processamento de sinistros, assim como para avisar à companhia de seguros sobre quem está coberto e o prêmio devido.

4. Outros canais de venda

Os agregadores são, muitas vezes, incapazes de oferecer seguro para pessoas que não estejam utilizando seus serviços de crédito. Um intermediário possui habilidade para não perder de vista os clientes e prestar contas dos prêmios pagos, mesmo que não haja um empréstimo em vigor.

5. Treinamento de funcionários

Um intermediário é a pessoa indicada para oferecer aos funcionários das organizações o treinamento necessário. Isto aumenta o conhecimento financeiro e, em última análise, a satisfação do cliente.

Em novembro de 2005, o *Opportunity International* estabeleceu-se como um intermediário, criando a Agência de Microsseguro. Sua primeira subsidiária foi aberta em Uganda em janeiro de 2006 para trabalhar como intermediário da Microcare Companhia de Seguros. O leque inicial de produtos foi disponibilizado em instituições de microfinanças e se baseava em um pacote de coberturas de seguro prestamista, funeral, invalidez e patrimonial. Planos foram feitos para mais tarde, em 2006, introduzir produtos de saúde, assim como subsidiárias em Gana, África do Sul e Filipinas.

Além de ter como objetivo os clientes de microfinanças, a Agência de Microsseguro planeja vender produtos para grupos de clientes atendidos pelas associações, cooperativas e organizações religiosas. Para reduzir os custos operacionais, o *Opportunity International* desenvolveu seu próprio *software* de Sistema Automatizado de Gestão de Seguros (AIMS).

4 Conclusões

Existem três elementos institucionais básicos para fornecer seguro: a seguradora, o administrador e o distribuidor. Em cada uma destas categorias, várias opções podem ser utilizadas para atender às comunidades de baixa renda. Sem levar em consideração a experiência coletiva atual da indústria, deve ser possível combinar as opções de maneiras novas e inovadoras de fornecer microsseguro. Além disso, sendo flexível com as tarefas das diferentes entidades, deve ser possível reduzir os custos de operação e oferecer produtos melhores.

Claramente, as opções são restritas para a categoria que assume o risco e, na maioria dos casos, utilizando uma companhia de seguros registrada, os resultados provavelmente serão mantidos. As MFIs parecem se deparar com níveis elevados de normas em função do grande interesse do governo no setor. Esta carga normativa torna o auto-seguro mais difícil e não muito inteligente; nenhum banco de microfinanças deseja enfrentar uma discussão em decorrência da violação das normas de seguro locais. A alternativa que resta para os interessados em assumir risco são as sociedades de carteiras segregadas, já que as PCCs são raras fora da África do Sul e do Brasil. Talvez beneméritos e profissionais da indústria devam investigar as razões desta questão e o potencial para desenvolver as sociedades de carteiras segregadas como uma alternativa para aceitação de risco.

Até hoje, a maior parte do microsseguro foi distribuída e administrada pelas MFIs. Embora estas organizações forneçam a escala necessária para tornar o seguro sustentável, há limites para a amplitude e a intensidade dos produtos que podem, de fato, ser fornecidos por intermédio de MFIs. Caso o microsseguro alcance todo o seu potencial, será preciso diversificar a distribuição e a administração para incluir outras organizações que participem de transações financeiras com o mercado de baixa renda. Com certeza, contratos de representação aditados são importantes por fornecerem serviços de melhor nível ao consumidor (como velocidade no pagamento de sinistros), mas outras opções administrativas devem ser exploradas no futuro. Por exemplo, administradores terceirizados demonstraram que podem reduzir drasticamente os custos de operação em todas as linhas de negócios.

Sem dúvida, o principal fator que afeta a distribuição e a administração dos produtos de microsseguro é a pequena margem de lucro. Com prêmios na faixa de poucos dólares, a remuneração recebida por um administrador terceirizado ou um intermediário de seguro, por apólice, é extremamente pequena. Esta é a principal razão para a falta de agentes de microsseguro. Para aumentar de forma significativa a escala de acesso ao seguro pelo mercado de baixa renda, há uma forte razão para que os beneméritos se associem a indústrias pioneiras e encontrem novas formas de distribuição e administração de produtos, o que levará a uma faixa de produtos mais ampla à disposição de um número maior de pessoas de baixa renda.

4.6 Varejistas como canais de distribuição de microsseguro

James Roth e Doubell Chamberlain[1]

Os autores agradecem os comentários e sugestões oferecidos por Vijay Athreye (Tata-AIG), Jeremy Leach (Fideicomisso FinMark) e Marc Nabeth (consultor).

Enquanto muito da discussão sobre microsseguro se concentrou nas MFIs ou cooperativas como distribuidores de microsseguro, algumas seguradoras começaram a explorar novos canais de distribuição para chegar ao mercado de baixa renda. Muitas estão com a atenção voltada para os varejistas, companhias que vendem outros produtos e serviços, que não serviços financeiros para famílias pobres. Eles incluem lojas de comestíveis, artigos domésticos, serviços de transporte, casas funerárias, telefones celulares, correios, postos de gasolina, fornecedores de insumos agrícolas e corretores de imóveis de baixo custo. Em alguns casos, o processo está sendo conduzido por varejistas que querem incluir serviços adicionais a suas linhas de produto; em outros casos, por seguradoras (muitas vezes, por força da legislação ou convencidos pelo governo de forma mais sutil) que estejam buscando formas de chegar ao pobre.

Este capítulo começa considerando os pré-requisitos necessários, no caso da seguradora e do varejista, para este modelo entrar em vigor. São considerados os três tipos de modelo de distribuição de microsseguro/combinação de produtos oferecidos pelos varejistas, baseados, principalmente, em experiências na África do Sul. As experiências sugerem que para alguns produtos em particular, os varejistas podem ser um canal de distribuição eficaz para o mercado de baixa renda, mas os modelos atuais ainda enfrentam desafios para destravar este potencial.

1 Por que varejistas? Quais varejistas?

Há uma variedade de motivos para o interesse na distribuição de produtos de microsseguro pelos varejistas. Os varejistas, muitas vezes, contam com uma rede de distribuição mais ampla do que os prestadores de serviços financeiros. Eles podem alcançar um mercado maior. As pessoas que não estejam interessadas em poupança ou empréstimo podem estar interessadas em comprar comida, fertilizantes ou móveis. Alcançando (potencialmente) um mercado maior, esta rede

[1] Este capítulo se baseia, principalmente, nos resultados de um relatório de consultoria encomendado pelo Fideicomisso FinMark (Chamberlain e outros, 2006). Os exemplos da África do Sul sem citações são extraídos desta fonte. As conversões Rand/Dólar se baseiam na taxa cambial média de dezembro de 2005 (R6,35 = US$1).

pode distribuir produtos a um preço menor (compartilhado) do que o praticado pelos prestadores de serviços financeiros. Muitos varejistas estabeleceram uma presença visível e confiável entre as famílias de baixa renda, gerando uma oportunidade para distribuir outros produtos provavelmente mais complexos como, por exemplo, seguro, em que confiança é fundamental.

Modelos desenvolvidos no mundo inteiro sugerem que a participação de varejistas e companhias de seguros precisa reunir algumas características para que a distribuição varejista seja bem sucedida.

- Os varejistas precisam **operar regularmente com pessoas de baixa renda**, de modo que a cobrança de prêmio possa ser efetuada em consonância com as operações existentes. Esta exigência parte do princípio que seja pouco provável que as pessoas de baixa renda viajem especialmente para pagar o prêmio.
- Eles precisam ter **sistemas financeiros**[2] sofisticados o suficiente para contabilizar os prêmios. Embora os varejistas possam ter sistemas adequados, especialmente cadeias como, por exemplo, supermercados e postos de gasolina, os varejistas informais precisam lutar para contabilizar o prêmio de forma eficiente.
- Como microsseguro é um negócio de prêmio baixo e volume alto, um único varejista precisa ser capaz de acessar **um número suficiente de possíveis clientes**. É necessário volume para atingir as economias de escala a fim de justificar o início e os custos administrativos do segurador. Consequentemente, é vantajoso para as seguradoras colaborarem com uma rede de varejistas, em vez de terem que negociar com lojas individuais. Isto tende a evitar o uso de pequenas lojas informais, a menos que o seguro seja pago adiantado pelo varejista, em um pacote junto com outro produto vendido ou alguma outra forma de seguro pré-pago (conforme descrito na Seção 2 abaixo).
- Em todos os produtos de seguro, é necessário **ter confiança** que os benefícios serão, de fato, pagos. Isto é particularmente importante no microsseguro, uma vez que não é provável que os segurados contestem a seguradora em juízo, e que eles não sejam esclarecidos financeiramente o suficiente para entender os termos da apólice. Em face da contratação de seguro não ser comum em muitos países em desenvolvimento, a população de baixa renda muitas vezes não sabe os nomes das seguradoras. Por exemplo, na África do Sul em 2005, um relatório sobre marcas elaborado por uma companhia de pesquisa de mercado concluiu que as logos de seguro não eram identificadas (pouco mais de 1 em 10 consumidores de baixa renda conseguiram citar o nome de uma companhia de seguros), mas de uma forma extraordinária, identificavam muito bem marcas de varejistas de roupas e móveis. Na Índia existe um cenário semelhante, conforme descrito no Capítulo 3.2, onde os clientes da Tata-AIG conheciam

[2] Na África do Sul muitos varejistas têm um longo histórico como fornecedores de crédito para consumidores de baixa renda, aumentando, portanto, a competência de seus funcionários em serviços financeiros. Isto não é uma condição necessária para varejistas distribuírem microsseguro, mas sem dúvida, ajudou.

plenamente o grupo Tata e confiavam nele, mas não conheciam sequer uma das maiores seguradoras mundiais.

– As seguradoras precisam dispor de **mecanismos para monitorar o desempenho** do varejista, e serem capazes de obrigá-los legalmente a transferirem os prêmios sem cometerem fraude. Embora seja possível introduzir controles para impedir a fraude, eles podem ser muito caros, especialmente comparados aos valores de prêmio.
– É desnecessário falar que o **varejista deve ter incentivos** para desempenhar sua função, mas isto nem sempre é tão fácil, como simplesmente pagar uma comissão. Quando os varejistas vendem produtos junto com seguro para estes produtos, há uma clara convergência de interesses do varejista e da seguradora. Em alguns casos, entretanto, pode haver um conflito de interesses. Clientes muito pobres que pagam um prêmio de seguro, podem comprar menos do que quer que seja que o varejista esteja vendendo.
– Finalmente, conforme mencionado no Capítulo 3.4, em microsseguro é particularmente importante **conceder os benefícios rapidamente**, de uma forma acessível para o segurado. Isto pode exigir autorizar os varejistas a liquidarem os sinistros antes de serem ressarcidos pela seguradora. Entretanto, nem todos os varejistas estarão aptos a fazer isto.

2 Distribuição de microsseguro/combinações de produtos para varejistas

Existem quatro formas básicas para que seja possível vender microsseguro por intermédio de varejistas:

1. Pacote de coberturas atrelado ao produto vendido
2. Pacote de coberturas dissociado do produto vendido
3. Seguro opcional atrelado ao produto vendido
4. Seguro opcional dissociado do produto vendido

O mais comum é vincular o seguro a outro produto. Quando o produto é comprado, o seguro é automaticamente comprado. Em alguns pacotes, existe uma ligação direta entre o produto e o seguro; entretanto, em outros pacotes isto não fica claro. O mesmo se aplica aos produtos de seguro opcional.

2.1 Pacote de coberturas atrelado ao produto vendido

Um exemplo de seguro oferecido junto com o produto vendido pelo varejista é um grupo da África do Sul do ramo de móveis (Ellerine Holdings)[3] com 1.220

[3] Ellerine Holdings é um dos maiores varejistas do ramo de móveis na África do Sul. Embora a apólice da Ellerine seja usada como exemplo, as regras gerais se aplicam a todos os varejistas de móveis que vendem seguro no varejo. Para mais detalhes sobre outros varejistas, ver Chamberlain e outros, 2006.

lojas em todo o país. O foco principal das lojas é o consumidor de baixa renda, e elas vendem produtos domésticos (basicamente móveis e artigos eletrônicos). As apólices de seguro são vendidas junto com os produtos que são vendidos a prazo (um contrato de *leasing* com promessa de compra). Uma apólice normal da Ellerine contém quatro tipos principais de cobertura:

– **Seguro de ativos –** garante a reposição ou o reparo de um objeto comprado, caso ele seja danificado, perdido ou roubado. A critério da seguradora, o segurado também pode receber indenização em dinheiro.
– **Seguro de empréstimo –** garante a quitação total do saldo pendente do empréstimo com o varejista, caso o segurado morra, sofra uma lesão e/ou fique desempregado.
– **Seguro de vida –** garante um valor fixo de US$472 (R3.000) de benefício funeral em caso de morte do segurado (ou seja, não cobre a família do segurado). Qualquer dívida pendente é deduzida do benefício funeral e o restante é pago aos beneficiários. Um benefício adicional de US$1.575 (R10.000) é pago em caso de morte acidental. O valor total é pago aos beneficiários e não são feitas deduções para cobrir dívida pendente.
– **Seguro saúde –** garante tratamento antiretroviral (no período do contrato de crédito), caso o segurado seja exposto acidentalmente ao vírus HIV/AIDS.

Na África do Sul, como em muitos países, o comprador/locatário não é obrigado a contratar o seguro do varejista. Na prática, de qualquer forma, poucos prestamistas estão cientes deste direito.

Os sinistros são apresentados à seguradora e os pagamentos, exceto no seguro vida e saúde, são feitos à loja. A administração da apólice e dos sinistros é feita pela respectiva companhia de seguros (no caso da Ellerine Holdings, a seguradora faz parte do grupo varejista).

Os quatro tipos de cobertura que constam da apólice se sobrepõem de várias maneiras, limitando a responsabilidade da seguradora e, por conseguinte, a cobertura final do segurado. A sobreposição, por exemplo, ocorre caso a morte de um segurado seja não-acidental. Neste cenário, o saldo pendente na conta do segurado será coberto pelo seguro de vida, caso o saldo pendente do empréstimo seja menor do que a importância segurada. Caso a dívida pendente, entretanto, seja maior do que o benefício funeral definido, o que exceder a dívida sobre o benefício funeral definido será coberto pelo seguro de empréstimo. Para que a cobertura tenha validade, o segurado não deve estar em atraso com as prestações mensais.

A administração do varejista mostrou que 95 por cento de todos os consumidores que compram produtos também compram *seu* produto de seguro.[4] No ano financeiro 2004/05, ocorreram apenas 6.400 sinistros provenientes de seus 500.000

[4] Em outras palavras, 5 por cento de consumidores obtêm seguro prestamista de uma fonte diferente.

clientes. Portanto, para cada 100 pessoas que de fato compraram a apólice nas lojas de varejistas, foram registrados apenas 1,28 sinistros. Este coeficiente de sinistro pode ser interpretado como um indicativo de que os consumidores não experimentaram as contingências cobertas pela apólice. Entretanto, no contexto de instabilidade de emprego na África do Sul, taxas de criminalidade altas e de mortalidade devido a HIV/AIDS, isto é improvável. É mais provável que o coeficiente de sinistros baixo indique que poucos consumidores, na verdade, sabem que compraram seguro e, consequentemente, não registraram sinistros.

Vender, *de facto*, apólices compulsórias oferecidas junto com outros produtos representa uma vantagem muito óbvia para os varejistas, visto que eles não precisam efetuar qualquer venda para o segurado. A natureza *tick-of-the-box*[NT1] da operação significa, em muitos casos, que eles não são obrigados a cumprir as normas de licenciamento do agente, da mesma forma que nenhum aviso é dado sobre esta prática. O seguro compulsório reduz seleção adversa (a tendência dos piores riscos serem apresentados para seguro). Na teoria, todos estes benefícios podem ser passados para o cliente na forma de prêmios mais baixos. Na prática, entretanto, vender produtos associados ao seguro muitas vezes resulta em abuso. Na África do Sul, de 34 a 38 por cento de clientes de baixa renda nas lojas de varejo pagam regularmente por objetos comprados em prestações mensais e levam um seguro junto. Entretanto, menos de 8 por cento destas pessoas estão cientes que têm seguro.[5]

Na teoria, os reguladores podem melhorar a situação obrigando as lojas a (i) informar aos consumidores, especificamente, que eles têm um seguro e (ii) avisá-los que eles podem comprar a cobertura necessária em outro lugar. Na prática, isto pode ser difícil de fazer cumprir. Mesmo que os consumidores estivessem cientes de suas opções, faria pouca diferença em seu comportamento, por uma série de motivos. Em primeiro lugar, o custo mais significativo da compra é o próprio objeto (mais custo de juros). Em segundo lugar, realizar transações em áreas rurais pode ser caro e difícil para os clientes; eles podem achar que não vale à pena pesquisar um seguro alternativo. Ou, dada a falta de opções de provedores de seguros para o mercado de baixa renda nestas áreas, simplesmente pode não haver outra alternativa.

Seguro atrelado ao produto vendido, em teoria, garante uma cobertura relativamente barata para alguns dos ativos mais importantes e caros que os clientes de baixa renda compram. Na prática, de qualquer forma, vender produtos desta maneira muitas vezes é abusivo; os clientes tampouco estão cientes de que compraram seguro ou que um seguro muito caro foi vendido para eles.

NT1 *Tick-of-the-box* ou *tick-box*, é um termo informal utilizado para denotar venda de seguro como uma "mercadoria" que se adquire diretamente nas prateleiras de lojas de varejo. A principal característica das vendas *tick-of-the-box* é que a "mercadoria" não é vendida de forma ativa, e nenhum aviso, ou mesmo uma informação verbal, é dado durante o processo de venda.

5 Dado extraído do relatório de 2004 da FinScope.

2.2 Pacote de coberturas dissociado do produto vendido

São poucos os casos de microsseguro oferecido em que o produto de seguro não esteja associado à mercadoria ou ao serviço vendido. Na Índia, a Apólice Sankat Haran vendida pela Iffco-Tokio garante cobertura de morte acidental e invalidez. A cobertura é obtida quando os clientes compram um saco de 50 kg de fertilizante das marcas Iffco e Indian Potash. O recibo do saco de fertilizante é o comprovante de pagamento, e a apólice está impressa no saco do fertilizante. O valor da cobertura é US$90 no caso de uma morte acidental e US$45 para determinados tipos de amputação de membro e invalidez. O segurado é o comprador do saco de fertilizante e uma única pessoa pode ter várias apólices, até um máximo de US$2.260 de cobertura. Reclamar um sinistro na apólice parece uma tarefa um tanto árdua, uma vez que os reclamantes devem apresentar uma série de documentos para a Iffco-Tokio diretamente. Este sistema, entretanto, pode ser o maior sistema de microsseguro comercial no mundo. No final de 2005, o jornal indiano *The Hindu* (Revathy, 2006), noticiou que a Iffco-Tokio cobria 25 milhões de pessoas.

Basicamente, o sistema vende seguro pré-pago, o que significa que o varejista compra o fertilizante, incluindo seu componente de seguro, de um atacadista. O *varejista pré-paga o prêmio de seguro,* de modo que não é necessário a seguradora cobrar prêmios do cliente ou, na verdade, do varejista.

Ao que parece, em um mercado competitivo de fertilizantes, e seguro de morte acidental e amputação de membro, fica difícil imaginar qual o valor oferecido ao consumidor por este tipo de combinação. Qualquer consumidor que quisesse o fertilizante mais o seguro de morte acidental e amputação, poderia comprar separadamente nas quantidades desejadas, sem precisar comprar os dois juntos. Entretanto, o mercado rural indiano não é competitivo e este pode ser o único meio de distribuição de seguro. Também é possível que a inclusão do seguro de morte acidental e amputação de membro forneça um incentivo para comprar uma marca de fertilizante em particular (em muitas, da mesma forma, alguns cartões Visa oferecem cobertura semelhante associada à viagem). Outra explicação para a existência deste sistema são as exigências legais na Índia que determinam que as companhias de seguros devam vender um percentual de suas apólices para clientes socialmente desprovidos, e deduzir um percentual do total de prêmios dos clientes de áreas rurais.

O seguro é compulsório, o que na teoria deve controlar a seleção adversa. Com esta configuração particular, entretanto, este não é necessariamente o caso. Uma pessoa com uma profissão que represente um risco extremo pode comprar um saco de fertilizante, guardar o recibo e a apólice, ensacar novamente o fertilizante e vendê-lo para outro agricultor, embora dado o número de pessoas que compram seguro, é provável que seleção adversa não seja um problema.

Este modelo é apropriado apenas para produtos de microsseguro, com pagamentos únicos de prêmio. Além disso, é improvável que produtos que ofereçam outra coisa que não seja cobertura mínima, possam ser vendidos deste modo. Se oferecessem, isto aumentaria o custo dos produtos e serviços até ponto em que o consumidor, que não queria seguro, ficar desmotivado para comprar tal produto ou serviço.

2.3 Seguro opcional atrelado ao produto vendido

Em muitos países desenvolvidos, quando um bem durável é vendido, é muito comum o vendedor oferecer seguro, geralmente na forma de uma garantia estendida sobre o objeto. Um varejista da África do Sul, o Makro, que vende produtos duradouros, também fornece garantias estendidas. Os prêmios de algumas destas garantias são baixos o suficiente para atrair o mercado de baixa renda. Por exemplo, uma garantia estendida de dois anos custa R299 (US$47) para refrigeradores que custam menos de R6.000 (US$943). Este tipo de garantia pode beneficiar as microempresas. Muitos produtos duráveis comprados dos varejistas são usados nas empresas informais de família. Os refrigeradores na África do Sul, por exemplo, são comumente utilizados nos negócios informais de refeições ou para revender carne comprada de atacadistas. Pode ser muito difícil para consumidores de baixa renda comprar garantias estendidas oferecidas independentemente, e então a opção de poder comprá-la com o produto pode ser interessante.

2.4 Seguro opcional dissociado do produto vendido

A cadeia de supermercados Shoprite na África do Sul tem como alvo, consumidores de baixa renda. Dentro de cada supermercado, há um "Balcão de Mercado Financeiro", onde os consumidores podem realizar uma variedade de transações financeiras. A intenção dos Balcões é aumentar a conveniência de compras, apoiar a fidelidade do consumidor, e fornecer um série de serviços de transações, incluindo pagamento de licenças de televisão e contas de serviços públicos, com aproximadamente 220 terceirizados representados nos Balcões. Durante o ano financeiro de 2004/05, o número de transações realizadas nos "Balcões de Mercado Financeiro" atingiu em torno de 21 milhões por mês.

O supermercado vende seguro funeral nos Balcões em nome da seguradora HTG Vida. A HTG Vida faz parte do Grupo HTG, que também inclui serviços de funeral (Funerária Doves e Saffas). A apólice cobre determinados núcleos familiares (segurado, cônjuge e filhos). Os critérios de elegibilidade e cobertura constam da Tabela 46.

Tabela 46 **Seguro funeral da HTG**

Característica	*Descrição*
Prêmio mensal	Determinado por idade da vida mais velha coberta. 14-55: US$3,93 (R25); Idades 56-58: US$6,61 (R42).
Elegibilidade	Segurado deve ter entre 14 e 68 anos de idade. Não é exigido exame médico.
Benefício	Idades 0-6: US$197 (R1.250); idades 7-13: US$393 (R2.500); idades acima de 14: US$787 (R5.000); Segurado: US$787 (R5.000); Cônjuge do segurado: US$787 (R5.000).

Fonte: Chamberlain e outros, 2006.

A cadeia Shoprite é responsável pelo marketing, venda e cobrança de prêmios da apólice, embora a HTG cuide da administração da apólice e dos sinistros, e dos pagamentos de indenizações. A cadeia ganha comissão em cada apólice vendida. Ainda que o grupo alvo não tenha conta bancária com instrução permanente ou débito automático, os prêmios são pagos em dinheiro nos "Balcões de Mercado Financeiro".

No caso de um sinistro, o pagamento pode ser feito de duas formas. Os beneficiários têm a opção de usar qualquer prestador de serviços de funeral do Grupo HTG ou outros agentes indicados para o funeral. Caso seja escolhida esta opção, o beneficiário estipula um desconto sobre os serviços de funeral. A segunda opção é um adiantamento de sinistro, que é pago pelo escritório principal da HTG Vida, dentro de 48 horas a partir da apresentação da documentação exigida. Caso o consumidor exija o pagamento em dinheiro, o depósito é feito na conta bancária do segurado e/ou dos beneficiários. Caso o segurado ou os beneficiários não tenham conta bancária, o dinheiro é pago por intermédio de uma funerária. Entretanto, como o último método oferece risco de segurança, a HTG Vida tenta evitar esta opção quando possível. Isto levanta questões em relação à utilidade da apólice para clientes de baixa renda que, em sua grande maioria, não têm conta bancária. A vantagem competitiva desfrutada pela cadeia Shoprite e a HTG Vida de poder cobrar prêmios de seguro dos clientes sem uma conta bancária, pode resultar em indenizações mais lentas.

A vantagem de vender (e cobrar prêmios) por intermédio de uma rede de distribuição de varejista ampla é ilimitada, uma vez que os pagamentos de sinistros apenas podem ser feitos em funerárias. Independente de sua distribuição e custo atraentes, este modelo não atingiu volumes significativos de segurados. Nos três anos de sua existência, foram vendidas menos de 6.000 apólices. Um dos problemas chave levantados é que se trata de um modelo de distribuição "passivo", que confia nos consumidores que procuram os Balcões e solicitam o produto. Isto difere dos modelos tradicionais corretor/agente, onde os produtos são vendidos de forma ativa. Também há pouco interesse dos empregados da cadeia Shoprite em vender o produto.

A África do Sul oferece outro exemplo interessante de utilizar varejistas para vender seguro opcional. As lojas de roupas Jet e Edgars (ambas parte do grupo Edcon) fornecem seguro para clientes de baixa renda (embora a Edgars venda, predominantemente, para clientes de renda mais alta) que possuem o cartão de crédito da loja. Existem mais de 280 lojas Jet, e mais de 150 lojas Edgars localizadas na África do Sul *(ver Quadro 83).*

A Edcon e a Hollard Seguros Ltda. criaram um empreendimento conjunto, a Edcon Serviços de Seguros, em junho de 2001. As duas companhias acordaram que o grupo Edcon venderia uma ampla gama de apólices de seguros subscritas pelas companhias de seguros vida e não-vida da Hollard. As apólices de seguros têm a marca da loja (ou seja, não a da seguradora) para explorar o grande conhecimento das marcas do varejista.

Tanto a Edcon como a Hollard Seguros estavam envolvidas ativamente no desenho dos produtos. Todos os produtos eram desenvolvidos para atender às necessidades da média de consumidores da Edcon. As apólices são vendidas no Balcão. O pessoal de vendas fornece o seguro como uma oferta *"tick-box"* e, consequentemente, não é necessário cumprir as normas que regem os agentes. A Edcon Serviços de Seguros é responsável pelo marketing e pelas vendas das apólices, enquanto os varejistas cobram os prêmios, transferindo-os para a Hollard. A companhia de seguros administra a apólice e os sinistros, e cuida do pagamento dos sinistros.

A lógica por trás do modelo cartão da loja, conforme utilizado aqui, é que prêmios mensais podem ser mais facilmente cobrados, caso sejam simplesmente incluídos no saldo da conta da loja. Em outras palavras, o prêmio mensal é pago junto com a prestação mensal total devida (que pode ser paga à vista). Uma desvantagem desta abordagem é que os consumidores que não têm o cartão da loja não podem comprar o seguro. O modelo exclui pessoas que podem, potencialmente, arcar com um prêmio de seguro mensal pequeno, mas que não têm crédito.

O sistema comprovou uma lucratividade alta. Durante o ano financeiro 2004/05, foi verificado um crescimento de 23,4 por cento nas apólices de seguro ativas, aumentando o lucro da Edcon nos produtos relacionados a seguro de US$30,2 milhões para US$41,4 milhões.

Quadro 83 **Os varejistas e as áreas rurais**

Todas as lojas descritas têm filiais em áreas rurais, o que pode ser mais comum na África do Sul do que em outros países. Várias seções da legislação sul-africana de 1923 dividiam a África do Sul em áreas "recomendáveis" (geralmente urbanas) e "não-recomendáveis" (geralmente rurais), e controlava, rigorosamente, o movimento dos negros sul-africanos entre as duas áreas. As autoridades do movimento de segregação e discriminação racial desencorajaram ativamente a permanência de negros em grandes centros urbanos. A existência destas duas leis ajudou a criar "favelas urbanas em áreas rurais". A densidade populacional destas áreas ge-

rou oportunidades para estabelecer varejistas que não poderiam existir em áreas rurais de países em desenvolvimento com populações rurais mais espalhadas. Consequentemente, este modelo de venda de microsseguro pôde ser mais eficaz ao atingir populações rurais sul-africanas, do que populações rurais de outros países.

Uma vantagem de vender produtos opcionais por intermédio de um varejista, ou outra organização com muitos clientes ou associados de baixa renda, é que o canal de distribuição pode usar sua significativa clientela para obter descontos com as seguradoras. Isto se soma a qualquer economia que eles sejam capazes de transferir para os consumidores em consequência dos baixos custos de distribuição. De fato, em alguns países desenvolvidos como, por exemplo, o Reino Unido, as apólices de seguro de vida mais baratas são, muitas vezes, vendidas por supermercados.

Ainda que na condição de não-varejistas, alguns sindicatos tentaram vender seguro opcional. Nos Estados Unidos, o maior sindicato, o AFL-CIO, negociou um conjunto de descontos para uma série de consumidores e produtos financeiros para seus associados *(ver Quadro 84).* Fazemos menção a este caso porque muitos varejistas têm clubes de associação ou sistemas de fidelidade que podem ser utilizados de uma maneira semelhante a que o AFL-CIO utilizou para sua associação vender seguro.

Quadro 84

Sistema de Privilégio para Sindicatos do AFL-CIO

A partir de 1986, o *Union Privilege* utilizou o vasto número de associados do AFL-CIO para negociar descontos sobre uma série de produtos e serviços, incluindo uma variedade de produtos de seguro. O sistema promete garantir a qualidade no fornecimento de seguro por meio de uma seleção criteriosa de companhias de seguros parceiras e de monitoramento regular. Também foi utilizado seu poder de barganha para obter cláusulas adicionais com o objetivo de tornar as apólices mais atraentes para os associados. Por exemplo, para um produto de seguro de vida, os trabalhadores em greves apoiadas pelo sindicado, greves de patrões ou dispensas involuntárias de empregados que duram mais de 30 dias consecutivos, não é necessário pagar prêmios por 3 meses durante a ação industrial. No caso do seguro de morte acidental e amputação de membro, os segurados não precisam pagar os prêmios de seguro de acidente no período de uma greve apoiada pelo sindicato ou de uma greve de patrões, até o máximo de 1 ano. Isto vale muito para seus associados (eles compram seguro a um preço mais barato), fortalece os sindicatos ao oferecer um motivo a mais para os membros se associarem, e garante um novo fluxo de renda para os sindicatos participantes – receita proveniente de comissão.

Fonte: Adaptado de Koven, 2006.

Outra vantagem para os segurados é que o distribuidor arca com o risco significativo da reputação. O canal de distribuição é o retrato da apólice. Caso os segurados estejam insatisfeitos com a política, podem encerrar sua relação com o varejista ou com o sindicato.

Uma preocupação com os produtos de seguro opcionais vendidos por distribuidores não-especializados é que o consumidor muitas vezes está comprando um produto importante, com consequências que mudarão sua vida. As apólices vendidas pelas lojas de varejo muitas vezes são vendidas por intermédio de um *"tick-of-the-box"*. Os termos e condições podem ser apresentados ao consumidor por um funcionário da loja ou, simplesmente, podem ficar encobertos por um amontoado de outras informações. Esta abordagem pode ser barata, mas também pode não ser boa. Na teoria, os termos e condições estão na apólice, mas para o microsseguro isto não é uma forma apropriada de educar o consumidor, nem este método de transação facilita o questionamento feito por um cliente sobre os termos da apólice.

3 Conclusões

É prematuro tirar conclusões seguras destes poucos exemplos de varejistas como distribuidores de microsseguro. O que se segue são alguns pensamentos iniciais, muitos dos quais precisarão ser testados através de maior pesquisa.

Líderes e seguidores

A força impulsora atrás do desenvolvimento da distribuição do microsseguro varejista nestes exemplos parece ser uma iniciativa também dos varejistas que esperam ampliar suas ofertas e aumentar a fidelidade de seus clientes (como no caso da cadeia de supermercados Shoprite), e/ou de seguradoras que precisam cumprir as exigências legais (como nos casos da Índia e da África do Sul). Nestes poucos exemplos, os varejistas e os reguladores são líderes, e as seguradoras vêm a seguir.

As vantagens dos varejistas como agentes de distribuição de microsseguro

- A confiança na marca do varejista é um dos principais atrativos do canal de distribuição, reduzindo o esforço de vendas e, por conseguinte, o preço de venda. Entretanto, os varejistas também precisam considerar o risco da marca que eles enfrentariam, caso a seguradora não atendesse às expectativas dos clientes.
- Uma vantagem chave deste mecanismo de distribuição é permitir a cobrança de prêmio à vista e o pagamento de sinistros em locais mais convenientes do que os escritórios da companhia de seguros e de seus agentes. Em países em desenvolvimento, isto garantirá que o modelo, simplesmente, não canibalize o mercado de seguros existente (como pode ser o caso da distribuição por varejista nos países desenvolvidos com mercados de seguros saturados), mas de fato

abram o mercado para pessoas que, de outra forma, não teriam acesso ao seguro. Entretanto, nem todos os varejistas têm explorado esta oportunidade (por exemplo, os procedimentos de pagamento de sinistros da cadeia Shoprite).
– Uma vantagem óbvia da distribuição por varejista é o acesso centralizado à base de clientes do varejista, o que, de outra forma, seria muito difícil das seguradoras conseguirem. Em muitos casos, os varejistas controlam o acesso à base de clientes, o que significa que a seguradora não teria acesso sem continuar a relação com o varejista (por exemplo, os correntistas de varejo). Isto coloca os varejistas em uma posição forte para negociar com as seguradoras.

Problemas chave do seguro opcional vendido por intermédio dos varejistas
Fica claro que os varejistas podem reduzir os custos de distribuição do seguro para o mercado de baixa renda. Ainda existem alguns exemplos de seguro opcional vendido por intermédio dos varejistas. O problema parece ser que os varejistas não são necessariamente bons em vender seguros. As equipes precisam ser treinadas e motivadas para vender seguro opcional. Esta experiência se espelha em muitas instituições de microfinanças. Como demonstra o exemplo da cadeia Shoprite, não está claro quão bem sucedida esta abordagem passiva pode ser para um produto que seja "vendido não comprado", de forma excepcional.

Produtos oferecidos junto com outros produtos vendidos: Problemas de abuso
– Embora os produtos de seguro oferecidos junto com outros produtos simplifiquem a cobrança de prêmio e garanta um perfil de risco melhor, não fica claro se os consumidores necessariamente se beneficiam. Custos mais baixos nem sempre são refletidos no prêmio.
– Devido às taxas de alfabetização baixas associadas com o público alvo, o risco de vender incorretamente um produto para clientes, que podem nem saber que compraram mais de um produto, é significativo.
– Mesmo que a relação não seja abusiva, a combinação, definitivamente, reduz o interesse da seguradora em garantir que seu produto atenda às necessidades do consumidor.

Produtos atrelados a outros produtos vendidos: Problema de proteção contínua
O seguro oferecido junto com outros produtos vendidos apresenta os mesmos problemas dos produtos de seguro de algumas MFIs que são associados a empréstimos, onde a necessidade de cobertura de seguro ultrapassa o prazo de quitação do empréstimo.

Produtos atrelados a outros produtos vendidos: Os limites de oferecer seguro dissociado de um produto vendido
Os produtos de seguro combinados que estão dissociados do bem ou serviço vendido parecem ser um meio de comercializar o bem ou serviço principal, e tendem

a ser muito básicos em sua cobertura e seus benefícios. Qualquer produto de seguro que ofereça valor significativo, provavelmente, custa mais e empurra o custo do bem ou serviço principal para um ponto onde ele não seja mais atrativo.

Seguro "tick-the-box": Os prós e contras

Existe um *trade-off* inerente entre simplicidade do produto e custos mais baixos de um lado, e informação e educação do outro. Embora os varejistas possam reduzir os custos de distribuição usando produtos simples que não sejam vendidos por intermédio de um método *"tick-the-box",* é frequente os clientes de baixa renda precisarem de mais informação e educação financeira. Entretanto, estes serviços aumentam os custos das apólices e reduzem a viabilidade financeira dos clientes. É preciso uma divulgação de informações sobre o produto, mínima e adequada, a fim de garantir que os clientes estejam cientes das características e condições dos produtos que compraram. Isto não é apenas no interesse comercial do vendedor (aumentar a manutenção e criação de clientes a longo prazo), mas também evita que o produto não seja vendido e o risco concomitante mais caro, o de intervenção legal.

Portanto, qual é então o modelo varejista de distribuição possível no microsseguro? A discussão anterior alcança conclusões conflitantes sobre o potencial e a realidade de distribuição do microsseguro por intermédio dos varejistas. A distribuição por varejistas apresenta oportunidades para superar algumas das barreiras chave para distribuição do microsseguro, o que poderia beneficiar ambos, provedores e clientes de seguradoras.

Entretanto, fica claro que o método de distribuição ainda é um fenômeno relativamente novo, que ainda não foi testado no mercado de baixa renda. Em particular, a prova da capacidade de vender seguro opcional por intermédio de varejistas é menos do que positiva e há deficiências nos modelos atuais que precisam ser identificadas para garantir sucesso. Fatalmente, os varejistas precisam encontrar formas de repor a função de tomador de mercado dos intermediários de seguro tradicionais, sem minar suas vantagens de distribuição de baixo custo. Sem isto, é improvável que os modelos opcionais venham a atingir alguma proporção nos mercados que não estejam familiarizados com os benefícios do seguro.

O seguro atrelado a outros produtos vendidos, por outro lado, alcançou muito sucesso com os varejistas e as seguradoras. Nos exemplos analisados, entretanto, pouco benefício foi transferido para os clientes que, provavelmente, estão pagando muito e, muitas vezes, não estão cientes de sua cobertura. Se a divulgação melhorar, este modelo pode fornecer uma valiosa proteção para os clientes que, de outra forma, teriam acesso ao seguro. É preciso mudanças sérias para garantir preço para o cliente, e o seguro não ser usado, meramente, para auferir lucros grandes. Esta nova oportunidade surge com grande potencial para impor o consumo, e exigirá monitoramento e regulamentação ativos por parte de grupos de consumidores e autoridades.

4.7 Microsseguro: Oportunidades e armadilhas para as instituições de microfinanças

Craig Churchill e James Roth[1]

Os autores agradecem as importantes sugestões e os comentários oferecidos por Javier Fernandez Cueto (Compartamos), Lemmy Manje (OIT), Michael McCord (Centro de Microsseguro) e Constantin Tsereli (Fundação Constanta).

Conforme discutido no Capítulo 4.2 e em alguns outros capítulos, as instituições de microfinanças representam um importante canal de distribuição para levar o seguro até o pobre. Entretanto, também é importante olhar em volta e observar esta questão sob a ótica dessas MFIs.

Para começar, uma MFI deve oferecer seguro? Quando as instituições de microfinanças estão interessadas em seguro, sua motivação principal é, muitas vezes, reduzir seu risco de crédito quando os prestamistas ou membros de sua família morrem, adoecem ou enfrentam outras perdas. Se o seguro pode ajudar a proteger as famílias nestas circunstâncias, indiretamente também irá salvaguardar a carteira das MFIs.

Outra motivação importante por trás do interesse em seguro é melhorar o bem-estar de seus clientes. Normalmente, as MFIs têm dupla missão, amenizar a pobreza ou promover o desenvolvimento econômico, enquanto também geram lucro (ou cobrem seus custos). A missão social de melhorar o bem-estar das famílias carentes pode ser aprimorada por meio da proteção garantida pelo seguro.

Também há explicações legitimamente comerciais sobre os motivos pelos quais as MFIs podem estar interessadas em fornecer seguro, tais como:

- **Aumento da retenção de capital:** Muitas MFIs imaginam que precisam oferecer uma variedade de produtos para aumentar a retenção de capital, de modo que, mesmo que os clientes não queiram um empréstimo, eles ainda possam considerar a abertura de uma conta poupança, um serviço de transferência eletrônica de dinheiro de um banco para outro, ou ... a proteção de um seguro.
- **Lucratividade do produto:** Uma lista variada de produtos oferece oportunidades de venda cruzada e dilui os custos de aquisição de um cliente em vários produtos, aumentando a lucratividade do produto.

[1] Os exemplos da Compartamos (México) e Constanta (Geórgia) foram fornecidos pelos leitores, e não extraídos de estudos de caso.

– **Diversificação dos fluxos de receita:** O microsseguro gera uma fonte adicional de receita proveniente do lucro, caso o sistema seja fornecido internamente (e bem administrado), ou proveniente de comissões, se feito em parceria com uma seguradora. A última situação interessa particularmente às MFIs, que recebem com prazer as oportunidades de ganhos sem assumir riscos.
– **Ampliação para novos mercados:** Em comunidades de baixa renda heterogêneas, pode haver pessoas que não estejam interessadas em crédito ou poupança, mas se entusiasmem com seguro, embora na verdade, poucas MFIs têm tirado vantagem deste benefício, uma vez que seria preciso um canal de venda exclusivo para seguros, o que muitas MFIs têm evitado até então.

Sem dúvida, também há desvantagens em oferecer seguro. É diferente de poupança ou crédito, requer uma experiência diferente. Mesmo no caso de oferta de produtos de seguro em parceria com uma seguradora, pode ser demorado e difícil. Uma quantidade de organizações, como a Bancos Pró Crédito na Europa Oriental, não tem interesse em oferecer seguro, direta ou indiretamente, por isso não se desviam de seus serviços essenciais. Além disso, as famílias de baixa renda possuem recursos limitados. Caso uma MFI ofereça seguro, alguns clientes podem ter que escolher entre quitar um empréstimo ou efetuar um depósito e pagar um prêmio de seguro.

Se uma MFI acredita que há muitos prós e contras, e decide que quer diversificar suas atividades no admirável mundo novo do seguro, há duas questões chave que ela precisa considerar ao oferecer microsseguro:

1. Por intermédio de qual acordo institucional ela deve oferecer seguro?
2. Quais os tipos de cobertura que ela deve oferecer?

1 Acordos institucionais

Caso uma MFI queira oferecer seguro para seus clientes, há quatro maneiras de fazê-lo: a) em parceria com uma companhia de seguros, b) criando sua própria corretora de seguros, c) pelo auto-seguro ou d) criando sua própria companhia de seguros.

1.1 Modelo sócio-agente

Sob que circunstâncias uma opção é melhor do que outras? O Capítulo 4.2 descreve em detalhes as vantagens e desvantagens de colaborar com uma companhia de seguros, e as estratégias para melhorar a parceria. Certamente, não havendo parceria ou disposição para oferecer seguro por intermédio da MFI, ela então poderia continuar sozinha. Entretanto, a possibilidade de não se conseguir encontrar um parceiro de seguro interessado está se tornando cada vez menos provável, já que mais seguradoras estão buscando oportunidades para ingressar em novos

mercados. As MFIs também ficaram mais convincentes, munidas de argumentos e experiências para convencer as seguradoras que se trata, de fato, de uma oportunidade de mercado valiosa para elas.

Em geral, se uma MFI não consegue atrair uma seguradora para uma parceria, é porque provavelmente não está transmitindo de forma eficaz o que tem a oferecer. A maioria das seguradoras é atraída pela possibilidade de acessar muitos clientes novos por intermédio de uma rede de distribuição barata.[2] As MFIs devem reconhecer que seguradoras e banqueiros podem ter atitudes muito diferentes em relação à grande quantidade de pessoas de baixa renda. Para os banqueiros, cujo dinheiro está em risco a partir do momento em que o empréstimo é concedido, o pobre é um mercado de risco. A tendência das seguradoras, entretanto, é se interessarem pelas formas de atingir um mercado amplo, eficaz em termos de custo. Volumes falam por si.

Para fazer o modelo sócio-agente funcionar de maneira eficaz no caso das MFIs, as recomendações a seguir surgem de experiências de MFIs de todo o mundo:

- **Diga a eles o que você quer:** Para obter bons produtos e bom atendimento das seguradoras a um preço decente, as MFIs precisam saber o que querem e precisam se colocar no lugar do gestor nas negociações. Quanto maiores, mais exigentes elas podem ser. Várias MFIs, incluindo a Compartamos (México) e algumas afiliadas do Opportunity International, desenvolveram as especificações de seus produtos e enviaram pedidos para as seguradoras fazerem uma oferta sobre seu produto proposto.
- **Conheça o seu negócio:** As MFIs precisam falar com autoridade, usando uma linguagem que as seguradoras entendam, respaldadas em dados convincentes. A vantagem de uma MFI é que ela, muitas vezes, pode gerar dados atuariais úteis a partir de sua própria experiência de trabalho com clientes aos quais a seguradora jamais teria acesso. Por exemplo, antes de começar a negociar com as seguradoras, a FINCA Uganda pesquisou e documentou o seu histórico de experiência de mortalidade.
- **Não tenha medo de trocar de parceiros**: As MFIs não precisam ficar ligadas a um parceiro de seguro para sempre. Caso a MFI não esteja satisfeita com o desempenho da seguradora, ela pode buscar um novo sócio, embora isto não deva ser levado aos extremos – a ASA, uma MFI indiana, mudava de parceiros de seguro com tamanha frequência, que causou uma certa confusão entre clientes e funcionários.
- **Escolha uma seguradora confiável**: Muitas vezes, é melhor trabalhar com uma companhia de seguros renomada, pois ela ajuda a gerar confiança e segurança no seguro. Sem confiança, os clientes hoje não se mostrarão dispostos a pagar os prêmios, contra a promessa de um possível benefício no futuro.

[2] Para saber mais sobre negociação com companhias de seguros, ver Churchill e outros, 2003.

- **Envolva a seguradora:** A alternativa de mudar de parceiros é forçar os antigos parceiros a melhorarem. A Shepherd (Índia) concluiu que era interessante atrair seguradoras para o setor, a fim de permitir a elas conhecerem melhor o mercado alvo e começarem a identificar a diferença entre seguro e microsseguro. Isto pode ser reforçado por meio de uma reunião anual com a seguradora.
- **Peça treinamento:** Um desafio importante para apresentar o seguro é por meio de treinamento dos empregados das MFIs, particularmente os funcionários da linha de frente, responsáveis por vendas e prestação de serviço. Várias MFIs convenceram seus parceiros de seguro para treinarem seus empregados em seguros em geral, e nos produtos em particular.
- **Administre os sinistros:** Um sistema de processamento de sinistros eficiente é um dos pontos mais importantes da negociação. Conforme descrito no Capítulo 4.5, quando os valores do benefício são muito pequenos, as MFIs devem insistir que elas paguem os sinistros (pelo menos do seguro de vida), e então sejam reembolsadas pela seguradora, com base na documentação correta apresentada por seus clientes.
- **Crie um comitê de análise:** À medida que o processamento de sinistros tende a ser uma das questões que gera mais controvérsias, a Shepherd criou um comitê de análise, com representantes da MFI, da seguradora e dos clientes, que se reúne trimestralmente (ou mais vezes se necessário), a fim de melhorar os processos de sinistros.
- **Elimine exclusões:** Lutar para convencer as seguradoras a retirarem o maior número possível de exclusões, mesmo no caso da MFI precisar pagar um preço alto, porque isto simplifica o produto e facilita a explicação aos consumidores. Também reduz as recusas de sinistros que podem causar problemas significativos de relações públicas para a MFI.
- **Mantenha e analise dados:** A MFI deve manter boas informações sobre o desempenho do seguro, possibilitando a elas desenvolverem experiência ao longo do tempo e impulsionarem os parceiros de seguro para melhores negócios. Um Sistema de Informações Gerenciais adequado e "aprovado com base em princípios atuariais" é crucial *(ver Capítulo 3.5).*
- **Determine os custos:** As MFIs precisam realizar uma análise de custos, a fim de determinar quanto elas precisam ganhar de comissão (ou por meio de um aumento de prêmio), para cobrir suas despesas administrativas.
- **Seja o dono dos clientes:** Algumas companhias de seguros com profissionais empreendedores podem estar interessadas em roubar os clientes no futuro. A MFI deve sempre "ser a dona do cliente". Isto será possível, se a MFI for a instituição que sempre acompanhará o cliente.
- **Divida os lucros:** Em vez de receber uma comissão, a MFI Pulse de Zâmbia negociou um acordo de participação nos lucros com a Madison Seguros *(ver Capítulo 3.6)*, que corresponde mais ao espírito do microsseguro, caso a MFI esteja disposta a assumir uma fatia do risco.

1.2 Corretora de seguros ou agência

A criação de uma corretora de seguros que pertença à MFI é basicamente uma versão mais sofisticada do modelo sócio-agente. Esta abordagem, muitas vezes utilizada pelas redes de uniões de crédito *(ver Capítulo 4.1)*, facilita o acesso ao seguro formal pelas MFIs e sócios afins. Assim como no modelo sócio-agente, este acordo tem a vantagem de terceirizar o risco com seguradoras formais.

A vantagem do acordo de corretagem sobre o modelo sócio-agente básico, é que uma organização afiliada a uma MFI (ou a um grupo de MFIs) desenvolve experiência de seguro para negociar os melhores riscos em nome das MFIs e seus sócios. A corretora não está presa a nenhuma companhia de seguros, de modo que ela pode explorar várias opções em nome de seus dois principais consumidores, as MFIs e seus clientes. Além disso, não há limites para a corretora utilizar as MFIs como canais de distribuição. Uma vez conhecendo as necessidades do mercado de baixa renda, ela pode explorar outras estratégias para levar o seguro até as famílias pobres e o comércio. Conforme mencionado no Capítulo 4.5, o *Opportunity International* lançou uma iniciativa recentemente (a Agência de Microsseguro). A corretora de seguros também pode ser vista como um primeiro passo em direção à criação de uma companhia de seguros (descrito em mais detalhes abaixo), embora isto não necessariamente tenha que ser o objetivo.

1.3 Caminhando sozinha

Uma terceira opção para as MFIs é o auto-seguro, em outras palavras, elas próprias assumem o risco. Existem razões convincentes pelas quais algumas instituições de microfinanças queiram o auto-seguro, assim como alguns argumentos igualmente fortes contra isto.

Algumas MFIs não querem trabalhar em parceria com uma seguradora por razões ideológicas. As instituições de microfinanças com missões sociais sérias podem não acreditar que empresas com fins lucrativos devam prestar serviços financeiros para o pobre. As MFIs com estes compromissos ideológicos não ficarão convencidas com os argumentos de que as companhias de seguros com fins lucrativos talvez possam fornecer seguro mais barato e melhor para seus clientes.[3]

Dentre as razões não-ideológicas para o auto-seguro está a crença que as MFIs (ou seus clientes) terão que efetuar um pagamento extra para as despesas gerais indiretas da seguradora. Para a maioria dos produtos básicos, como o seguro de vida-prestamista, esta lógica pode ser válida. Entretanto, o seguro de prestamista básico beneficia bastante o credor, visto que significa que as MFIs não precisam solicitar

[3] Em alguns casos, as preferências ideológicas podem representar um importante papel na escolha do parceiro. Por exemplo, a Shepherd escolheu parceiros de seguro públicos, porque mediante exigência de um dever nacional, ela tinha que trabalhar com a seguradora estatal.

as quitações de empréstimo dos sobreviventes do falecido.[4] Caso a MFI realmente queira reduzir a vulnerabilidade de seus clientes, serão necessários produtos mais complicados – produtos que uma MFI, provavelmente, não pode oferecer sozinha.

Tanto a TYM (Vietnã) como o CARD (Filipinas) passaram por experiências negativas tentando aumentar o preço para o cliente por conta própria. Eles forneciam seguro prestamista na base de auto-seguro, e geravam um lucro relevante. Consequentemente, acharam que seria uma boa ideia oferecer benefícios adicionais, incluindo outros membros da família ou cobrindo riscos adicionais. Eles incluíram estes benefícios, entretanto, sem avaliar o impacto que poderiam causar sobre os sinistros. Consequentemente, o plano de pensão do CARD quase levou a companhia à falência, e o benefício de hospitalização da TYM ameaça fazer o mesmo, embora o benefício seja extremamente modesto.

Outra preocupação que cerca o auto-seguro é o âmbito de cobertura que uma MFI garantirá no caso de sinistros catastróficos. Este problema não pode ser enfatizado o suficiente. A razão principal para que as MFIs não devam praticar o auto-seguro – além de não terem a experiência para precificar e desenvolver produtos corretamente – é porque elas terão dificuldade de atender às reclamações, caso muitos clientes sejam afetados por um risco em uma mesma ocasião. Visto que não são seguradoras formais, elas não têm acesso ao resseguro, que é como as seguradoras cobrem seus riscos covariantes. As resseguradoras, basicamente, criam um *pool* de riscos maior do que uma seguradora pode alcançar sozinha, pulverizando riscos além dos limites nacionais, mas apenas seguradoras licenciadas podem acessar o resseguro *(ver Capítulo 5.4).*

A VimoSEWA (Índia) aprendeu esta lição de uma maneira árdua. Após vários anos de experiências negativas com parceiros de seguro, ela começou a oferecer seguro saúde doméstico em 1996, e o seguro de bens em 1998. Inicialmente a parte financeira e os benefícios de prestação do serviço das operações de auto seguro da VimoSEWA eram positivos – os sinistros eram pagos com mais agilidade e não eram recusados, e a VimoSEWA começou a constituir alguma reserva. Entretanto, quando em janeiro de 2001 Gujarat foi assolada por um terremoto, foram necessários mais de Rs. 3,4 milhões (US$75.000) para ressarcir os sinistros, causando uma grave tensão financeira. Antes do terremoto, os pagamentos anuais para proteção de bens eram abaixo de Rs. 30.000 (US$662). Esta experiência ajudou a VimoSEWA a valorizar a necessidade de resseguro, e levou a organização a retomar a abordagem sócio-agente.

[4] Existem algumas discussões sobre a utilidade do seguro prestamista. Algumas MFIs acham que ele é um meio desnecessariamente complicado de negociar prejuízos de empréstimos devido à morte, e preferem apenas cancelar o empréstimo e, consequentemente, seu fornecimento. Este acordo deve ser válido para prejuízos com empréstimos que sejam previsíveis devido à morte, mas isto não seria apropriado, no caso de uma MFI experimentar um desastre natural ou outros riscos covariantes. A abordagem de prestação de serviço também não é relevante para pequenas MFIs que não possam arcar com os cancelamentos de empréstimos, ou para as MFIs que concedam empréstimos altos, gerando uma concentração de risco, ou se as taxas de mortalidade são voláteis ou sofram alterações, como em uma área com alta incidência de HIV/AIDS.

Embora desastres naturais, como enchentes e terremotos, em geral sejam utilizados como exemplos para manter as MFIs longe do auto-seguro, foi algo mais rotineiro – um acidente de caminhão em que vários prestamistas morreram – que convenceu a ASA a encontrar um parceiro de seguro. Caso as MFIs comecem a oferecer empréstimos mais altos, elas podem achar que a morte de alguns poucos prestamistas pode consumir, seriamente, o capital do auto-seguro. As MIFs menores também estão vulneráveis no caso de praticarem o auto-seguro, pois elas têm um *pool* de riscos pequeno (embora também estejam em uma posição mais fraca para começar a contar com uma parceria adequada com uma seguradora).

A questão principal é que uma MFI que pratica o auto-seguro deve pensar cuidadosamente sobre como controlará os riscos covariantes. Ela poderia excluir estes riscos a fim de limitar sua exposição, o que faz a Spandana, embora isto leve os clientes ao abandono quando eles mais precisam de ajuda. Além do mais, excluir cobertura não ajuda a MFI a administrar seu risco de crédito em uma situação de desastre. Por outro lado, uma MFI que pratica o auto-seguro pode resolver este problema comprando cobertura de catástrofe com uma companhia de seguros, de modo que a MFI cubra riscos exclusivos domésticos, enquanto transfere os riscos covariantes para uma seguradora.

Um outro argumento contra caminhar sozinha, é que em muitos países é ilegal oferecer seguro sem uma licença. Os reguladores geralmente não se preocupam com sistemas de microsseguro pequenos. Algumas organizações conseguem disfarçar seus sistemas chamando o serviço de um benefício para o associado, e não de seguro. Os reguladores de seguro podem estar dispostos a procurar outro caminho, ou muitos nem mesmo imaginam que o sistema exista. Entretanto, uma vez alcançando uma escala significativa, é certo que ele chamará atenção. Além disso, provavelmente, não será permitido constar obrigações de seguro nos balancetes das MFIs regulamentadas, de modo que para elas (ou para as MFIs em que planejam se transformar), o auto-seguro pode não ser uma opção. As organizações doadoras também estão ficando cada vez mais cautelosas quanto a dar apoio a organizações que estejam burlando as normas de seguro.

Algumas MFIs, como a TYM, optam pelo auto-seguro porque querem reter o capital como fonte para empréstimos. A situação no Vietnã é singular, porque o ambiente normativo impedia as MFIs de acessarem operações financeiras no atacado, exceto de organizações doadoras que de certa forma se tornaram menos sovinas. Consequentemente, a TYM (e outras MFIs do Vietnã) teve que ser criativa para cumprir as exigências de capital. O capital de seguro da TYM era uma fonte de capital de empréstimos, independente do fato de não ser prudente combinar seguro e riscos de crédito.

Outra razão pela qual as MFIs podem querer o auto-seguro é que elas não querem dividir os lucros do seguro com outra organização. Da mesma forma, se caminhar sozinha significa ter despesas gerais mais baixas, a cobertura poderia ser mais barata para os clientes. Consequentemente, algumas MFIs sustentam que podem garantir um preço ao consumidor maior sem envolver uma seguradora.

Conforme demonstrado na Tabela 47, utilizando o coeficiente de sinistros (o percentual dos prêmios devolvidos ao segurado na forma de sinistros) como um indicador do preço ao consumidor, as evidências sugerem que o auto-seguro garante um número maior, embora considerando um número pequeno de exemplos de experiências.

Tabela 47 **O auto-seguro melhora o rendimento por cliente?**

Auto-seguro		***Sócio-agente***	
MFI	*Coeficiente de sinistros*	*Seguradora*	*Coeficiente de sinistros*
TYM	53	AIG Uganda	37
Spandana	85	Madison	10

Sistemas domésticos devem ser mais eficientes. Muito dinheiro é economizado em administração e marketing, porque o produto tende a ser simples e, em geral, há um produto para todos. Além disso, os sistemas domésticos não obedecem a um rigor técnico ou normas de seguro, ambos caros. Também não precisam pagar por despesas gerais e margem de lucro de uma companhia de seguros.

Além de preço, outro aspecto do custo para o consumidor é o padrão de serviço dos pagamentos de sinistros. Para as MFIs que tentaram trabalhar com seguradoras e desistiram, problemas com sinistros – incluindo atrasos e recusas – provavelmente são a razão número um para a separação. Caso a MFI pratique o auto-seguro, ela pode pagar sinistros rapidamente e exigir documentos menos onerosos dos beneficiários. Por exemplo, quando a Spandana estava cooperando com a LIC, os sinistros muitas vezes levavam de dois a três meses, ou até mais, para serem pagos. A MFI mudou o sistema interno, e agora 73 por cento dos sinistros são liquidados em sete dias.

As opiniões dos especialistas sobre auto-seguro são variadas. Leftley (2005) acha que não há boas razões para as MFIs aceitarem riscos, enquanto houver capacidade de subscrição no país. Outros especialistas têm a cabeça mais aberta sobre a questão, aceitando que o auto-seguro deve mesmo ser melhor para o modelo sócio-agente, caso determinadas condições sejam atendidas: 1) que a MFI seja grande o bastante para fazer *pool* de riscos (no mínimo 10.000 sócios), e estes riscos sejam razoavelmente homogêneos, 2) que o produto seja simples, 3) que a MFI obtenha cobertura de catástrofe de uma companhia de seguros, 4) que a MFI faça uso de assistência técnica adequada para ajudar no desenho do produto, na precificação, na gestão dos dados e realização do monitoramento e 5) que os reguladores estejam de acordo.

Finalmente, há casos em que uma MFI escolhe seguir sozinha, independente de um mercado de seguros ativo, porque ela não pode obrigar as companhias de seguros a garantirem a cobertura que os clientes necessitam, a um preço financeiramente acessível. Caminhar sozinha sob estas condições precisa ser uma atitude tomada com extrema cautela. Caso o mercado esteja disposto a fornecer um serviço a um preço particular, muitas vezes há uma boa razão: isto pode não ser viável.

1.4 Criar uma companhia de seguros

A quarta opção é para que uma MFI ou uma associação de MFIs criem sua própria companhia de seguros. Por muitos anos, em muitos países, as uniões de crédito e cooperativas tiveram suas necessidades de seguro atendidas por intermédio de seguradoras pertencentes à associação e aos seus associados. Conforme discutido no Capítulo 4.1, a atitude mais típica tem sido as uniões de crédito constituírem uma corretora, o que facilita o acesso ao seguro para as uniões de crédito e sócios afins. Ao longo do tempo, a corretora adquire experiência suficiente em subscrição, liquidação de sinistros e gestão de dados, acumulando capital o bastante para constituir uma união de crédito pertencente à companhia de seguros.

Em algumas jurisdições, pode ser adequado para outros tipos de MFIs ou associações de MFI criarem sua própria companhia de seguros. De fato, o CARD havia feito isto, criado uma associação mútua de benefício que "pertencia" aos associados, mas era estruturada para atender às necessidades de seguro da MFI. Algumas vantagens de criar uma companhia de seguros, e não adotar o autoseguro são:

- separar os riscos de crédito e seguro em diferentes organizações,
- assegurar que a experiência seja empregada na gestão do seguro,
- poder colaborar com vários canais de distribuição para estender o seguro ao pobre e, portanto, alcançar muitas pessoas,
- dar à microsseguradora acesso ao resseguro.

Comparada ao modelo sócio-agente, uma companhia de seguros pertencente a uma MFI permite à MFI uma influência maior sobre o desenho do produto e os padrões de serviço. Além do mais, possibilita que parte dos lucros seja redistribuída com os segurados. Entretanto, a gestão da companhia de seguros deve ser mantida com isenção de interesses por parte da MFI, de modo a não colocar em risco a validade de suas decisões sobre seguro. Em particular, uma atenção especial deve ser dada à estratégia de investimentos, uma vez que não é prudente misturar riscos de crédito e de seguro ao investir uma proporção muito grande de prêmios na carteira de empréstimos da MFI.

A transformação de um sistema de seguro informal em uma companhia de seguros não acontece sem desafios. Em algumas jurisdições, podem ocorrer exigências iniciais e de registro que não justifiquem o esforço. Por anos, a SEWA teve a intenção de criar uma companhia de seguros. Entretanto, não conseguiu levantar o capital mínimo exigido, e os reguladores de seguro indianos não estavam interessados em abrir uma exceção para microsseguro.

2 O tipo de seguro

Um dos fatores chave na decisão sobre qual o tipo de seguro que uma MFI deve oferecer é sua motivação para fazê-lo. Em geral, as motivações de uma MFI se

dividem em duas categorias: 1) organizações que querem oferecer seguro, principalmente, para reduzir seus riscos de crédito, com a possibilidade de recuperar os empréstimos caso os prestamistas morram ou estejam muito doentes para quitá-los e 2) MFIs que estejam motivadas, principalmente, para ajudar seus clientes a administrarem os riscos e enfrentarem as crises e problemas econômicos *(ver no Quadro 85 um exemplo da segunda categoria).* Sem dúvida, muitas organizações podem estar motivadas por ambos os objetivos, mas é provável que sua motivação principal influenciará a escolha dos serviços de seguro e os meios de oferecê-lo.

Quadro 85 **Reduzir a vulnerabilidade do pobre: O caso da Shepherd, Índia**

A Shepherd deixa muito claro que sua motivação para oferecer seguro é reduzir a vulnerabilidade do pobre. Ao fazê-lo, ela elaborou uma estratégia ampla para prevenção de risco e gerenciamento de risco, que associa o seguro a uma série de medidas, incluindo:

– **Garantia de comida:** Os membros do grupo são solicitados a armazenar uma quantidade de arroz todas as vezes que se reúnem; quando há uma quantidade significativa de arroz acumulada, os próprios membros do grupo podem retirar o arroz caso precisem, ou ele pode ser doado para pessoas mais necessitadas da comunidade.
– **Garantia de renda por intermédio do seguro de vida:** O negócio principal da Shepherd é fornecer poupança e empréstimo por meio de grupos de auto-ajuda (SHGs), em que normalmente são utilizados empréstimos para ajudar nas atividades que geram renda. Para proteger a família da morte de um chefe de família, os membros do grupo (e cônjuges) podem escolher entre diferentes planos de seguro de vida que a Shepherd oferece em nome das companhias de seguros.
– **Garantia de renda com pecuária:** Para os membros de SHG que contraem empréstimos para compra de gados e outros animais, a Shepherd promove uma estratégia tripla: prevenção, promoção e proteção. A *prevenção* é abordada por meio de acampamentos regulares para cuidado do gado que a Shepherd organiza, de modo que um veterinário possa identificar e tratar o principal bem das famílias. No caso da *promoção*, a Shepherd treinou veterinários para ensinar os membros de SHGs a cuidarem corretamente de seus animais e darem tratamento contínuo, se necessário. Para *proteção*, a Shepherd oferece seguro de animais em nome de uma companhia de seguros que cobre morte natural e acidental.
– **Garantia de saúde:** Em 2003, a Shepherd introduziu a UniMicro Seguros Saúde em parceria com a UIIC para cobrir tratamentos de pacientes internados *(ver Tabela 18 no Capítulo 3.1).* Para complementar o produto de seguro, a Shepherd organiza acampamentos médicos regulares para realizar *check-ups*. A Shepherd também oferece empréstimos de emergência que são utilizados,

principalmente em nascimentos, por meio de seu Fundo Sugam *(ver Quadro 23 no Capítulo 2.4).*

– **Garantia de bens:** Uma cláusula de um produto UniMicro da UIIC inclui seguro de choupana que paga um benefício de US$100 se a moradia do segurado pegar fogo.

Fonte: Adaptado de Roth e outros, 2005.

Em geral, é mais fácil para as MFIs situadas na primeira categoria atingirem seus objetivos do que aquelas que estejam situadas na segunda categoria. Devido a sua relativa simplicidade, é mais provável que o seguro associado ao crédito, básico, esteja mais disponível para a MFI e seja financeiramente mais acessível para o cliente, e é mais provável que a MFI possa oferecê-lo por conta própria, apesar de ser muito difícil para uma MFI oferecer a cobertura compreensiva por conta própria – para proteger os pobres de muitos riscos com os quais eles realmente se preocupam – e essa cobertura não poder ser disponibilizada por meio de outras fontes.

Caso as MFIs estejam motivadas para oferecer seguro, principalmente, porque queiram ajudar seus clientes no gerenciamento dos riscos, e caso elas já não estejam oferecendo poupança, então isto deve ser sua primeira prioridade (quando a lei permite que elas aceitem depósitos). Conforme descrito no Capítulo 1.2, o pobre está vulnerável a uma série de riscos e problemas econômicos, muitos dos quais representam despesas pequenas, porém, inoportunas, para as quais o seguro não é uma solução adequada. Seguro cobre perdas maiores e é muito específico; por exemplo, uma apólice de seguro de vida não pode ajudar pessoas cujos objetos de valor sejam roubados, ou o seguro saúde não pode ajudar pessoas a reconstruírem uma casa destruída. Poupança (e empréstimos de emergência) são mais flexíveis e responsivos do que seguro em caso de riscos. A principal dificuldade com poupança como um mecanismo para lidar com risco, é que o capital, frequentemente, é insuficiente para cobrir a perda e sua utilização As MFIs com um propósito de desenvolvimento mais amplo também devem considerar ajudar seus clientes a prevenirem e amenizarem seus riscos, como a Shepherd, que oferece seminários de saúde e acampamentos para cuidados com os animais. Embora uma MFI deva adotar estratégias de prevenção para cumprir sua missão social, estas medidas podem ter a vantagem adicional de reduzir sinistros, tendo um impacto positivo e eficaz em termos de custo sobre a experiência de sinistros *(ver Capítulo 3.9).*

Parece haver um *trade-off* entre alcançar muitas pessoas com um produto simples e alcançar menos pessoas com um seguro mais complexo, variado e opcional. Em geral, faz sentido para as MFIs começarem com uma apólice simples de seguro de vida para aprender sobre seguro. Produtos simples funcionam melhor porque são mais fáceis de administrar e mais fáceis dos clientes compreenderem. Uma vez as MFIs sabendo como administrar os riscos de seguro (seja por conta

própria ou em parceria com uma seguradora), elas podem progredir e fornecer cobertura que melhor atenda às necessidades dos clientes. Da mesma forma, uma vez o mercado compreendendo melhor o significado do seguro, e começando a desenvolver uma cultura de seguro, os clientes estarão mais dispostos a pagar por benefícios mais amplos.

Ao escolherem os produtos de seguro, é importante que as MFIs reconheçam que elas não podem cobrir todos os riscos e os clientes não têm condições financeiras de comprar muitos produtos de seguro. De fato, isto pode ser um motivo para evitar muitas coberturas de seguro ao mesmo tempo, visto que as MFIs não querem que os clientes paguem prêmios de seguro à custa de quitações de empréstimo ou de depósitos de poupança. Caso a MIF decida seguir em frente com seguro, o desafio seja calcular as soluções mais eficazes em termos de custo para os problemas principais de seus clientes.

2.1 Junto ou separado?

Para oferecer seguro eficaz em termos de custo para o pobre, uma das principais estratégias é combiná-lo com outro serviço financeiro, ou seja, com poupança ou empréstimos, de modo que os custos de operação possam ser minimizados. Visto que o crédito é o risco principal da maioria das MFIs, as condições de seguro e empréstimo podem coincidir, de modo que os clientes possam renovar seu empréstimo e seu seguro na mesma ocasião. Associando a cobertura ao empréstimo, a MFI também pode tornar o pagamento do prêmio mais fácil se somá-lo ao valor do empréstimo. Entretanto, conforme discutido no Capítulo 2.3, nem todo mundo quer um empréstimo, e mesmo as pessoas que querem empréstimos não querem a toda hora, de modo que seguro associado a crédito resulta em cobertura incompleta.

Consequentemente, uma associação entre poupança e seguro não apenas garante cobertura mais contínua do que a associação de seguro a crédito, mas também pode reduzir significativamente os custos de operação. No caso de produtos de acumulação em vida, por exemplo, não há custos de operação para os clientes, à medida que eles não precisam pagar um prêmio (aceitando uma taxa de juros mais baixa na poupança). No caso de outros produtos de seguro associados à poupança, os prêmios também podem ser pagos automaticamente deduzindo o valor da poupança, embora exista um risco de falha na divulgação, e de que os depositantes não fiquem cientes de que o dinheiro está sendo deduzido *(ver Capítulo 3.3).*

Partindo da perspectiva de uma MFI, os produtos de seguro que fazem mais sentido estão juntos ou associados aos principais serviços de crédito e, possivelmente, de poupança da organização. Não apenas os produtos integrados aumentam a eficiência, como também fortalecem os produtos principais da MFI. O seguro de riscos patrimoniais, por exemplo, faz mais sentido quando associado aos bens comprados com um empréstimo da MFI, como uma casa, equipamentos para empresa, ou animais.

Ainda, pode haver justificativa para considerar o seguro em separado. Embora os exemplos principais dos estudos de caso de seguro separado oferecidos por intermédio das MFIs sejam as uniões de crédito, outros tipos de MFIs podem enxergar isto como um possível setor em crescimento. Um dos maiores desafios seria a estrutura de funcionários, visto que a venda de seguro em separado exigiria maior experiência dos funcionários de campo *(ver Capítulo 3.7).*

O argumento mais forte a favor de oferecer produtos de seguro separados é manter os segurados que querem parar de contrair empréstimos. As MFIs que oferecem seguro associado a empréstimo devem considerar seriamente uma apólice que seja prorrogada a fim de permitir que os clientes mantenham a cobertura de seguro entre os empréstimos. Desde que a MFI tenha um método de cobrança de prêmio que seja independente de um empréstimo, este é um produto de risco bastante baixo, porque não requer uma triagem adicional.

Uma segunda razão para oferecer seguro separado é ampliar o mercado da MFI, alcançando pessoas que não podem se beneficiar de poupança e empréstimos. Caso a MFI adote esta abordagem e venda microsseguro para seus associados, a organização (ou seus parceiros de seguro) está vulnerável aos riscos de seleção adversa. Para controlar este risco, o seguro deve ser oferecido apenas para pessoas que se uniram em grupo com objetivos de ter acesso a seguro, ou de aumentar os benefícios gradualmente ao longo do tempo *(ver Capítulo 3.1).*

2.2 Questões relativas a seguro de curto e longo prazo

O seguro de curto prazo é mais fácil para as MFIs oferecerem do que a cobertura de longo prazo. É mais fácil prever se um evento segurado ocorrerá no próximo ano do que nos próximos cinco ou dez anos. Caso uma seguradora cometa erros ao precificar o seguro, ela arcará com as consequências deste erro apenas por um período curto, podendo corrigi-lo logo em seguida. Recomenda-se que as instituições de microsseguro não se envolvam em seguro de longo prazo por conta própria.

Além do mais, muitas MFIs não estão em condições de oferecer seguro de longo prazo em parceria com uma companhia de seguros, porque seus sistemas de venda normalmente giram em torno de empréstimos de curto prazo. Na Índia, a Tata-AIG (uma seguradora) e a Fundação Bridge (uma MFI) se associaram para vender um produto de seguro de vida de longo prazo que exigia que os prêmios fossem cobrados durante muitos anos. O piloto provou não ter sucesso porque o prazo do empréstimo e o prazo do seguro não coincidiam. Quando os clientes decidiam parar de contrair empréstimo, a MFI não tinha um mecanismo para eles continuarem a pagar seus prêmios, resultando em muitas desistências de apólices.

Uma MFI que utiliza uma conta poupança como um mecanismo de venda pode, teoricamente, oferecer seguro de longo prazo. Instituições de microcrédito também podem experimentar seguro de longo prazo oferecido em nome de uma companhia de seguros para competir com os próprios produtos de poupança da MFI.

2.3 Seguro saúde

Seguro saúde é um produto difícil para as MFIs oferecerem, mas existem alguns exemplos – incluindo o BRAC e a Grameen em Bangladesh, a SEWA e a Shepherd na Índia, a AssEF em Benim, as MIFs que colaboram com a Microcare em Uganda, e a TYM no Vietnã – que oferecem soluções e lições para outras MFIs. A ligação entre os principais serviços de MFI e seguro saúde não é particularmente forte e, portanto, muitas MFIs tendem a evitar este produto de seguro caro e complexo.

Dois argumentos convincentes podem motivar as MFIs a serem um divisor de águas no seguro saúde. Primeiro, as MFIs com uma agenda social pesada podem ser vistas como muito mais do que apenas uma instituição de microcrédito, o que é certamente o caso das MFIs que fornecem seguro saúde em Bangladesh e na Índia.

O segundo argumento é que as despesas de saúde, para os prestamistas e membros da família, podem afetar adversamente a carteira de empréstimos de uma MFI. Esta era uma motivação por trás da relação inicial da FINCA Uganda com a Microcare. A AssEF tinha uma motivação semelhante. Sua pesquisa de mercado determinou que, sem proteção contra o risco financeiro associado à doença, os associados da AssEF muitas vezes utilizavam seus empréstimos gerados pela renda para pagar as despesas de saúde, e então enfrentavam dificuldades para quitar o empréstimo. Suas outras opções para cobrir os custos de saúde – sacar de suas contas poupança, contrair empréstimos com agiotas ou vendedores de equipamentos produtivos – tudo tinha um efeito negativo sobre a microempresa e, consequentemente, sobre a carteira de empréstimos da MFI. A AssEF procurou enfrentar a causa principal deste problema fornecendo seguro saúde.

Com base nas experiências das MFIs que oferecem seguro saúde, existem três modelos possíveis.

1. Modelo seguro saúde

Tanto o Programa de Microsseguro Saúde do BRAC quanto da Grameen Kalyan se baseiam em suas próprias clínicas de saúde, que prestam a maioria dos serviços de saúde. No caso do BRAC, as clínicas e o sistema de seguro são administrados separadamente; em ambos os casos, as clínicas e o sistema de seguro saúde são independentes das operações de microcrédito da companhia-mãe. A única ligação é que os participantes de microcrédito obtêm um desconto no prêmio e os funcionários de microfinanceiras estão envolvidos informalmente no marketing.

2. Modelo sócio-agente

A VimoSEWA, a Shepherd e a Fundação Constanta (Geórgia) fornecem seguro saúde em nome de uma companhia de seguros. Consequentemente, as MFIs são responsáveis, principalmente, pelas vendas e educação do cliente, mas (exceto a

VimoSEWA) não estão envolvidas no desenho do produto, na gestão de dados ou nos pagamentos de sinistros, nem estão envolvidas na prestação do serviço de saúde.

3. Auto-seguro

Tanto a AssEF como a TYM fornecem seguro por conta própria, incluindo desenho do produto e aceitação do risco. No caso da TYM, ela oferece um benefício de hospitalização de VND 200.000 (US$13) pago apenas uma vez na vida, de modo que além de simples, tem custo limitado. A AssEF, entretanto, fornece cobertura bastante compreensiva, incluindo 70 por cento da maioria das despesas de saúde, apesar destas despesas serem realizadas por prestadores de serviços de saúde contratados. O departamento de seguros da MFI paga os sinistros diretamente às clínicas e aos hospitais.

As MFIs interessadas em oferecer seguro saúde seriam sábias em manter o sistema com isenção de interesses em relação as suas atividades de microcrédito. Diferente do seguro de vida, onde é vantajoso para a MFI administrar os sinistros, com seguro saúde a MFI deve evitar a carga administrativa do processamento de sinistros. Além disso, conforme discutido no Capítulo 2.l, é difícil para o microsseguro saúde ser auto-sustentável. Consequentemente, as MFIs precisam garantir que nenhum sinistro afete adversamente suas operações de microcrédito.

Ironicamente, a AssEF vivenciou o problema oposto: o sistema de microsseguro estava sofrendo por causa do desempenho ruim da carteira de empréstimos. Visto que o microsseguro estava integrado com um serviço opcional adicional para associados de microcrédito, o seguro inicialmente conquistou a confiança dos associados. Entretanto, devido ao aumento da competição entre os pequenos credores, a MFI vivenciou altas taxas de inadimplência e desistência. Estas dificuldades acarretaram a perda de motivação dos funcionários e uma preocupação quanto a criar uma distância entre cobrança de prêmio e pagamento de empréstimo.

2.4 Seguro para as MFIs?

Além de considerar quais os produtos de seguro a oferecer para seus clientes, as instituições de microcrédito também precisam considerar suas próprias necessidades de seguro. De maneira interessante, o envolvimento da AIG no microsseguro em Uganda começou durante as negociações de cobertura comercial para a FINCA. As MFIs que trabalham em parceria com uma companhia de seguros devem apresentar todas as suas necessidades de seguro – as da MFI e de seus clientes – nas discussões para fechar um negócio melhor. Além disso, caso os funcionários estejam cobertos por algumas das apólices também vendidas para os clientes das MFIs, isto ajuda a garantir que os funcionários compreendam a apó-

lice. Caso não gostem do produto, há grande possibilidade dos clientes das MFIs também não gostarem.

Em geral, as MFIs devem avaliar se precisam dos seguintes tipos de cobertura empresarial:

- **Seguro de vida e saúde para empregados:** As MFIs devem se preocupar em proteger seus bens mais valiosos, seus empregados. Investimentos modestos em cobertura de vida e saúde para empregados e suas famílias podem conseguir um retorno significativo, como manter os funcionários na empresa, alta produtividade e poucos dias de trabalho perdidos por doença.
- **Seguro fidelidade:** Este seguro garante um pagamento ou ressarcimento de danos financeiros resultantes de desonestidade, não-cumprimento ou outros atos. Um tipo de garantia é o seguro de fidelidade que protege a MFI de sinistros incorridos devido a atos fraudulentos perpetrados por determinados tipos de funcionários.
- **Guarda e manuseio de dinheiro:** Qualquer MFI que guarde ou transporte dinheiro está vulnerável a roubo. À medida que a quantidade de dinheiro depositada nos cofres ou transportada para os bancos aumenta, as MFIs devem complementar suas políticas de controle interno e de segurança com cobertura de seguro.
- **Perda ou dano patrimonial:** Muitas instituições de microcrédito têm muito dinheiro investido em seus bancos e na infra-estrutura de seu escritório principal, e estes escritórios muitas vezes estão localizados em comunidades de alto risco. Certamente, proteção contra incêndio, vandalismo e outras perdas patrimoniais valem à pena ser consideradas.
- **Seguro de depósito:** Em muitos países, o seguro de depósito é um serviço público prestado pelo banco central, ou associado a ele, para captação de depósitos regulares feitos por instituições. Entretanto, este acordo pode ser delegado para uma companhia de seguros que tenha melhores informações sobre a saúde de determinadas instituições financeiras do que o banco central. Por exemplo, na Polônia, a TUW SKOK fornece seguro de depósito sobre todas as contas poupança nas uniões de crédito até €20.000 (US$25.000).

3 Conclusões

Não há motivos pelos quais uma MFI tenha que oferecer seguro. De fato, muitas MFIs devem se concentrar em melhorar a eficiência de suas atividades de empréstimo e introduzir facilidade para poupança antes de se preocuparem com seguro.

Caso uma MFI decida oferecer seguro, precisa reconhecer que não pode assumir todos os riscos de toda e qualquer pessoa; ela precisa determinar a forma mais eficaz em termos de custo para ajudar os clientes a solucionarem seus problemas principais, sem prejudicar o negócio principal da organização. Também deve con-

siderar se ela dispõe de habilidades suficientes para fornecer seguro, seja por conta própria ou com uma companhia de seguros. Treinamento em seguro para gestores de microfinanças fortalecerá sua capacidade para negociar produtos adequados em nome de seus clientes.

As instituições microfinanceiras que estejam dispostas a oferecer seguro para se protegerem, protegerem seus clientes, ou ambos, devem explorar o potencial de parcerias com companhias de seguros. Quando estas parcerias são possíveis, devem se ajustar aos produtos e sistemas a fim de acomodar as características e preferências do mercado de baixa renda. Quando o ambiente normativo permite, as MFIs ou associações de MFIs também podem considerar a criação de empresas de corretagem, ou mesmo suas próprias companhias de seguros, embora isto necessite ser administrado com isenção de interesses para assegurar que as apólices de crédito não influenciarão as apólices de seguro, e vice-versa.

Ao determinar quais os produtos a oferecer e por quais canais, uma importante consideração a ser feita é como uma MFI pode criar melhor uma cultura de seguro em seu mercado alvo. Por exemplo, o que a MFI pode fazer em termos de desenho de produto, padrões de serviço e educação do cliente, a fim de criar condições em que as famílias de baixa renda valorizem o seguro e estejam dispostas a pagar por benefícios adicionais?

Permanece um vácuo entre os riscos com os quais o pobre realmente se preocupa – como por exemplo, assistência à saúde e proteção contra desastres naturais a um preço acessível – e produtos de seguro que as MFIs possam, de fato, oferecer, mesmo que seja em parceria com uma seguradora. As instituições microfinanceiras precisam ser realistas sobre o que podem e o que não podem fornecer, e a que custo. De fato, alguns tipos de seguro para o pobre, como por exemplo, o seguro saúde, podem precisar ser subsidiados, o que pode não fazer sentido para uma MFI com um modelo de negócios comercial.

5 O papel das outras partes interessadas (*stakeholders*)

5.1 O papel das organizações doadoras

Alexia Latortue

O autor agradece as idéias e sugestões fornecidas por Frank Bakx (Fundação Rabobank), Jeremy Leach (FinMark Trust), Jeanette Thomas (CGAP) e Ellis Wohlner (consultor do SIDA). O autor é particularmente grato a Aude de Montesquiou (CGAP) pelo seu excelente apoio às pesquisas e constantes feedbacks.

Pessoas pobres dos países em desenvolvimento gozam de proteção limitada contra os inúmeros riscos de vida. Perdedores na "loteria da geografia", eles vivem em países com grande economia informal e instituições fracas. Os Governos endividados e com sistemas ineficientes são muitas vezes incapazes de prover a proteção social adequada. Os setores privado e formal desses países são geralmente pequenos e fechados para a maioria dos cidadãos. As companhias de seguros não são exceções e, muitas vezes, não se sensibilizam diante da oportunidade de mercado na parte de baixo da pirâmide. A exclusão da proteção social e de seguro formal é, portanto, a norma.

Neste contexto, qual é o papel da ajuda internacional ao desenvolvimento? Esta é a questão central abordada neste capítulo. Com base na eficácia da iniciativa de ajuda do Grupo de Consultores para Assistência aos Mais Pobres (CGAP), este capítulo busca compreender o sistema de organizações doadoras e analisar a forma como eles podem dificultar ou promover a aplicação de boas práticas. O capítulo inspira-se também a partir do Anteprojeto de orientações ao doador para suporte ao microsseguro (*Preliminary donor guidelines for supporting microinsurance*) para sugerir estratégias específicas que os doadores podem utilizar para apoiar a expansão dos serviços de microsseguros.[1]

O microsseguro está crescendo em popularidade entre as organizações doadoras, talvez por se destinar às principais vulnerabilidades das classes mais pobres. Os objetivos do microsseguro – ajudar as pessoas de baixa renda a gerir seus riscos e interromper o ciclo vicioso de pobreza e ~~da~~ vulnerabilidade – atendem a muitas prioridades dos doadores. Os dois lados da moeda descritos no capítulo 1.1 são altamente relevantes para os doadores. Quer seja a partir do ponto de vista da proteção social ou no contexto da abordagem dos setores privado/financeiro (ou uma combinação de ambos), os doadores estão interessados nas contribuições do seguro para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Entretanto, o entusiasmo dos doadores é motivo tanto de cautela quanto de otimismo.

[1] Este documento foi preparado pelo CGAP – Grupo de Trabalho sobre Microsseguro (2003).

As organizações doadoras[2] estão bem preparadas para abordar as falhas de mercado tanto do setor público e como do privado. A utilização inteligente dos subsídios pode servir como um catalisador para despertar o interesse dos agentes privados em um novo e desconhecido segmento de mercado, proporcionando os investimentos mais que necessários em infra-estrutura social, tais como centros locais de saúde, fortalecimento da capacidade dos agentes locais e mudanças políticas para eliminar as barreiras de acesso.

1 **Uma análise estrutural**

O microsseguro é multifacetado e exige trabalho em todos os níveis de mercado (*Figura 34*). Começando com os clientes, um ponto chave é (1) a capacidade dos provedores varejistas em oferecer serviços de seguros adequados para pessoas de baixa renda (nível "micro"), (2) a infra-estrutura de suporte e o apoio de segunda linha aos provedores do nível "micro" para reduzir custos, melhorar a informação de mercado e a transparência e atingir escala (nível "médio") e (3) a política ambiental (nível "macro").

Figura 34 **Estrutura analítica para o apoio de doadores ao microsseguro**

[2] Para efeitos do presente capítulo, as organizações doadoras incluem agências bi- e multi-laterais, bancos regionais de desenvolvimento, fundações e os investidores socialmente responsáveis. Grande parte da discussão será também aplicável a outras organizações que subsidiam microsseguros ou concebem e geram programas de microsseguros em nome dos doadores, como as organizações internacionais não-governamentais (ONGs), consultores e redes internacionais.

Obter uma compreensão completa do mercado em todos os três níveis é a primeira etapa importante para toda organização doadora que deseja intervir no mercado de microsseguros. O contexto do país é importante, assim como o estado de desenvolvimento do mercado. Para permitir que o microsseguro cresça, é essencial compreender as necessidades dos clientes e promover a instrução do seguro. Uma gama de provedores de seguro (companhias de seguros, cooperativas, mútuas, etc.) e os mecanismos de distribuição são necessários para atingir as pessoas sem acesso onde vivem e trabalham. Para que estes provedores varejistas sejam fortes e transparentes, é necessário acesso a um rol de serviços de resseguro e treinamento para as câmaras de liquidação e informação. Finalmente, a política e o ambiente regulatório como um todo são importantes para a proteção dos consumidores, a redução das barreiras de entrada e a promoção da competição.

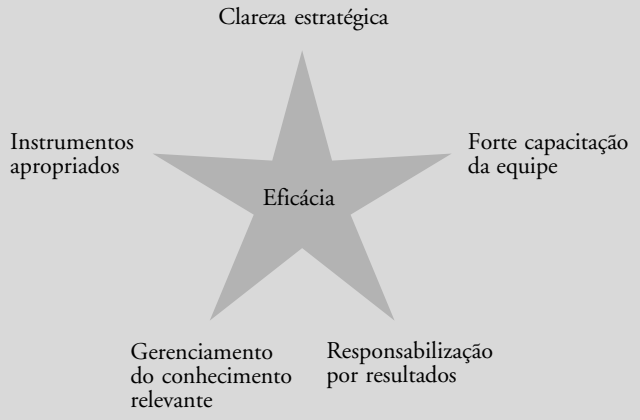
2 Características necessárias de uma Organização Doadora para um apoio eficaz ao microsseguro

Sem o conhecimento e os recursos adequados, os doadores zelosos podem projetar programas ineficazes que nunca alcancem uma escala significativa e desperdiçar recursos. Pior, programas de microsseguros fracassados podem gerar desconfiança entre os clientes que normalmente são cuidadosos em suas operações com seguros e entre os provedores de seguros mais cépticos com este novo segmento de mercado. Intervenções bem conduzidas pelos doadores, entretanto, podem criar um novo foco, o "*know-how*", as inovações e alavancar a demonstração dos efeitos em expandir o acesso da população pobre aos serviços de seguro.

Muito foi aprendido sobre o que leva os doadores a gerenciar programas efetivos apesar do trabalho do CGAP na eficácia da ajuda.[3] Descrita como a Estrela da Eficácia da Ajuda (figura 35), seus cinco elementos principais fornecem uma estrutura útil para discutir os pré-requisitos necessários aos doadores para o sucesso da oferta de serviços de seguros para os pobres. Enquanto todos os elementos da estrela são importantes, nem todos os doadores podem ser igualmente fortes em todos os cinco elementos. De preferência, os doadores devem usar os cinco elementos para avaliar seus sistemas internos e para identificar áreas de melhoria. Eles podem se servir desta análise para determinar 1) se devem intervir integralmente na atividade de microsseguros e 2) como intervir usando sua vantagem comparativa.

[3] Por exemplo, ver Cook et al., 2005.

Figura 35 **A Estrela da Eficácia da Ajuda**



2.1 Clareza estratégica

O doador possui claramente a visão e a compreensão do que o microsseguro é, como ele contribui para os objetivos gerais de desenvolvimento da agência e que é necessário para a agência dar a sustentação eficaz ao microsseguro?

O interesse dos doadores no microsseguro poderia advir de vários pontos, incluindo a proteção social, a saúde, a agricultura, a gestão de riscos ou serviços financeiros. Assim não é de se surpreender que os programas de microsseguros podem se originar de diversos departamentos dentro da mesma agência de doadores. Na OIT, por exemplo, o Programa Financeiro Social possui foco no setor financeiro, enquanto o programa STEP considera a perspectiva da proteção social. Poucas agências de desenvolvimento possuem departamentos ou unidades dedicadas especialmente ao seguro.

Oportunidades para compartilhar a informação e causar impacto real podem ser perdidas devido à dispersão da presença do microsseguro nas agências de doadores. Suas equipes frequentemente atuam em grupos fechados. Colaboradores que trabalham na mesma causa, embora através de diferentes perspectivas, podem não se comunicar ou nem mesmo conhecer as atividades de cada um.

Há poucos projetos autônomos de microsseguro nos portfólios das agências de doadores, mas o seguro é incluído geralmente como um componente de projetos maiores. Como tal, o microsseguro pode não ter a atenção especializada que exige. Raramente uma parte da organização possui esta função específica ou o controle de qualidade.

A clareza estratégica também afeta como os doadores interagem com os *stakeholders* chaves da região – o governo, o setor privado e a sociedade civil. Uma forte inclinação para um aspecto específico (por exemplo, proteção social versus setor privado) irá influenciar com quem os doadores negociam e no conteúdo dessa negociação. Diferentes questões políticas também surgirão. Sob o aspecto da proteção social, uma questão central para os doadores pode ser "quanto a promoção do microsseguro pode servir para o afastamento dos governos como provedor de segurança social?" Já no setor privado, os doadores podem questionar "o quão apropriado é transferir seus subsídios às companhias do setor privado?"

Os doadores não veem o assunto com imparcialidade. A clareza estratégica influencia como os objetivos são definidos, a especialização necessária e o tipo de monitoramento a ser implantado. As decisões que parecem ser de natureza operacional podem na verdade ter implicações estratégicas significativas. Por exemplo, optar por apólices em grupo ao invés de individual, geralmente, resulta em um seguro de maior inclusão e de melhor custo efetivo. Qualquer que seja o ponto de entrada, os clientes devem estar no centro de todas as decisões. Em particular, os doadores devem considerar as necessidades dos clientes ao traçar estratégias de gerenciamento de risco amplas – o seguro pode não ser sempre a melhor resposta. Outros serviços tais como poupanças podem ser totalmente eficazes para auxiliar clientes no controle de riscos.

2.2 Forte capacitação da equipe de funcionários

Existe pessoal suficiente na agência do doador com especialização em seguro proporcional ao tamanho da carteira de seguro? Mesmo quando o doador confia na especialização terceirizada, um nível mínimo de "conhecimento em seguro" é necessário internamente.

A participação neste campo exige uma compreensão básica de princípios e práticas de seguros. Adicionalmente, dependendo do tipo e do nível de intervenção, os doadores podem requerer competência técnica específica, tal como a gerenciamento e contabilidade de seguros, ciências atuariais, subscrição e regulação de sinistros ou o conhecimento da legislação de seguro.

Entretanto, a especialização em seguros é escassa na maioria das agências de doadores, sendo a falta de conhecimento em microsseguros ainda mais latente. Este problema é combinado ainda por uma tendência generalizada para que a equipe da agência seja composta por generalistas. A falta da especialização da equipe de funcionários tem consequências sérias para a qualidade dos programas. Enquanto não for realístico esperar das agências a perícia em microsseguros, o pessoal de gerência de projetos que incluam seguros deve ter um nível mínimo de "instrução em seguros" para terceirizar serviços com propriedade e saber as perguntas corretas a serem feitas.

Infelizmente, no caso do microsseguro, há realmente uma falta de especialistas prontos e disponíveis para se contratar. Diversas agências de doadores sofrem do mesmo problema, número limitado de consultores de microsseguro. A rede de relacionamento das organizações doadoras em algumas das áreas de especialização exigidas pelo seguro, como por exemplo, ciências atuariais e subscrição, é pequena ou inexistente.

Além de possuir seus próprios especialistas em seguros, doadores eficazes devem possuir o conhecimento do mercado local. Doadores descentralizados, com equipes baseadas em países/regiões podem ter uma vantagem nesta questão. Sem a compreensão do ambiente local, os doadores não podem julgar corretamente se seus sócios na implantação do programa estão avaliando as necessidades prioritárias da população alvo, os tipos de riscos que enfrentam, os mecanismos existentes para o gerenciamento dos riscos e a proteção adicional de que precisam.

2.3 Instrumentos apropriados

A agência de doadores tem os instrumentos apropriados para programas piloto inovadores? Pode o doador dispor com flexibilidade de pequenas quantias de financiamento, com uma perspectiva de longo prazo? Pode o doador trabalhar diretamente com o setor privado?

A abrangência dos instrumentos disponíveis dos doadores inclui a assistência técnica, as concessões, os empréstimos, a equidade, as garantias e a sustentação da política. Uma vez que o microsseguro está ainda em um estágio experimental, os doadores devem adotar uma aproximação paciente e cautelosa, fornecendo pequenas quantias de financiamento, por períodos de tempo mais longos. Solicitar co-financiamento dos sócios é uma das formas de testar seu real comprometimento a longo prazo. No início, os planos para se alcançar a sustentabilidade devem ser discutidos.

O seguro é uma atividade altamente especializada. Assim, sempre que possível, os doadores devem procurar trabalhar com as instituições existentes que já possuem tal experiência, como companhias de seguros ou talvez mútuas de saúde (*mutuelles de santé*). Trabalhar com seguradoras formais levanta a questão de quão apropriado é fornecer subsídios públicos a companhias de propriedade privada. A maioria das agências de desenvolvimento apoia com entusiasmo o desenvolvimento do setor privado e as parcerias público-privadas. Contudo, as equipes dos doadores sentem-se desconfortáveis em conceder fundos escassos dos doadores aos parceiros privados. Além disso, ainda há muito a ser aprendido sobre como estruturar esta sustentação e como planejar a saída (*veja o quadro 86*).

Quadro 86

Desencadeando o papel de catalisador do setor privado com subsídio público[4]

Os subsídios do doador, quando bem direcionados e com prazo determinado, podem estimular o setor privado a ajudar a cobrir as faltas e superar falhas do mercado. A seguir, são apresentados alguns princípios para o fornecimento dos subsídios ao setor privado:

- Os doadores devem financiar somente as atividades aceitas como a favor dos pobres e de alta qualidade e, desta forma, capazes de permitir a mensuração do retorno social
- Os recursos do doador devem permitir ou acelerar um processo que, de outra maneira, não ocorreria ou levaria muito mais tempo para ocorrer
- Os doadores devem ser cuidadosos para não subvencionar algo que o setor privado estaria disposto a financiar e também para não subsidiar a competição injusta da iniciativa do setor privado
- Empresas privadas devem fornecer parte de seus fundos (co-financiamento) e as margens/lucros realizados na atividade não devem ser excessivos
- Os doadores devem identificar sócios com maior probabilidade de alavancagem
- Os objetivos das atividades financiadas devem ser atingidos de forma comercialmente viável, isto é, a empresa privada deve identificar um exemplo viável do negócio

Nos mercados onde as seguradoras privadas demonstram um interesse no mercado de baixa renda (por exemplo, Índia, África do Sul), as organizações doadoras podem desempenhar um papel catalisador trazendo-as para este mercado e unindo-as às instituições capazes de cumprir funções de escritório principal. Nesses casos, o dinheiro é menos importante do que o conhecimento, as ferramentas e a rede de contatos.

Entretanto, a realidade de determinados países é que as seguradoras formais estão a anos de distância de incorporar o mercado de baixa renda. Nestes países, os diversos tipos de instituições não especializadas oferecem seguros, desde uniões de crédito aos mútuos de saúde. Os fundos do doador podem ser úteis quando disponibilizados nesta abordagem, especialmente em assistência técnica e concessões. A assistência técnica pode ajudar a melhorar pesquisas de mercado, desenvolvimento de produtos, treinamento e educação do cliente. As concessões podem ser usadas para custear a compra de ativos fixos ou para cobrir perdas operacionais. Para evitar o desincentivo para a boa gerência e eficiência, os doadores devem somente cobrir perdas operacionais nos primeiros anos, enquanto a base de clientes ainda é pequena e os prêmios ainda não cobrem totalmente os custos.

[4] Este quadro é baseado em uma entrevista com Jonathon Ridley da Enterplan, que está envolvido no gerenciamento do fundo *Financial Deepening Chalenge Fund* do DFID, que forneceu concessões às empresas do setor privado, incluindo companhias de seguros. Ver DFID/FSCF, 2004.

As organizações doadoras podem também seletivamente dispor de empréstimos e garantias para apoiar o microsseguro. Os empréstimos aos governos por agências multilaterais de desenvolvimento são usados frequentemente em programas de proteção social. As garantias são muitas vezes apropriadas para ajudar na ligação entre resseguradoras e as microsseguradoras (*veja o Quadro 87*). Os fundos de garantia parcial, onde a resseguradora toma uma quantidade significativa do risco, mas tem alguma cobertura dos fundos dos doadores, podem ajudar a introduzir resseguradoras neste novo mercado. A chave de sucesso para as garantias é ajustar os incentivos de tal forma que as seguradoras os controlem como se fossem seus próprios recursos que estivessem em risco e garantindo pequenos benefícios o tempo todo. Os doadores devem obter ajuda de peritos para estruturar apropriadamente os fundos de garantia e devem monitorar seus impactos e sua rentabilidade.

Quadro 87

Fornecendo sustentação através das garantias dos doadores

Uma garantia do DFID foi crítica durante a fase inicial do Plano de Saúde do Hospital Nsambya (NHHP), conhecido agora como Microcare. O NHHP não possuía nenhuma reserva, nem poderia ter acesso a resseguro (normalmente a próxima linha de defesa das seguradoras após as reservas) porque ainda não era um seguradora regulamentada. Os subsídios do DFID permitiram ao NHHP testar metodologias a serviço dos mais pobres, tal como o fornecimento do seguro saúde às comunidades de baixa renda, através da clientela de uma instituição de microcrédito. Para limitar seu próprio risco, o DFID se reservou o direito de monitorar a determinação do preço e as realizações dos objetivos do plano empresarial do NHHP.

Fonte: Adaptado de Dror e Preker, 2002.

Determinados custos, tais como os de sinistros, raramente devem ser cobertos por doadores. Os clientes devem conhecer os verdadeiros custos do bom gerenciamento do seguro desde o início. Uma exceção pode ser os programas de proteção social que têm acesso às fontes significativas de financiamento estável (dos governos, por exemplo) e que podem subvencionar os prêmios para pessoas muito pobres ou de alto risco a longo prazo. Mesmo assim, o risco de saídas e/ou de colapso financeiro são elevados quando o subsídio é retirado.

Neste momento, o volume de suporte oferecido pelas organizações doadoras é direcionado apropriadamente para o nível de varejo. Com o passar do tempo, os investimentos no nível de infra-estrutura e da política de mercado irão se tornar mais importantes, uma vez que as doadoras irão buscar a criação de um sistema global coerente para aumentar o acesso das pessoas pobres aos serviços de seguro. Tipicamente, os melhores instrumentos para se trabalhar nos níveis de infra-estrutura e de política de mercado incluem as concessões, a assistência técnica e a sustentação da política.

2.4 Responsabilização para resultados

Existe transparência na agência de doadores para todos os projetos que incluem o microsseguro? O doador monitora o desempenho dos programas de microsseguros e toma iniciativas com base em resultados?

Melhorar a responsabilização sobre o subsídio público é de importância primordial e exige mais do que realizar avaliações posteriores. Os incentivos para a responsabilização devem ser introduzidos em todos os estágios do ciclo do projeto.

Uma vez que o microsseguro emana frequentemente de diversos departamentos em uma mesma agência, é importante ter clareza inicial quanto aos resultados mais desejados. O que é o bom microsseguro? Ele está conseguindo a sustentabilidade financeira e está alcançando objetivos sociais, por exemplo, atingir as necessidades prioritárias dos clientes, melhorar qualidade dos cuidados médicos ou buscando melhores condições de trabalho? Os doadores devem entrar em acordo sobre as expectativas comuns de desempenho, qualquer que sejam suas metas.

As agências também têm que decidir se desejam ter um único ponto focal de garantia de qualidade para análise de todos os projetos com componentes de microsseguro. Assegurar que a devida diligência esteja sendo realizada (pela instituição doadora, pelos peritos externos ou pelo sócio da implantação) é igualmente parte da melhoria da responsabilização inicial.

As estratégias de saída devem ser discutidas também na fase inicial. A retirada somente é possível quando a capacidade de sustentação do mercado está constituída. Se isto não acontecer, os doadores encontrarão extrema dificuldade para retirar o apoio sem comprometer o acesso da população pobre ao seguro. Por exemplo, o Rabobank Group e sua companhia resseguradora, a Interpolis N.V., estão tendo dificuldades para sair da Yasiru no Sri Lanka, um projeto de microsseguro que financiam desde 2000. Caso o Rabobank se retire, a Yasiru terá que reduzir drasticamente seus custos ou aumentar seus prêmios anuais em aproximadamente 60 por cento para compensar totalmente a redução do suporte financeiro.

Para assegurar a melhor implantação possível, os doadores devem selecionar os peritos externos com cuidado e conduzir uma avaliação de sócios potenciais. Os contratos, tanto com os prestadores de serviços técnicos (por exemplo, se um consultor é contratado para ajudar a gerenciar o projeto) quanto com o provedor do microsseguro devem ser baseados em desempenho, de modo a garantir o suporte contínuo à realização de metas chaves. Por exemplo, os desembolsos podem depender dos pontos mínimos de desempenho a serem atingidos, tais como o número de segurados, e de uma comparação dos índices de despesa com os índices do mercado, complementada pela análise satisfatória de um atuário.

Uma mistura de monitoração interna e externa dos projetos de microsseguros é vital para identificar precocemente problemas quanto a assegurar a utilização apropriada dos fundos e documentar as lições aprendidas. Os doadores devem pedir relatórios trimestrais de seus projetos de microsseguros.

Além dos indicadores chaves de desempenho, os relatórios trimestrais devem incluir a informação qualitativa da gerência com atualizações do progresso do plano de negócios, orçamentos de progresso, realizações, problemas encontrados, tendências e quaisquer assuntos da gerência tais como grandes mudanças nos recursos humanos.[5] O monitoramento realizado por um atuário, pelo menos uma vez ao ano, é também altamente aconselhável. A análise atuarial deve incluir uma avaliação detalhada do desempenho, incluindo a adequação das taxas de prêmios e das reservas de sinistros.

Assim como na poupança, a importante responsabilidade de proteger o dinheiro das pessoas pobres não pode ser subestimada. O desafio para os doadores é equilibrar seu papel como tomadores de risco (por exemplo, as inovações de financiamento que podem ser ou não bem sucedidas) com o papel de financiadores responsáveis. Programas fracassados de microsseguros podem ter consequências negativas a longo prazo para clientes, provedores atuais e futuros, organizações doadoras e governos.

2.5 Gerenciamento do conhecimento relevante

Em que extensão os doadores estão aprendendo com as suas próprias experiências, com as experiências de terceiros e transformando esse aprendizado no projeto de um novo programa? Estão os doadores fazendo uso do crescente volume de literatura sobre microsseguro para aprender sobre uma variedade de modelos, ligações possíveis e parcerias?

A complexidade e os objetivos diferenciados do microsseguro exigem que os doadores compartilhem informações e se relacionem em diversos níveis. As instituições doadoras devem se relacionar com (i) as seguradoras do setor privado, (ii) as agências de proteção sociais do governo, importantes na sincronização dos esforços governamentais e do microsseguro e (iii) os outros financiadores para estabelecer estratégias comuns e para evitar duplicações. O GTZ – um consórcio de doadores criado para apoiar a *VimoSEWA* é um bom exemplo de um esforço conjunto para fornecer o financiamento de uma maneira coerente. O consórcio inclui o CGAP, a Fundação Ford (*Ford Foundation)* e a OIT (para suporte a pesquisa). Todas as agências discutem continuamente e coordenam seu apoio financeiro ao plano de negócios da *VimoSEWA*.

Embora muito tenha sido escrito sobre microsseguro recentemente e alguns cursos de formação tenham surgido, existe pouco treinamento focado especificamente na equipe de funcionários da instituição doadora. Especialmente, porque o assunto é relativamente novo, a equipe de funcionários necessita de muitos fóruns para troca de experiências e para discutir as razões do fracasso e do sucesso de programas de microsseguros.

[5] Os padrões para a monitoração ainda estão em desenvolvimento e as referências de indicadores de mercado estão também em formação (veja o capítulo 3.10).

As instituições doadoras podem também identificar parcerias com outras doadoras. Por exemplo, uma agência de desenvolvimento com forte experiência da equipe de funcionários poderia se associar a um doador que tivesse recursos flexíveis de financiamento para programas piloto. Os doadores com grandes sistemas de gerenciamento de dados e o conhecimento de seguros poderiam ajudar a desenvolver as câmaras de compensação e informação.

A próxima seção discute mais detalhadamente os tipos de atitude que os doadores devem preferencialmente ter para aumentar o acesso de pessoas pobres a serviços de seguro.

3 Diferentes tipos de apoio ao microsseguro proporcionado por doadores

Os doadores não estão na condução do desenvolvimento dos serviços de seguro para pessoas pobres. O papel do doador é servir como um catalisador entre os governos, o setor privado e a sociedade civil promovendo sua interligação. Todavia, os doadores podem ter grande influência em quão rápido e bem – ou mal – o microsseguro alcança representatividade. Os doadores devem esperar pela demanda vinda das partes interessadas nos países, ao invés de promover ativamente o microsseguro.

A escolha da intervenção deve ser fundamentada na boa compreensão de todos os níveis do mercado, do estado de desenvolvimento do mercado e na solidez da instituição doadora. Uma série de possíveis intervenções por parte do doador, começando com o foco nos clientes, é apresentada abaixo. Nem todos os doadores podem ou devem trabalhar em todos estes níveis.

3.1 Clientes

Os provedores de microsseguros são os mais próximos dos clientes reais e potenciais e estão mais bem preparados para compreender as necessidades do cliente e lhe fornecer educação. Dito isto, os doadores têm um papel em fomentar a pesquisa e em criar ferramentas. Sempre que possível, o trabalho nestas áreas financiado pelo doador deve ser um bem público ao alcance da utilização por vários provedores.

A **educação do cliente** sobre os benefícios dos serviços de seguro é a chave para o sucesso do microsseguro. Os custos do desenvolvimento de material didático apropriado para a formação do cliente e o treinamento da equipe para proporcionar os serviços de "não-seguro" não são insignificantes. Em última hipótese, estes custos devem ser divididos em despesas de marketing dos prestadores. Entretanto, os doadores podem ajudar:

- investindo no desenvolvimento dos materiais para a instrução do cliente, incluindo o custo de traduzir e de adaptar materiais existentes para contextos específicos;
- oferecendo cursos de formação para o cliente;
- subvencionando os custos iniciais de desenvolvimento da educação do cliente para novos provedores de microsseguro;

– assegurando que uma estratégia (e os orçamentos relacionados) para a instrução do cliente seja parte de planos empresariais dos provedores, e
– incluindo as informações sobre seguro no crescente número de campanhas de educação financeira.

Frequentemente, a demanda do cliente é **presumida, mal entendida ou simplificada**. Os doadores podem ajudar a melhorar a compreensão da demanda do cliente:

– financiando o desenvolvimento de ferramentas amigáveis para condução de pesquisas no mercado de seguros;
– financiando pesquisas nacionais para compreender melhor as necessidades e os mecanismos de gerenciamento de riscos de famílias de baixa renda (lado da demanda) e como as necessidades são tratadas atualmente por organizações públicas, privadas e informais (o lado da oferta); as pesquisas da *FinScope* são um bom exemplo deste tipo de suporte dos doadores (*Quadro 88*).

Quadro 88

As pesquisas da FinScope: Conhecendo o mercado[6]

A FinMark Trust, que se iniciou com uma concessão do DFID, foi pioneira em pesquisas domésticas do uso dos serviços financeiros através de suas pesquisas da FinScope na África do Sul.

A FinScope segue os testes padrões de mudança de acesso aos serviços financeiros através de todas as categorias principais de produtos – transações bancárias, poupança, crédito e seguro – nos setores formais e informais. Por exemplo, a pesquisa da FinScope na África do Sul em 2005 concluiu que 34 por cento das pessoas tiveram algum tipo de seguro. Muitas destas coberturas vieram de provedores informais ou semi-formais tais como sociedades de assistência funeral. A pesquisa mostrou que a falta de capacidade de pagamento era a principal barreira à cobertura de funeral. A pesquisa também indicou que pelo menos um terço dos 53.5 por cento dos sul-africanos sem acesso a bancos possuem telefone celular e que eles estão cientes de que o aparelho possibilitará a redução do custo de serviços financeiros.

As pesquisas da FinScope são poderosas ferramentas para que os responsáveis pelas decisões dos setores público e privado pensem sobre como reduzir barreiras de acesso e como inovar para alcançar novos segmentos de mercado, incluindo pessoas de baixa renda e a população pobre. Atualmente a FinScope África do Sul é integralmente financiada pelo setor privado, e copiada em outros países.

3.2 Nível micro: Provedores de microsseguro no varejo

Os provedores de varejo e seus canais de distribuição são a espinha dorsal de oferta de serviços de seguro aos pobres. Consolidar a capacidade das instituições em

[6] Para mais sobre *Finscope*, por favor ver www.finscope.co.za.

fornecer serviços apropriados, de boa qualidade e disponíveis ao segmento de mercado de baixa renda é um dos grandes desafios para aumentar o acesso das pessoas pobres aos serviços de seguro. Entretanto, a necessidade de suporte de um doador nem sempre deve existir. Por exemplo, a Delta Life em Bangladesh nunca teve a sustentação de doadores. Embora alguns questionem a qualidade e aplicabilidade dos produtos da Delta, ela é incontestavelmente uma das maiores e mais antigas microsseguradoras. Todavia, em vários mercados, para que o seguro seja largamente disponível, os doadores têm um papel a desempenhar.

No atendimento aos pobres, as organizações doadoras, sempre que possível, devem dar prioridade a trabalhar com as seguradoras formais existentes. Podem também ajudar a fortalecer a capacidade de organizações populares tais como as cooperativas. Os doadores normalmente não devem fomentar ou incentivar novos provedores de microsseguros. Em algumas áreas, entretanto, os provedores existentes podem não estar interessados em trabalhar para os pobres e/ou enfrentar as limitações legais e regulatórias para expandir seus serviços. Respostas eficazes dos doadores podem ir desde a ajuda na construção de um case de negócio viável para seguradoras formais até trabalhar para aprimorar as condições legais ou explorar cautelosamente suportes para novos provedores.

Dada a proximidade entre o microsseguro e o microcrédito, as instituições doadoras devem ser particularmente cautelosas para não incentivar as MFIs a aceitar o risco de oferecer seguros. O seguro é uma atividade especializada que exige competências específicas que poucas MFIs têm ou podem desenvolver. Ao invés disso, os doadores podem ajudar as MFIs a negociar com as seguradoras formais. Mesmo através de modelos de parceria, algumas MFIs podem não ser sólidas o bastante para se arriscar no mercado de seguros.

O desenvolvimento de competência é necessário em quase todos os casos, independente do modelo ou do enfoque escolhidos, incluindo o modelo sócio-agente. Enquanto as seguradoras formais já possuem habilidades em seguros, com frequência, precisam de orientação para melhorar seu marketing, sua distribuição e seus sistemas de reclamações de sinistros para atender eficazmente a famílias de baixa renda.

Talvez a mais importante contribuição dos doadores seja a **assistência técnica** – e em um menor grau, ajuda financeira – disponível aos varejistas no nível micro. A Figura 36 esboça as áreas em que a assistência técnica é necessária para fortalecer as instituições. Ela também sugere os tipos de prestadores de serviços técnicos disponíveis (desde que os doadores tendam a financiar a assistência técnica e não a fornecê-la diretamente) e os vários mecanismos usados para transferência de conhecimento e habilidades. A introdução à assistência técnica é explorada mais detalhadamente no capítulo 5.5.

Figura 36 **O "que, quem e como" da assistência técnica do microsseguro**

Áreas da assistência técnica (o que?)

- Treinamento do cliente
- Pesquisa de mercado
- Estudos de viabilidade
- Desenvolvimento de produtos/refinamento
- Planejamento de negócio
- Operações (procedimentos, manuais)
- Marketing

Prestadores de serviços técnicos (quem?)

- Consultores independentes
- Empresas de consultoria privadas
- Redes
- Associações
- Institutos de treinamento/universidades
- ONGs internacionais
- Projetos de doadores/equipes
- Companhias de seguros (como parte da responsabilidade social corporativa ou através das fundações)

Mecanismos de Disponibilização (como?)

- Conselheiros locais
- Consultores de curto prazo
- Contratos de gestão
- Treinamento
- Visitas de estudo
- Ferramentas
- Fundos de doadores múltiplos

A construção da capacidade dos provedores se inicia definindo-se as habilidades necessárias, depois projetando-se o melhor pacote de serviços (ver exemplo em Goodwin-Groen et al., 2005). Selecionar o prestador de serviço técnico e o mecanismo de entrega correto é crucial. Os doadores devem focar na reputação dos prestadores de serviços técnicos e em sua equipe de funcionários com algum conhecimento sobre microsseguro. Os doadores podem precisar de habilidades específicas sobre seguro dentro da própria empresa, especialmente quando não utilizarem o modelo sócio-agente.

Construir capacidade exige paciência e tempo. Os doadores devem ter um compromisso de longo prazo, com contratos baseados em desempenho. Ambas as partes devem respeitar o contrato: para doadores isto significa serviços e pagamentos pontuais. Caso os resultados sejam ruins, os doadores devem retirar seu suporte.

Infelizmente, parece não haver prestadores suficientes de assistência técnica de qualidade e institutos de treinamento com habilidades em microsseguros, o que representa um grande desafio na capacitação de varejistas e na rápida formação de portfólios de microsseguros.

As instituições doadoras podem também fornecer *assistência financeira*. A abrangência da assistência financeira, desde a aquisição de ativos fixos para oferecer em garantia e cobertura de perdas operacionais foi abordada na discussão

sobre instrumentos. Geralmente, os doadores não devem capitalizar novas empresas de seguros, nem é recomendável que eles subsidiem prêmios (*veja o quadro 89*).

Quadro 89

As lições aprendidas duramente: Ilustrações da Índia

Yeshasvini Trust. O governo de Karnataka subsidiou parcialmente os prêmios da Yeshasvini Trust. Entretanto, quando os subsídios terminaram, os prêmios tiveram que dobrar de Rs. 60 (US$ 1.35) para Rs. 120 (US$ 2.70) por adulto e o número de segurados despencou de 2.2 milhões para 1.45 milhão.

Karuna Trust. Inicialmente, o UNDP subsidiou inteiramente o prêmio para participantes abaixo da linha da pobreza e de outros grupos menos favorecidos. Muitos não estavam cientes de que eram segurados. Quando o subsídio ao prêmio foi retirado dois anos mais tarde, aproximadamente 70 por cento dos participantes quiseram sair do plano – por não quererem começar a pagar pelos serviços que tinham anteriormente de graça, e por acharem que o prêmio era demasiado elevado. Após uma grande campanha de educação e informação, metade dos clientes finalmente renovou e pagou suas apólices.

3.3 Nível médio: Infra-estrutura de mercado e bens públicos

A informação precária sobre o público alvo, o número limitado de prestadores de serviços técnicos especializados, a falta de sistemas de informação disponíveis e a escassez de resseguros podem seriamente frear a expansão do seguro para clientes pobres.

Os varejistas exigem uma série de serviços e informações para terem um desempenho eficaz, avaliar riscos apropriadamente, reduzir custos e tornarem-se mais transparentes. Como visto acima, os doadores podem contribuir significativamente para o financiamento, agenciando e, até mesmo, proporcionando alguns destes serviços. O acesso a longo prazo a estes serviços, entretanto, exigirá as soluções locais e regionais que são geralmente conduzidas pelo setor privado. Apoiar o surgimento da infra-estrutura de mercado local ou regional e da informação pública é uma área razoavelmente nova para os doadores. A abrangência das áreas que exigem o subsídio dos doadores no nível médio (meso) é completamente variada e inclui a infra-estrutura de apoio do mercado, como redes e instituições de treinamento, promovendo a transparência e a gestão do conhecimento.

Instituições/mecanismos de apoio do nível médio

– **redes/associações comerciais.** As redes internacionais podem ajudar a reforçar os provedores de microsseguros, como a Opportunity International tem feito. Os doadores podem fazer melhor uso de seu tempo, experiência e recursos, canalizando seus fundos através de redes bem-controladas. Os doadores podem também trabalhar com associações de seguros para sensibilizá-las para o segmento de mercado de baixa renda.

– **Câmaras de compensação e informação.** Tipicamente, as seguradoras formais têm pouca, se alguma, informação sobre o segmento de mercado de baixa renda. As câmeras de compensação com informação sobre os riscos mais importantes que enfrentam neste segmento de mercado são extremamente necessárias. Os dados sobre a causa e a frequência de riscos específicos são essenciais para fixar corretamente o preço dos produtos e identificar programas apropriados para a prevenção de perdas. Os doadores devem trabalhar em conjunto para promover e financiar o desenvolvimento de tais câmaras de compensação em nível nacional e regional. Os doadores podem também manter câmaras de compensação e informação em prestadores de assistência técnica qualificados.
– **Prestadores de serviços de treinamento/assistência técnica.** Promover o fornecimento da assistência técnica do setor privado e treinar prestadores é uma tarefa desafiadora mais bem executada com a união de programas de doadores. Os doadores podem ajudar a desenvolver a capacitação dos prestadores locais/regionais através de programas de treinamento de multiplicadores (TOTs – Training of Trainers), elaboração de materiais e planejamento do negócio.

Promovendo a transparência

– **Sistemas de informações gerenciais (MIS).** O desenvolvimento de sistemas de informação internamente é caro e demorado. Os doadores podem investir na construção de um MIS para melhorar a qualidade e a exatidão dos fluxos de informação. Um reporte mais transparente permite o melhor gerenciamento e pode atrair sócios, tais como resseguradoras. Os sistemas desenvolvidos com financiamento de doadores devem ter seu código fonte aberto, para facilitar sua duplicação e sua adaptação.
– **Indicadores de desempenho/padrões.** Os doadores devem compartilhar a informação sobre os indicadores de desempenho que usam atualmente, incluindo definições para cada um dos índices. Aqueles com maior competência técnica devem conduzir o processo de definição do menu principal de indicadores exigidos para o bom gerenciamento dos processos de seguros – o relatório ao doador deve ser extraído destes indicadores e não de uma longa lista de indicadores que são irrelevantes aos gerentes de microsseguros.
– **Indicadores de mercado (*benchmarking*).** A comparação do desempenho das microsseguradoras em grupos pode ajudar os gerentes a melhorar seu desempenho (ver capítulo 3.10). É também útil para que as resseguradoras e as instituições doadoras compreendam melhor o desempenho do microsseguro. Somente é possível comparar os indicadores de mercado se os doadores insistirem na transparência e chegarem a um consenso para compartilhar e distribuir os dados coletados seguindo os mesmos padrões.

Promovendo a gestão do conhecimento

– **Pesquisa de clientes.** Todas as microsseguradoras devem incluir os custos do conhecimento sobre as demandas dos clientes em suas despesas operacionais.

Embora pontuais, as pesquisas de abrangência nacional podem ser valiosas para vários provedores, especialmente nos mercados onde a informação é escassa e difícil de ser coletada.

– **Desenvolvimento de ferramentas.** À medida que mais doadores e peritos terceirizados ganham experiência em microsseguro, eles devem financiar o desenvolvimento de ferramentas e guias que possam ser publicadas na internet para o uso coletivo. As ferramentas que podem ser de grande utilidade incluem guias para condução de pesquisas de mercado e estudos de viabilidade.
– **Lições aprendidas e diretrizes de melhores práticas.** Aprender sobre o que funciona e o que não funciona é útil para novos participantes e programas agressivos. Os doadores devem incluir componentes da gestão do conhecimento em seus programas e registrar proativamente as lições aprendidas.

3.4 Nível macro: Defesa e ambiente de suporte político

Como será descrito nos próximos dois capítulos, o ambiente político e regulatório em alguns países pode ser prejudicial para o microsseguro. Um ambiente de suporte para o microsseguro, entretanto, permite o surgimento de diferentes tipos de provedores. Somente doadores com as devidas habilidades técnicas (incluindo a equipe de funcionários de campo), bons conhecimentos de varejo, forte capacidade para influenciar e que tenham a confiança dos governos devem se envolver no nível macro. Os doadores devem prosseguir com cautela na tentativa de influenciar as políticas de governo, especialmente nos países onde não há muita experiência em nível de varejo.

– **Defesa do governo.** As organizações doadoras devem estar bem preparadas para empreender esforços de defesa. A defesa deve incluir a promoção de uma melhor previdência social, o aumento da capacidade dos ministérios em melhorar a assistência médica, os padrões trabalhistas e a diminuição de barreiras de entrada para novos participantes. Frequentemente, a pesquisa é requerida para preparar fortes evidências para suportar as informações a serem fornecidas ao governo.
– **Estruturas de regulamentação e supervisão.** Ao trabalhar em nível de varejo, os doadores encontram às vezes obstáculos em sistemas regulatórios. Esta experiência de varejo pode ajudá-los a pressionar com maior eficácia por mudanças específicas. Por exemplo, quando o governo da Índia preparava a regulamentação do microsseguro, divulgou uma nota no site da Autoridade para o Desenvolvimento e Regulação de Seguros – IRDA e muitos doadores, incluindo o GTZ e a OIT, postaram comentários oficiais à nota.
– **Proteção ao consumidor.** Os doadores podem promover a maior transparência nos prêmios, na natureza exata das coberturas e na liquidação de sinistros

para se assegurarem de que os clientes saibam o que estão comprando. A proteção ao consumidor está ligada à educação do cliente, mas pode também incluir diretrizes legais/mandatórias para os termos usados nas apólices de seguros e para os sistemas de defesa do consumidor.

4 Conclusão

A ajuda às pessoas pobres na redução e prevenção de riscos é uma importante prioridade. O seguro é apenas uma entre as diversas estratégias para lidar com o risco. O microsseguro bem sucedido baseia-se em uma sólida compreensão da demanda dos clientes e exige, frequentemente, parcerias entre as inúmeras partes interessadas dos setores público e privado. As organizações doadoras podem ajudar a formar tais alianças, atraindo membros do setor privado, apoiando iniciativas do governo e suprindo falhas de mercado em relação à capacidade e à informação. As organizações doadoras tornam-se mais eficazes quando desenvolvem previamente condições internas apropriadas e analisam bem os mercados antes de atuar. Eles devem, cuidadosamente, equilibrar seu papel como inovadores e tomadores de riscos com uma ampla compreensão das consequências negativas que, a longo prazo, podem ser geradas por programas mal desenhados.

5.2 Um ambiente regulatório propício para o microsseguro

Martina Wiedmaier-Pfister e Arup Chatterjee

Os autores receberam retorno bastante significativo de várias pessoas sobre o conteúdo deste capítulo, incluindo: Klaus Fischer (Laval University), Serap Oguz Gonulal (Banco Mundial), Brigitte Klein (GTZ), Jeremy Leach (FinMark Trust), Hunter Murdock (advogado) e Bikki Randhawa (Banco Mundial).

Os casos analisados neste livro demonstram que as pessoas de baixa renda são seguráveis. Além disso, está provado que as operações do negócio de microsseguro podem ser sustentáveis. Entretanto, a pergunta que precisa ser feita é se as operações de microsseguro estão apoiadas por uma estrutura reguladora que conduza à proteção dos segurados e ao desenvolvimento dos mercados de seguro que incluem os segmentos de baixa renda da população.

A função inicial dos reguladores e supervisores de seguros[1] é a proteção dos consumidores. Isto é manifestado ao menos de três maneiras:

1. **Proteger os segurados em geral**, assegurando a solvência das seguradoras, que inclui a determinação de que os produtos do seguro somente podem ser oferecidos por entidades licenciadas (seguradoras e intermediários) que permanecem financeiramente sólidas e cumprem suas obrigações.
2. **Proteger os segurados individualmente**, incluindo possíveis segurados, da venda indevida e da condução imprópria de sinistros e assegurando que suas queixas sejam tratadas de forma oportuna.
3. **Desenvolver os mercados de seguros** melhorando a eficiência do mercado e incluindo as pessoas que atualmente não têm nenhum acesso ou são incapazes de comprar seguro através das vias normais.

As autoridades de seguro não dão importância igualitária a estes três objetivos. A maior parte de seus esforços está concentrada nos dois primeiros. Embora melhorar a eficiência do mercado corrigindo suas imperfeições é uma tarefa clássica dos supervisores, nem todas as autoridades de seguro concordam com a função de desenvolvimento do mercado. Uma análise da base de dados da regulação nacional de seguros da Associação Internacional dos Supervisores de Seguros (IAIS)

[1] Os autores usam o termo "supervisor de seguro" para se referir a autoridade responsável por regular a conduta do negócio de seguros – tanto seguradoras e intermediários – para proteger os interesses dos segurados em uma jurisdição particular.

revela que poucos países membros têm um mandato oficial de desenvolvimento. Para cumprir esta função de desenvolvimento, as autoridades podem obrigar as seguradoras a atender ao mercado de baixa renda, para usar persuasão moral para impor às seguradoras a necessidade de aumentar sua abrangência, ou decidir por um meio termo. Os supervisores percebem cada vez mais que um ambiente regulador propício e uma melhor valorização da dinâmica do mercado do seguro poderiam ajudar a remover os obstáculos percebidos que normalmente desanimam as seguradoras de servir aos mercados de baixa renda.

Este capítulo descreve o que supervisores têm feito, ou podem fazer, para apoiar o crescimento do microsseguro adaptando seus regulamentos. O capítulo se limita aos aspectos reguladores do mercado de seguro.[2] A primeira seção fornece algumas informações históricas do ambiente regulador de microsseguro. A seção 2 sumariza as barreiras regulatórias principais, que variam dependendo do fato de se estar criando uma instituição de microsseguro ou um produto para distribuição de microsseguro. A terceira seção descreve as experiências na Índia, na África do Sul e nas Filipinas, onde as autoridades e os legisladores de seguros tentaram criar a inclusão ao mercado de seguros, mas escolheram soluções muito diferentes. A última seção sumariza os principais desafios e lições aprendidas e sugere possíveis próximos passos.

1 Histórico

1.1 Sistemas financeiros inclusivos

Uma estratégia chave para realçar o desenvolvimento econômico e aliviar a pobreza é criar sistemas financeiros mais inclusivos, por exemplo, melhorando o acesso às economias e aos serviços de crédito para mercados não e pouco servidos. Em parte, a pobreza origina-se do fato de que as famílias e os mercados de baixa renda não têm as mesmas oportunidades de financiar seus investimentos, acumular capital ou proteger seus bens (que inclui suas vidas). A forte confiança dos pobres em serviços financeiros informais – tais como agiotas, economias embaixo do colchão e sociedades mútuas de auxílio – pode ser ineficiente e cara e pode até mesmo agravar a pobreza.

Um sistema financeiro de inclusão torna o seguro disponível às pessoas de baixa renda. Entretanto, muitas seguradoras e legisladores acreditam que fornecer o seguro às pessoas pobres é responsabilidade do estado. Embora muitos governos tenham programas de proteção social, o objetivo destes programas frequentemente não é atingido. Os segmentos mais pobres não se beneficiam dos

[2] Este capítulo não explora os aspectos de supervisão do microsseguro, que são importantes mas não foram ainda suficientemente analisados uma vez que o microsseguro é relativamente novo. Ele também não considera a regulamentação do não-seguro ou as políticas relacionadas que podem afetar o microsseguro, tais como a regulamentação das políticas de saúde e de proteção social, que estão fora do escopo deste capítulo.

subsídios, enquanto as pessoas que podem comprar seguros frequentemente encontram maneiras de fazer uso destes benefícios. Em geral, os governos têm feito pouco esforço para se livrar da responsabilidade deste risco e ir em direção aos programas de mercado; e o setor privado (seguradoras comerciais) parece ter pouco incentivo para buscar este segmento de mercado.

1.2 A informalidade do microsseguro

Na ausência de proteção social e de cobertura de seguro comercial, muitos esquemas informais de microsseguro emergiram, operando sem autorização formal. Por se manterem pequenos e não despertar atenção, estes fornecedores informais esperam que não haja reação dos supervisores. Esta foi a estratégia de muitas instituições de microcrédito que forneceram cobertura de seguro a seus membros na base do auto-seguro. Entretanto, existem também grandes programas de microsseguros (veja o quadro 90) fora do raio de ação da legislação de seguros.

Outra maneira de burlar a regulamentação de seguro é declarar que os serviços de microsseguros não são um benefício pecuniário. Em muitos países, os serviços médicos permitem livre acesso ou acesso em troca dos pagamentos regulares (prêmios). Mesmo que estes esquemas possuam um elemento de associação ao risco, eles são frequentemente chamados de programas de pagamento antecipado para disfarçar o fato de serem um tipo de seguro. Por não serem programas licenciados, os clientes têm pouco recurso caso o hospital não cumpra com suas promessas. Muitas uniões ou cooperativas de crédito também não se expõem a regulamentação de seguros, oferecendo a seus membros o seguro informal como um benefício.

Quadro 90

O seguro informal na África do Sul

Na África do Sul, vários programas oferecem produtos que se assemelham ao seguro de vida. No setor informal, existe a estimativa de que uns 8 milhões de pessoas estejam associadas a programas informais de auxílio funeral, contribuindo com mais de US$ 1 bilhão por ano em "prêmios" para a cobertura de risco de morte. Alguns destes esquemas são enormes. A *Great North Burial Society*, uma sociedade beneficente registrada, tem mais de 20.000 vidas cobertas, mas não tem acesso ao resseguro por não ser uma seguradora autorizada.

Como o *Insurance Amendment Act* (2003) proíbe o uso das palavras seguro, funeral, enterro ou suas derivadas na descrição e na propaganda destes produtos, elas vão camufladas com nomes diferentes, tais como "benefícios para privações" ou "planos de benefícios por morte". Parece que a emenda de 2003 tinha a intenção de proibir a subscrição de cobertura de funeral sem autorização, mas algumas brechas legais mantêm a venda deste seguro sob diferentes denominações.

Fonte: Adaptado do Genesis Analytics, 2005.

1.3 As implicações da falta de uma estrutura reguladora

Não ter que aderir aos regulamentos tem algumas vantagens para as microsseguradoras. Os provedores informais não precisam aderir aos padrões regulatórios e não têm que cumprir com as responsabilidades de supervisão (por exemplo, relatórios detalhados, controles internos e atuários). Eles possuem mais liberdade para inovar e podem oferecer produtos potencialmente mais baratos, que podem beneficiar seus clientes.

Entretanto, a natureza informal destes programas também possui sérias desvantagens. A mais óbvia delas é o fato de deixar segurados desprotegidos contra um comportamento oportunista. Na ausência de supervisão, a proteção do cliente é uma preocupação séria. A viabilidade a longo prazo destes programas é incerta uma vez que seus prêmios podem não possuir base atuarial, ou sua gestão pode não ser suficientemente hábil. Os programas de microsseguro também estão sujeitos a um maior risco de covariância e são pouco susceptíveis ao resseguro. Uma catástrofe pode gerar uma grave ameaça à solvência de projetos locais de microsseguros. Finalmente, o crescimento de programas informais pode gerar uma ameaça à sustentabilidade, por exemplo, quando as empresas de auxílio funeral crescem, a eficácia do sistema de governança passa a ser indeterminada e uma segregação entre a gestão e a posse deve existir. Neste momento, a empresa de auxílio funeral também acumula ativos substanciais, o que aumenta o risco de fraude ou de roubo a um grau tão elevado que a administração possa não conseguir controlar (Genesis Analytics, 2005).

Os efeitos positivos da oferta de microsseguro fora do raio de ação dos supervisores de seguro têm que ser confrontados com seus efeitos negativos para as instituições e mercados, assim como para a economia. Como é de conhecimento das instituições, atualmente muitos provedores de microsseguro não têm nenhuma escolha. Se pudessem obter uma licença, teriam a possibilidade de melhorar suas operações, crescerem e atrair investidores. É fato esperar que muitas optem por se legalizar e passar a fazer parte da indústria formal do seguro.[3] Em função das barreiras reguladoras, os fornecedores de microsseguro existentes e os potenciais permanecem excluídos. Consequentemente o mercado permanece menos desenvolvido – os segmentos de baixa renda não são protegidos, os orçamentos do governo ficam sobrecarregados, os mercados de seguro não permitem a inclusão social, a inovação financeira é lenta e uma penetração mais profunda dos serviços financeiros não ocorre.

Entretanto, a formalização também pode ser acompanhada de inúmeros problemas para as seguradoras que buscam o segmento de baixa renda. Um dos problemas é que a orientação social de algumas microsseguradoras pode se desaparecer quando estes se tornam licenciados. Isto pode criar novos problemas, tais como os experimentados pela ALMAO (*ver Quadro 91*).

[3] Na Índia e no Sri Lanka, as microsseguradoras têm pressionado por menores exigências de entrada, até agora em vão.

Quadro 91

Formalização da ALMAO

A ALMAO no Sri Lanka, que usa uniões de crédito como seu canal de distribuição principal, mudou de um esquema informal para o mercado de seguros regulado em 2002. Quando submetida à regulamentação como uma seguradora plenamente estabelecida, a organização foi compelida a mudar sua linha de produtos. Em vez de continuar a focar em apólices de assistência funeral e em outros produtos mais simples e de baixo custo oferecidos por seguradoras informais, a ALMAO introduziu o seguro dotal, que não teve boa receptividade, talvez porque os prêmios estivessem acima da capacidade do mercado alvo e o mercado para estes produtos mais complexos exige uma equipe mais bem treinada nas uniões de crédito. Também é possível que a gestão profissional do seguro tenha direcionado a nova companhia de seguros para longe de seu mercado alvo, ou não tenha considerado as prioridades das uniões de crédito e de seus membros. A dificuldade geral em comprometer a equipe de funcionários da união de crédito com o mercado de seguros pode também ter aumentado porque a ALMAO se transformou numa organização mais distante, mais comercial e profissional.

Fonte: Adaptado de Enarrson e de Wirém, 2006.

1.4 Supervisores de seguro e o microsseguro

Alguns supervisores de seguro estão se tornando mais interessados e sensíveis aos desafios e ao potencial do microsseguro. Em linha com os esforços globais para aumentar a abrangência dos serviços financeiros e de seguro, os supervisores são cada vez mais encarregados de facilitar os esforços de seus governos para aliviar a carga de financiamentos de projetos de seguros e da proteção social através dos orçamentos públicos e para a transferência de parte da rede de segurança básica para a população de baixa renda para o setor privado. Consequentemente, alguns supervisores apóiam as iniciativas para fazer o mercado do seguro mais inclusivo, de modo que as companhias formais de seguros possam se aproveitar desta oportunidade do novo mercado e os programas informais possam se integrar ao setor de seguro formal, como ilustrado a seguir, na *Seção 3*.

Entretanto, em geral, ocorre a falta de informação e experiência dos supervisores em microsseguros e o desconhecimento de regimes legais e regulatórios alternativos que incentivem o seguro para os pobres. Em alguns casos, os legisladores acreditam que a população pobre não quer o seguro, não pode honrar compromissos financeiros[4] e que deve, consequentemente, estar coberta pelo Estado ou através de programas de previdência social.

[4] A experiência do microcrédito tem mostrado apenas o oposto; frequentemente, as taxas básicas de empréstimo são muito mais baixas para o mercado de baixa renda do que para companhias maiores ou para o mercado de alta renda.

Até agora eles não compreendem o papel do microsseguro no desenvolvimento do setor financeiro. Outra hipótese difundida é de que as leis e os regulamentos sobre seguros existentes são não discriminatórias, o que assegura, consequentemente, o acesso igual ao seguro à população de baixa renda – avaliação esta que não resiste a um exame minucioso.

Mesmo que os supervisores tenham conhecimento de programas de microsseguro, não veem a necessidade de reagir devido a outras prioridades. Eles são frequentemente pressionados a concentrar seus esforços na supervisão das seguradoras comerciais, uma ameaça maior à estabilidade do sistema financeiro, ao invés de autorizar e supervisionar outros provedores de seguro, normalmente pequenos, que têm uma parcela insignificante de mercado e que podem exigir uma estratégia de supervisão completamente diferente. Além disso, os supervisores frequentemente não sabem como cumprir seu papel de empreededores, porque soluções regulatórias inovadoras para o microsseguro continuam escassas. Por último, mas não menos importante, frequentemente, em muitos mercados emergentes os supervisores não estão interessados no microsseguro, porque a indústria do seguro, por si só, ainda está em um estágio inicial e os reguladores estão sob forte pressão para regulamentar e supervisionar corretamente esta indústria.

A área de responsabilidade é um problema adicional. Embora os supervisores do seguro sejam responsáveis por implantar a regulamentação de seguro, os fornecedores de microsseguro operam frequentemente subordinados a outras autoridades, tais como uma comissão cooperativa, a agência regulatória das ONGs ou o Ministério da Saúde. Consequentemente, estes programas não são considerados como parte do setor de seguro, mesmo que proporcionem, claramente, serviços de seguro. Além disso, as pessoas responsáveis por supervisioná-los geralmente não têm a perícia e os sistemas necessários para executar tal supervisão (*ver Quadro 92*).

Quadro 92

Cooperativas de seguros em Maláui

Em Maláui, o departamento da supervisão do *Reserve Bank of Malawi* é encarregado de regular e supervisionar o setor de seguro. O departamento tem recursos limitados; sua função supervisora principal é examinar minuciosamente os relatórios das companhias de seguros. Ele está ciente que a União de Cooperativas de Poupança e Crédito do Maláui (MUSCCO) fornece seguro de vida a mais de 55.000 pessoas de baixa renda, mas afirma que uma vez que a MUSCCO é registrada como uma cooperativa, ele não possui a jurisdição para apoiar ou controlar suas atividades. Entretanto, o *Registrar of Cooperatives* ao qual a MUSCCO se reporta não possui recursos, habilidades e interesse em supervisionar as atividades de seguro.

Fonte: Adaptado de Enarsson e Wirén, 2005.

A simples existência do seguro informal sugere que as leis e os regulamentos existentes, de alguma forma, impedem a entrada no mercado formal de seguro. A pergunta a ser feita às autoridades e legisladores de seguros é: o que eles podem fazer para remediar esta situação? Leach (2005) identifica o equilíbrio da estabilidade e do acesso como o dilema do regulador.[5] Eles devem tentar formalizar os programas informais para intensificar a proteção ao consumidor, podendo levar os recursos disponíveis dos supervisores ao limite de ruptura? Devem interromper programas informais desde que sejam realmente ilegais? Se os programas informais são permitidos, como deve ser determinado o ponto inicial para disparar a intervenção regulatória? Ou há alguma posição intermediária que poderia garantir a expansão do acesso ao seguro com algum grau de proteção ao consumidor?

2 Barreiras e dificuldades nas regulamentações existentes

Existem pontos de vista conflitantes entre os supervisores do seguro quanto até que ponto os regulamentos devem ser adaptados às características específicas do microsseguro. De acordo com uma pesquisa realizada pelo IAIS, a maioria dos supervisores acredita que as leis e os regulamentos existentes em suas jurisdições não desencorajam o microsseguro. Entretanto, poucas jurisdições têm leis ou regulamentos adaptados para incentivar o microsseguro. Esta seção considera as barreiras reguladoras que limitam a criação de companhias de microsseguros, assim como aquelas que impedem a proliferação de produtos de microsseguros.

2.1 Barreiras reguladoras para a criação de instituições formais de microsseguros[6]

Uma abordagem cautelosa que trate o microsseguro como equivalente ao seguro comercial de vida e não-vida realmente desencoraja o desenvolvimento do microsseguro. Apólices do tipo "formato-único" facilitam o trabalho do supervisor, mas carecem de uma base racional convincente. As exigências do seguro descritas abaixo são barreiras à formalização do microsseguro.

Onde há somente uma opção institucional, as **elevadas exigências de capital** podem impedir o estabelecimento de instituições de seguro reguladas, dedicadas ao mercado de baixa renda, em função de que a necessidade de acumulação de um grande volume de pequenas apólices poderia levar anos para gerar um retorno sobre o investimento, ou até nunca ocorrer. Além disso, impor elevadas exigências de capital para proteger o sistema financeiro parece impróprio para pequenas apólices – uma enorme exigência de capital para pouca exposição de

[5] Leach (2005) identifica três dilemas para os reguladores do setor financeiro: 1) as relações entre a estabilidade e o acesso (que somente se relacionam parcialmente à questão de regulação de fornecedores informais), 2) gestão inovadora e 3) tratamento da pressão internacional pela conformidade aos padrões e códigos.

[6] Entidades formais do microsseguro podem ser companhias (as instituições de primeira-linha) ou as instituições membro-baseadas de segunda linha.

solvência. A tendência atual por exigências de aumento de capital em muitos países pode forçar as microsseguradoras existentes a fechar (*ver Quadro 93*). Seus segurados ativos, na ausência de fontes alternativas de cobertura, arriscam não ter nenhuma proteção no futuro.

Quadro 93 **Exigências de capital no Peru**

No Peru, a lei sobre seguro emitida em 1993 não incentivou a criação de produtos de seguro para o mercado de baixa renda. Elevadas exigências de capital foram introduzidas, causando a fusão de algumas companhias de seguros e a completa saída de outras do mercado de seguros. Em outubro de 1994, a SEGUROSCOOP, uma seguradora do segmento médio e baixo do mercado de seguros, teve que cessar suas operações. Entretanto, ela encontrou uma solução: formar uma nova companhia chamada *ServiPerú* que oferecia serviços de seguridade social, ou seja saúde e serviços de assistência funeral. Também criou uma corretora de seguros subsidiária e transferiu sua carteira de seguros para uma seguradora. Como corretora de seguros, a *ServiPerú* é supervisionada pela Superintendência de Bancos e Seguro. Com relação aos aspectos de serviços de seguridade social, a *ServiPerú* está sob o controle da Comissão Supervisora de Empresa e Valores (não governada pela lei de seguro). Embora não seja uma solução ideal, a seguradora encontrou uma nova maneira de operar (nova estrutura, novos produtos e novos canais de distribuição), permanecendo no mercado e continuado a servir seus clientes.

Fonte: Adaptado de Rodriguez e Miranda, 2004.

Existe um grande número de outras exigências das leis e regulamentações de seguro que impedem que as microsseguradoras obtenham uma licença, tais como as altas **exigências de gerenciamento**. Os gerentes de seguros altamente qualificados dificilmente optariam por conduzir uma organização do microsseguro, que geralmente oferece um salário mais baixo e poucas opções de carreira comparando-se a uma seguradora comercial. Obviamente que é necessário ter pessoas qualificadas para dirigir uma companhia, mas estas qualificações podem ser dispensadas nas microsseguradoras?

As complexas **exigências de reporte** podem fazer com que os custos da gerência e da administração sejam proibitivamente caros para pequenos operadores de microsseguro. Se as exigências de reporte e divulgação, originalmente projetadas para grandes companhias de seguros com estruturas complexas, são impostas às microsseguradoras com procedimentos mais simples, os custos se elevariam. Igualmente, a **exigência de ter uma revisão atuarial** pode ser cara e difícil de cumprir em algumas jurisdições. Esta carga regulatória, em alguns casos conjugada com um **alto imposto**, aumenta o custo do produto e leva à redução do nível de acesso aos pobres.

Estes aspectos precisam ser analisados para se verificar onde as barreiras de entrada podem ser reduzidas para a promoção do microsseguro. Certamente, os supervisores parecem ter razão em não licenciar entidades de seguro com gerências de baixa qualidade e capital reduzido. Entretanto, é questionável que organizações que normalmente operam somente no mercado local e são orientadas para o mercado de baixa renda devem ter suas licenças negadas com base nas exigências que não são relevantes nem apropriadas para os tipos de serviços que oferecem. Isto é particularmente verdadeiro para as sociedades mútuas e amigáveis, para as quais existe uma tradição legal de não exigência de capital uma vez que o risco é suportado pela própria sociedade.[7]

Sem uma licença, a microsseguradora fica presa em um círculo vicioso: nenhum acesso às fontes adicionais de capital ou de resseguros, o que significa a impossibilidade de crescimento para um operador conservador. Se estes projetos não podem crescer, então será difícil para eles alcançar economia de escala e estender suas coberturas ao amplo mercado não atendido. Em tal ambiente, os segurados não são protegidos[8] e a curva de aprendizagem institucional não se inspira no controle externo (supervisão) e nos altos padrões (regulamentos). A única vantagem que os supervisores possuem é não ter que lidar com pequenos projetos de seguros.

2.2 Barreiras reguladoras para a distribuição de produtos de microsseguro

Como mencionado em vários capítulos, um método de expansão dos serviços de microsseguro é uma companhia de seguros regulada oferecer uma linha de produtos que atinja o mercado de baixa renda através de mecanismos alternativos da distribuição, incluindo organizações comunitárias, bancos, varejistas, companhias de telefonia celular e outros. Entretanto, as barreiras regulatórias também podem inibir o uso destes canais de distribuição mesmo que eles possam ser eficazes em alcançar os mercados de baixa renda. Os supervisores precisam monitorar tendências para assegurar-se de que a regulação não esteja impedindo a inovação através dos canais de distribuição de uma maneira prejudicial ao desenvolvimento do mercado (Leach, 2005).

As instituições de microcrédito (MFIs) são um canal de distribuição chave para o microsseguro, porque já se dedicam a transações financeiras com o mercado de baixa renda. Entretanto, em algumas jurisdições, as MFIs – e outras instituições que trabalham com a população pobre – não podem distribuir seguros sem estarem em conformidade com as rigorosas **exigências de autorização para agentes ou corretores**. Por exemplo, a exigência de que um agente tem que ser uma pessoa física pode não permitir que as MFIs vendam seguros. A exigência para que

[7] Este é o caso da Bélgica, França, Alemanha, Irlanda, Japão, Reino Unido e Estados Unidos (praticamente todos os estados), assim como Belize, Índia, Mali, Martinica e África do Sul entre outros.

[8] Regulamentos de seguro comercial frequentemente estipulam práticas incômodas que são impróprias para os clientes de baixa renda, que podem ser analfabetos e compreender pouco sobre seguro. Este resultado é irônico visto que este mercado alvo exige ainda mais proteção ao consumidor.

a equipe de vendas seja especializada mina a possibilidade da venda do seguro através das empresas de empréstimos. Algumas jurisdições proíbem completamente as organizações de empréstimo de vender seguros, alegando o conflito de interesses.

Além disso, as necessidades de treinamento para se transformar em um agente licenciado podem ser excessivas, dada a simplicidade dos produtos de microsseguro. Uma dona de casa pobre que queira vender US$500 em apólices de seguro dotal a seus amigos e vizinhos deve passar por um treinamento de 100 horas? Em algumas jurisdições, as exigências de autorização para agentes não são muito fortes, permitindo que as MFIs e as microsseguradoras vendam seguros, embora em uma situação legal potencialmente vulnerável (*ver o Quadro 94*).

Quadro 94 **Exigências para agentes e corretores**

Nas **Filipinas**, o Comissário de Seguros (IC) licencia agentes que satisfazem determinados critérios (por exemplo, pagamento de uma taxa de registro, aprovação em um exame, e nenhum registro criminal). Um agente tem que ser uma pessoa física. Entretanto, diversas MFIs nas Filipinas colaboram com a *Cocolife* para segurar mais de 300.000 famílias pobres – embora estas MFIs não sejam registradas como agentes. Elas vendem produtos da *Cocolife*, mas não recebem comissão. Ao invés disso elas embutem uma taxa da administração no prêmio líquido cobrado que é pago pelo cliente à MFI no início de cada empréstimo (Leftley, 2005).

A AIG **Uganda** possui uma parceria com 26 MFIs em três países para cobrir 1,6 milhões de vidas. Em Uganda, qualquer indivíduo que venda seguro como empregado de uma MFI deve estar tecnicamente licenciado, embora na prática nenhum seja. Consequentemente, os representantes de crédito das MFIs frequentemente não possuem habilidades para vender seguros e para aconselhar clientes (McCord et al., 2005a).

Em **Bangladesh**, os agentes de seguro também precisam ser licenciados. Tal fato pode ajudar a garantir um nível mínimo de qualidade; entretanto, pode também dificultar o atendimento aos pobres da zona rural. A *Delta Life*, por exemplo, certifica seus agentes para seus principais produtos que focam as pessoas de renda média e alta em áreas urbanas. Entretanto, chama seus agentes de microsseguro de "organizadores" para evitar as exigências de licenciamento. Outra complicação é que os agentes são elegíveis a continuar a receber a comissão sobre prêmios de renovação mesmo depois de deixarem o negócio, o que cria complicações administrativas adicionais para se lidar com as centenas de milhares de apólices muito pequenas e milhares de organizadores. (McCord e Churchill, 2005).

As **limitações nos valores de comissão das agências**, que podem ser oferecidas por uma seguradora aos agentes, podem também impedir a oferta de microsseguro. A justificativa por trás desta cláusula é proteger as reservas de vida do esgotamento devido às caras estruturas de distribuição. Entretanto, tais cláusulas

podem criar um problema para as microsseguradoras, uma vez que os mercados de baixa renda são mais caros de servir e podem justificar uma estrutura de custo mais elevada.

Onde as microsseguradoras oferecem apólices de longo prazo, a estrutura existente de comissionamento pode não ser apropriada. Por exemplo, as comissões aprovadas pela Superintendência de Seguros do Sri Lanka (IBSL) pagam 30 por cento no primeiro ano, mas se reduzem a 5 por cento após o 4º ano. Em um ambiente onde as operações bancárias e os sistemas de pagamento postais não sejam amplamente utilizados, o agente é responsável pela cobrança dos prêmios, frequentemente, de porta em porta. Dada a estrutura de comissão exigida, Enarrson e Wirén (2006) argumentam que a taxa de retenção deve provavelmente cair drasticamente quando a comissão do agente é reduzida, porque se torna muito mais atrativo obter novos clientes do que coletar prêmios de clientes antigos. Consequentemente, pode se esperar uma elevada redução que pode minar a credibilidade do seguro no mercado de baixa renda.

Uma outra barreira reguladora relacionada ao produto é o fato de que as companhias de seguros não podem subscrever **negócios compostos**, mesmo que isso possa representar uma estrutura de produto apropriada para o mercado.[9] Em muitas jurisdições, exigências de autorização não permitem a formação de companhias compostas de seguros, mas requerem companhias separadas para seguros de vida (longo prazo) e para seguros não vida (curto prazo). A proteção encontrada pela separação de responsabilidades em longo prazo e em curto prazo é justificada para ramos de seguro empresariais ou para apólices de grandes importâncias seguradas. Entretanto, a mesma lógica não se aplica ao microsseguro, onde as apólices geralmente não vão além de cinco anos de prazo e a grande maioria dura apenas um ano ou menos (*ver Quadro 95*).

Quadro 95 **AIG Uganda**

A AIG Uganda fornece cobertura a muitos tomadores de microcrédito, mas com relação à autorização para produtos não vida, ela somente pode fornecer seguro de morte acidental e de invalidez. Entretanto, a população pobre não identifica os diferentes tipos de morte. Não importa se alguém morra em um acidente de trânsito, de malária ou de um ataque cardíaco. Estes clientes do microcrédito querem a proteção independente da causa da morte. Legalmente a AIG Uganda não pode fornecer cobertura de vida mesmo que a maioria dos prazos seja de somente quatro ou seis meses (que correspondem aos prazos de empréstimos das MFIs).

Fonte: Adaptado/ROM McCord e ai., 2005a.

Com relação aos **tipos apropriados de produtos para segmentos de baixa renda**, é demonstrado que os produtos massificados são os mais apropriados.

[9] Argumentos a favor e contra a composição ou cestas de coberturas são apresentadas no capítulo 3.I.

Não está claro se as apólices dotais sejam totalmente recomendadas para clientes de microsseguro. As apólices dotais requerem uma disciplina de poupança que os segmentos de baixa renda frequentemente não possuem, devido às flutuações em seu fluxo de caixa familiar, o que leva a quedas elevadas nas taxas (*veja o Capítulo 2.2*). Além disso, os seguros dotais podem realmente ser uma forma ruim de poupança para estas famílias, devido às elevadas exigências de estrutura de custos e tributação das seguradoras.[10]

As **exigências escritas das apólices**, às vezes são inoportunas para os clientes de baixa renda, que são frequentemente analfabetos (mesmo pessoas instruídas podem não compreender a maioria dos contratos de seguro!). Os seguros para os pobres devem ser escritos em linguagem muito simples sem termos legais, para que os termos e condições sejam de fácil compreensão.

Nas jurisdições onde existe um **regime tarifário**, as taxas, apólices, termos e condições são padronizadas tanto com a prática quanto com a regulação da indústria. Embora tal regime possa parecer possuir diversas vantagens, pode também impedir a inovação e a competição, que são particularmente importantes para o microsseguro.

2.3 Barreiras do nível macro

Existem outras barreiras relativas aos aspectos políticos e jurídicos, as implicações sobre o que ainda não é completamente compreendido, mas que, contudo também não é identificado. Em primeiro, algumas jurisdições podem enfrentar o **excesso de regulamentação do setor de seguro em geral**. Por exemplo, alguns países restringem investimentos estrangeiros no setor de seguros, o que dificulta a transferência de conhecimento para a oferta de produtos e serviços de microsseguro mais eficazes e eficientes. Além disso, as políticas protecionistas podem exigir a compra local de resseguro superfaturado e/ou de baixa qualidade.

Em segundo lugar, a **sobreposição de regulamentação** pode criar complicações para o desenho e a oferta de microsseguros. Por exemplo, na África do Sul, uma grande empresa de auxílio funeral precisa ter personalidade jurídica (registrada junto ao Departamento de Comércio e Indústria), ser registrada como uma seguradora (regulador dos serviços financeiros), deve ser supervisionada por um órgão auto-regulador,[11] e se fornecer um benefício típico (serviços de assistência funeral), que sejam reguladas pelo departamento de saúde.

Em terceiro lugar, quando **os governos mantêm ou lançam programas subvencionados de seguro**, geralmente não consideram que estes programas poderiam ser oferecidos através dos mecanismos de mercado. Uma análise sobre se

[10] Por exemplo, as famílias de baixa renda são frequentemente isentas de impostos, implícita ou explicitamente, enquanto as companhias de seguros pagam imposto sobre o retorno sobre capital, e consequentemente o retorno aos segurados é líquido de imposto.

[11] Entre as instituições mútuas, as organizações do topo frequentemente têm um papel importante como reguladores, não somente no seguro mas também no mercado de poupança e empréstimos.

estes programas poderiam ser mantidos sem um subsídio não é realizada. Em vez de popularizar os programas existentes, a ação governamental enfraquece os provedores de microsseguro como a migração dos segurados para o esquema subvencionado. Em consequência, a pressão sobre os recursos orçamentais permanece e os subsídios tampouco são empregados nem direcionados corretamente.

3 A experiência em diversos países – um exame preliminar

Apesar das amplas e complicadas barreiras regulatórias, existem soluções, algumas delas que estão sendo realmente executadas. Diversos países adaptaram suas estruturas regulatórias ao microsseguro.[12] Esta seção descreve as experiências na Índia, na África do Sul e nas Filipinas, que empregam estratégias diferentes para superar obstáculos regulatórios a expansão do microsseguro.

3.1 Índia

A Autoridade para o Desenvolvimento e Regulação de Seguros – IRDA (Índia) adotou uma atitude proativa na promoção do microsseguro, obrigando as companhias de seguros a servir aos pobres na esperança que esta aproximação forçada ajude as seguradoras a ver o potencial do mercado de baixa renda. Sendo essencialmente um sistema de quotas, todas as companhias de seguros são obrigadas a subscrever negócios em áreas rurais[13] e em setores sociais[14] pré-definidos.

A evidência das exigências de quotas é mista. O fracasso em alcançar os objetivos gerou penalidades financeiras para algumas seguradoras e as constantes violações podem fazer com que uma seguradora perca sua licença. Algumas seguradoras veem as exigências como um custo para fazer negócios, e descarregam apólices com serviços ruins no mercado. Outras seguradoras como o ICICI-Lombard e a Tata-AIG agora consideram os pobres como uma oportunidade viável de mercado e voluntariamente aumentaram suas quotas, assim a abordagem de aproximação forçada teve êxito. A extensão em que este regime de quotas pode ser replicado em outros países permanece duvidosa, uma vez que ela não se alinha às políticas de mercado para o desenvolvimento de sistemas financeiros.

[12] Índia, Marrocos, Trinidad & Tobago, Filipinas e Japão estão entre os poucos países onde a regulamentação foi adaptada ao microsseguro. Na África do Sul a regulamentação está em andamento.

[13] As áreas rurais são definidas pelo *Census of India* como os lugares que satisfazem simultaneamente ou devem satisfazer os seguintes critérios: (i) uma população mínima de 5.000, (ii) pelo menos 25 por cento da população ativa masculina voltada para atividades econômicas de agricultura e (iii) uma densidade de população de pelo menos 400 pessoas por quilômetro quadrado (1.000 por milha quadrada). Nestas áreas, o seguro de vida deve representar 5 por cento do total de apólices no ano 1, aumentando para 16 por cento até o ano 5 e o seguro em geral deve representar 2 por cento do prêmio bruto total emitido no ano 1, elevando-se a 5 por cento do ano 3 em diante (IRDA, 2002).

[14] Os setores sociais são definidos como "trabalhadores não organizados, classes economicamente vulneráveis ou atrasadas em áreas urbanas e rurais". Aqui, cada seguradora tem que manter pelo menos 5.000 apólices no ano 1 aumentando para 20.000 no ano 5, tanto para vida como para seguros em geral. Não obstante o tamanho das operações (IRDA, 2002).

Para ajudar a companhias de seguros na conformidade com estas exigências, o IRDA emitiu recentemente nova regulamentação de microsseguros, facilitando ativamente as parcerias entre as entidades reguladas e não reguladas (IRDA, 2005). Estas novas exigências são projetadas para assegurar que os tomadores do risco permaneçam supervisionados, mas permitem explorar diferentes canais de distribuição para estender o seguro aos pobres.

A regulamentação cria um novo intermediário, os agentes de microsseguro, que podem ser uma ONG, uma MFI ou outra organização comunitária indicada por uma seguradora, para distribuir o microsseguro através de pessoas específicas. Os agentes de microsseguros entram em uma "ação de acordo" com a seguradora. Estão sujeitos ao código de conduta definido pelo IRDA e atendem a 25 horas de treinamento local (abaixo das 100 horas exigidas para agentes de seguro convencionais) custeado pela seguradora. Não há nenhum exame de qualificação, como é o caso dos agentes de seguro normais. Um limite é imposto sobre a comissão, variando entre 10 e 20 por cento dos prêmios por ano, de acordo com o tipo e modalidade de pagamento do seguro, que é superior ao que os agentes convencionais ganhariam normalmente.

A nova regulamentação também permite que, para a fusão dos elementos de vida e não vida em um único produto a ser provido, exista uma separação entre o prêmio e o risco nas seguradoras. Os parâmetros do produto de microsseguro também são regulamentados (*ver a Tabela 48*) e são sujeitos à aprovação atuarial e às exigências de "arquivo e uso". Os produtos acima das importâncias seguradas previstas não se qualificam como microsseguros e consequentemente exigiriam maior perícia dos agentes autorizados.

Tabela 48 **Definição de Microsseguro na Índia**

Ramo do produto de seguros (Rs)	*Importância segurada mínima (anos)*	*Importância segurada máxima*	*Prazo segurado (Rs)*
Vida	5.000 (US$ 113)[15]	50.000 (US$ 1.113)	5
Não vida	5.000 por ativo	30.000 (US$ 678)	
Saúde	5.000	30.000	1
Acidente pessoal	10.000 (US$ 226)	50.000	1

Esta regulamentação é considerada como uma importante etapa para a expansão do microsseguro na Índia. Entretanto, os críticos argumentam que esta regulamentação é muito limitada porque foca apenas uma metodologia, o modelo do sócio-agente. Também se discute que os detalhes do produto não devem ser regulados centralizadamente. Uma vez que a elevada exigência de capital mínimo para uma companhia de seguros (US$22 milhões) não foi reduzida, talvez exista pouca competição entre os tomadores de risco. Em resposta a este último ponto,

[15] US$ 1 = Rs. 44,25 (Rupia Indiana)

o supervisor recomendou ao governo que as exigências de capital para o seguro de saúde sejam reduzidas pela metade para aumentar o número de operadoras de microsseguro em saúde.

As novas regulamentações de microsseguros mostram um caminho para melhorar a eficiência da distribuição, através de um abrandamento parcial das normas de treinamento e remuneração e pela fusão de produtos, sem comprometer a habilidade de aceitação de riscos das seguradoras comerciais.

3.2 África do Sul (AS)

O microsseguro na AS existe há muitos anos, apenas não caracterizado por esse nome. A forma mais comum de microsseguro é a assistência funeral (oferecido normalmente por uma licença de assistência – *Assistance Bussiness License* na AS), que é "uma apólice de vida na qual o valor agregado dos benefícios, à exceção das anuidades, para ser fornecido… não deve exceder R 10.000 (US$ 1.500)[16] ou outro valor determinado pelo Ministro". A *Assistance Bussiness License* permite então comissões sem limite. O *Friendly Society Act* permite coberturas até R 5.000 (US$ 750). Todos os outros fornecedores de seguro de assistência funeral têm que se registrar sob o *Long-Term Insurance Act*, que exige capital mínimo de ZAR 10 milhões (US$ 1,5 milhões). Eles podem oferecer seguro de assistência funeral para qualquer soma segurada, mas suas comissões são limitadas (Genesis Analytics, 2005).

A maior parte do microsseguro na África do Sul é gerada pela indústria funeral, presente no mercado de baixa renda há algum tempo, entretanto ainda pouco atendido. A pergunta é como expandir serviços de assistência funeral de forma sustentável. Neste contexto, o Conselho para Serviços Financeiros da AS (FSB), o regulador e supervisor não bancário, enfrenta um dilema importante. Uma grande proporção dos seguros de assistência funeral não é regulada eficazmente uma vez que os principais provedores – sociedades de assistência funeral e as salas de funeral – são registrados sob o *Friendly Society Act*. O supervisor se preocupa com a continuidade da viabilidade e sustentabilidade deste modelo e a habilidade dos provedores existentes em controlar seus riscos no futuro.[17] No caso de fracasso, o supervisor do seguro, assim como o setor segurador, poderia enfrentar o risco de reputação e a confiança do mercado poderia ser devastada. Em vez de ter uma postura reativa, o supervisor, o governo e a indústria estão tomando atitudes proativas.

Os supervisores sul-africanos não têm intervindo tão diretamente quanto seus pares da Índia para legalizar e promover o microsseguro. Ao invés disso, eles con-

[16] US$ = R 6,65 (Rand Sul Africana)

[17] Além de revelar a significativa abrangência das sociedades de assistência funeral na África do Sul (*ver Quadro 90*), as pesquisas sobre serviços financeiros da *FinScope* África (www.finscopeafrica.com) indicam que os mecanismos informais não são ideais: 9 por cento de perdas no pagamento de sinistros e 4 por cento de fraudes. Entre seguradoras formais, as taxas padrão, a estes níveis, podem ser consideradas por reguladores como um problema sistêmico, particularmente por causa de um grande número de pessoas afetadas (Genesis Analytics, 2005).

fiam no *Financial Sector Charter*,[18] através do qual todos os provedores de serviços financeiros concordaram em servir voluntariamente ao mercado de baixa renda. Consequentemente, o setor segurador da AS experimentou uma grande onda de inovações com as seguradoras experimentando novos canais de oferta para atingir a classe pobre, incluindo empreendimentos mistos e parcerias com varejistas (*ver Capítulo 4.6*). É muito cedo para avaliar se a nova onda de inovação será bem sucedida. Hoje, menos de um por cento dos 60 por cento mais pobres da AS têm seguro de curto prazo (isto é, não vida), percentual que deve ser elevado para 6 por cento se para alcançar os objetivos do regulamento. Para ajudar as companhias a atingir seus objetivos, o FSB é responsável em promover a educação do consumidor. Consequentemente, o FSB tem um grande papel a desempenhar em relação a facilitar, financiar, monitorar e coordenar melhor a educação do consumidor.

Atualmente, existe a iniciativa para criar um campo mais amplo de atuação e para retirar as associações de assistência funeral e as salas de funeral da responsabilidade da *Friendly Societies Act* (Lei de Sociedades Amigas) para uma *Cooperatives Act* (Lei de Cooperativas) paralela, que seja mais apropriado ao contexto da AS. O desenvolvimento desta nova linha compreenderá uma licença para seguros de assistência funeral específica, disponível a todos os players do mercado, com entrada limitada e exigências de conformidade (compliance). Esta nova linha deve estar acessível para seguradoras participantes e comerciais. Pequenas, as associações de assistência funeral devem ser regulamentadas pela nova lei de Cooperativas (*Cooperative Bill*).

3.3 Filipinas

Nas Filipinas, o supervisor de seguros criou um sistema de dois níveis, similar aos ambientes regulatórios estratificados que surgiram para o microcrédito. Para criar uma companhia de seguros de vida de primeira linha é necessário um aporte de Php 50 milhões (quase US$ 1 milhão) e para não vida Php 100 milhões (US$ 2 milhões).[19] O Comissário de Seguros (IC) das Filipinas planeja aumentar a exigência de capital mínimo para todas as novas seguradoras participantes.

A segunda linha compreende as associações de benefício mútuo (ABM), uma forma institucional criada pela IC no âmbito da lei de seguro. Embora a maioria das ABMs seja pequena e não registrada, uma vez que elas se tornem significantes o bastante "para serem notadas" em termos de volume e membros, elas iriam precisar de registros, isto é serem autorizadas pelo Comissário.

[18] O *Financial Sector Charter* (Regulamento do Setor Financeiro) (2003) na África do Sul foi concebido originalmente como um modelo de transformação para a indústria de serviços financeiros, isto é eliminar o preconceito do setor financeiro em termos de suas práticas de dominação, empregabilidade e aquisição até agora predominantemente branca; entretanto, também inclui alvos bastante específicos para a melhoria do acesso financeiro. Os signatários do regulamento incluem o governo, a indústria e os da sociedade trabalhadora e civil. Em termos específicos, os bancos e as seguradoras se comprometeram a oferecer determinados produtos e serviços à população de baixa renda até 2008.

[19] US$I = 52.87 PHP (peso filipino)

De acordo com o *Mutual Benefit Associations Act*,[20] tais associações são sujeitas à supervisão e precisam ter o acesso a um atuário. Uma ABM deve depositar US$ 182 como capital inicial e continuar a contribuir para um fundo de garantia com pelo menos 10 por cento de seus recursos, até atingir o capital mínimo exigido para uma companhia de seguros plenamente estabelecida. A autorização e a supervisão da ABM fornecem alguma proteção para os seus membros uma vez que a supervisão reduz a vulnerabilidade do programa à fraude e à má administração. O IC estabeleceu uma unidade especial para supervisionar as ABMs.[21] Todavia, na prática, ela não ameaça agressivamente as ABMs não registradas devido à limitação de sua capacidade supervisora, que levanta dúvidas a respeito do grau de proteção ao consumidor na situação atual. Não é exigida licença para os agentes das ABMs.

Um problema deste esquema são as diferenças entre as elevadas taxas de impostos entre as companhias de seguros comerciais e as instituições de segunda linha, o que pode representar um impedimento à conversão de uma entidade de segunda linha em primeira linha. Por exemplo, o CARD ABM, que forneceu seguro de vida a mais de 600.000 Filipinos pobres em 2004, tinha originalmente planejado se transformar em uma seguradora de primeira linha. Entretanto, este planejamento progrediu devido à elevada carga fiscal imposta a companhias de seguros, mesmo que o CARD ABM venha a ter um número interessante de oportunidades de negócio, caso se torne uma seguradora de primeira linha.

Embora os impostos não estejam diretamente sob o controle dos supervisores de seguros, eles estão em uma boa posição para fornecer informações relevantes aos legisladores. Na atual situação, em que os governos de muitos países buscam promover mecanismos alternativos de mercado para oferecer proteção para as vidas, a saúde e os recursos da população, os legisladores podem encontrar o mérito em tais propostas.

Algumas ABMs são registradas como tal para usufruir de condições mais favoráveis de tributação (arbitragem regulatória) e algumas delas não estão em sua melhor saúde financeira, possivelmente devido à gestão fraudulenta, entre outras razões. Em reconhecimento a estes problemas, o IC planeja ajustar a regulamentação das ABMs em um futuro próximo.

4 Conclusões

O ponto de partida para a criação de mercados inclusivos de seguro é que os supervisores tenham um mandato para isso. Se os supervisores de seguro devem cumprir com este mandato e assumir suas responsabilidades sobre o desenvolvimento do mercado, eles precisam de instruções dos legisladores para tornar isto realmente uma prioridade. Tais instruções fazem sentido, devido ao papel do se-

[20] Capítulo VII do *Insurance Act* (seções 390-409).

[21] Em 2001, 18 dos 32 ABMs licenciados (56 por cento) foram inspecionados no local.

guro em alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio (*ver Capítulo 1.1*) e aos recursos limitados disponíveis para os benefícios de proteção social com patrocínio público (*veja o Capítulo 1.3*).

O principal desafio para os supervisores é criar um ambiente que possibilite alcançar e garantir a sustentabilidade do crescimento do mercado de microsseguro. Sob a perspectiva do segurado, os supervisores precisam garantir que o número crescente de programas semi-informais ou informais de microsseguro cumpram suas obrigações com seus associados. A proteção dos poucos recursos da população pobre é uma preocupação crítica.

É bastante difícil oferecer esta proteção ao consumidor e, ao mesmo tempo, incentivar soluções inovadoras para atender às necessidades de seguros das famílias de baixa renda. Os ajustes às estruturas regulatórias são frequentemente percebidos como estando em conflito com princípios de prudência e risco, criando distorções no mercado. Consequentemente, os supervisores têm que encontrar um equilíbrio que promova a inclusão – o que significa estender o seguro ao enorme mercado de baixa renda e também proteger seus investimentos e sua confiança – sem impor uma carga indevida sobre os supervisores. Isto não é uma tarefa fácil.

Uma vez que as elevadas exigências de capital são impróprias para as pequenas apólices de microsseguro, uma solução que precisa ser mais bem explorada é a metodologia do capital baseado em risco (RBC). O RBC representa o volume de capital que uma companhia deve possuir para proteger seus clientes de variações adversas, com base em uma avaliação dos riscos. É calculado normalmente aplicando-se fatores às variáveis contábeis que representam os vários riscos aos quais uma companhia está exposta. A supervisão baseada em riscos se tornou conhecida como um padrão internacional, endossado pelo IAIS e pelos supervisores de mercados desenvolvidos.

Cada jurisdição tem suas características específicas e não existe uma solução única que seja adequada a todas elas. Isto é demonstrado nos exemplos da Índia, da África do Sul e das Filipinas, onde cada país adotou uma estratégia diferente. A Índia obriga suas seguradoras a atender às camadas mais pobres e já efetuou alguns ajustes regulatórios importantes, como a reforma das normas para corretores/agentes, que pode ser a maneira mais fácil de estimular o aumento da oferta de microsseguro. A África do Sul, em seu caminho para uma nova estrutura para o microsseguro, está se aproximando com cautela do enorme setor segurador informal. O supervisor quer estender a proteção ao consumidor às pessoas que possuem o seguro informal, mas não quer regulamentar os programas informais. A solução encontrada nas Filipinas é fortalecer os programas mútuos. O modelo do fundo garantidor, vinculado aos volumes e sem exigir muito capital inicial, é um mecanismo apropriado para fornecer a proteção ao consumidor para os fornecedores de segunda linha.

A revisão das exigências de autorização de agentes e corretores pode ser a maneira mais rápida e a mais fácil de estimular o aumento da oferta de serviços de seguro, enquanto a criação de uma nova categoria de instituições pode ser um

importante passo, mas pode exigir algum tempo e esforço. Adicionalmente, o surgimento de administradores terceirizados pode ser importante, uma vez que o microsseguro é um negócio de grande volume e pequena margem que exige uma considerável especialização administrativa. É também útil considerar os canais de distribuição alternativos: os varejistas e as companhias de telefonia celular – qualquer organização que efetue transações financeiras com o mercado de baixa renda – poderiam distribuir o microsseguro.

Deve haver uma estrutura regulatória coerente e baseada em princípios para levar em consideração as diferentes exigências institucionais para o microsseguro. Tal estrutura não significa necessariamente uma legislação específica para o microsseguro, como no caso da Índia. Poderia também compreender emendas à legislação, como nas Filipinas. Ao invés de incluir todas as seguradoras em um único pacote regulatório, esta estrutura estratégica requer diferentes regras e regulamentos para tipos distintos de provedores. Ou seja, é provável que opções institucionais especiais para o microsseguro sejam mais eficazes para aumentar a inclusão da indústria de seguros do que uma regulamentação padronizada para todos.

A promoção do microsseguro implica na tomada de medidas concretas por parte dos legisladores e dos supervisores, que devem compreender que incorporar programas de microsseguro às esferas regulatórias impõe custos aos supervisores, assim como aos segurados. Adicionalmente, deve-se analisar a ameaça de que a formalização de programas informais pode levar a uma perda de sua orientação social.[22]

A boa supervisão exige competência técnica específica em seguros. Certamente, não é apropriado delegar esta responsabilidade a outras autoridades governamentais. Nesta mesma linha, a capacidade dos supervisores do seguro é de grande importância. É irreal promover ajustes ao ambiente regulatório, que poderão produzir um aumento de seguradoras regulamentadas, sendo que algumas com estratégias regulatórias diferenciadas, sem aprimorar a capacidade e os recursos dos supervisores de seguro.

Uma questão crítica é como tratar os pequenos programas que não estão (ainda) aptos a adotar a orientação comercial exigida para uma instituição formal. É importante definir um ponto inicial no qual a formalização deve passar a ser exigida e onde a regulamentação precisa ser imposta (Genesis Analytics, 2005). As operações de microsseguro até este ponto devem, então, ser isentas de supervisão. Entretanto, uma vez que o ponto inicial é atingido, tais entidades precisam ser autorizadas formalmente.

[22] No microcrédito, os dados mostram que a correlação entre a formalização e o abandono da causa social é muito mais fraca do que se achava e nem por isso o fato é considerado um problema grave. Isto pode, em parte, estar relacionado ao fato de que encontrar comerciantes "reais" não era, na maioria dos casos, uma necessidade urgente para os MFIs, devido à grande disponibilidade de investidores orientados para o desenvolvimento.

Uma etapa intermediária para os pequenos provedores de microsseguro que já são grandes o bastante para atuar fora da percepção do regulador, mas ainda pequenos para obter uma autorização para operar com uma seguradora plenamente estabelecida, poderia ser a auto-regulação (padrões de conduta de mercado) organizada por uma instituição superior. De certa forma, a auto-regulação pode ajudar a indústria, mas não pode isentar os supervisores de seguros de suas responsabilidades. Esta estratégia somente pode ser viável em países com um número significativo de provedores (Genesis Analytics, 2005).

O microsseguro opera no limite entre a proteção social fornecida pelo governo e as intervenções do mercado. Consequentemente, o constante diálogo com as partes relacionadas é necessário para assegurar a compatibilidade e a coesão das políticas públicas e privadas. Por exemplo, uma análise do mecanismo de precificação dos programas de seguros subvencionados pelos governos poderia fornecer indicadores que demonstram como tais programas funcionariam na ausência de subsídio. Além disso, também poderia fornecer evidências sobre os méritos das parcerias público-privadas para garantia de melhores serviços, a redução de custos e subsídios e para direcionar subsídios para o segmento mais vulnerável da população. Regras mais claras precisam ser definidas em termos de normas de contabilidade e solvência para segregação de produtos subsidiados na carteira de uma seguradora.

Finalmente, para que as adaptações regulatórias funcionem, existe a necessidade de um investimento significativo em educação em diversos níveis. Os legisladores e os supervisores têm que compreender os riscos e o potencial do microsseguro e consequentemente a transferência de conhecimento e o diálogo são primordiais. As instituições doadoras e outros incentivadores também estão aprendendo e têm que estar preparados para financiar e ajudar tecnicamente os supervisores e também os fornecedores de microsseguros. Finalmente, os clientes que demandam serviços de microsseguro não são suficientemente educados; os governos e as organizações doadoras precisam assumir seu papel nesta área. Estes desafios têm que ser tratados paralelamente aos aspectos relacionados à regulação e supervisão.

5.3 O papel promocional dos governos

Sabine Trommershaüser, Roland Lindenthal e Rüdiger Krech

Os autores apreciaram o inteligente e útil retorno sobre o conteúdo deste capítulo fornecido por Christian Jacquier (OIT), por Jeremy Leach (FinMark Trust) e por Gabriele Ramm (consultora).

A proteção contra riscos é um direito do cidadão. Consequentemente, é responsabilidade do Estado usar todos os meios possíveis para oferecer este bem público e criar um ambiente que promova o acesso equitativo aos sistemas de proteção social (OIT, 2002C).

Os governos podem representar diferentes papéis na tentativa de cumprir esta responsabilidade. Em primeiro lugar, como discutido no capítulo 1.3, os governos podem fornecer a proteção social, tal como assistência médica, benefícios de invalidez por acidentes no trabalho e aposentadorias. Entretanto, o recolhimento de impostos dos governos é limitado. Em muitos países em desenvolvimento, normalmente não mais do que 20 por cento da população ativa são incluídos nos sistemas regulares de seguridade social (OIT, 2000). Atualmente, muitos governos são incapazes de proporcionar estes serviços fundamentais à grande maioria de seus cidadãos.

Em segundo lugar, os governos são responsáveis por regular e supervisionar o setor segurador, que fornece uma valiosa proteção aos negócios e aos cidadãos do país, especialmente àqueles que têm meios de pagar por ela. Se o governo é incapaz de fornecer um grau apropriado de proteção social por si só, ele deve pelo menos criar um ambiente no qual o mercado possa estender os sistemas de proteção aos segmentos não abrangidos. Conforme descrito no capítulo anterior, as adaptações à legislação e à regulamentação de seguros podem ajudar muito para que as seguradoras atendam ao mercado de baixa renda.

Entretanto, mesmo em um ambiente regulador propício ao desenvolvimento do microsseguro, sozinhas, as forças do mercado não resolverão o problema da cobertura insuficiente de proteção social. Em uma base meramente comercial, o microsseguro – com suas pequenas operações, baixa receita de prêmios, custos administrativos relativamente elevados e dificuldade em alcançar o mercado alvo – não é particularmente atrativo para a maioria das companhias de seguros. Onde a cobertura e a qualidade dos programas de seguridade social formais são limitadas e onde as companhias de seguros não estendem seus serviços aos pobres, os governos precisam explorar outras opções para aumentar a cobertura da proteção social.

Isto conduz a uma terceira abordagem, onde os governos representam o papel de facilitadores para ajudar a superar as imperfeições do mercado, promovendo o microsseguro com uma variedade de opções institucionais. Neste papel promocional, os governos podem até utilizar seus recursos escassos para incentivar investimentos adicionais do setor privado na oferta de proteção. Este capítulo descreve esta terceira função e ilustra as maneiras como os governos podem promover o microsseguro.

1 Estabelecimento de uma política, participação e construção de um consenso

Se um governo considera a proteção social uma prioridade política e se considera que o microsseguro pode complementar outros aspectos de um programa de proteção social abrangente, ele pode decidir incentivar ativamente esta estratégia. Mas, antes de fazer isso, é aconselhável medir o potencial do microsseguro em relação a suas limitações. Os governos devem envolver todas as partes chaves interessadas na fase inicial deste processo de discussão e de formulação de políticas.

Microsseguro não é, necessariamente, a única, nem a melhor alternativa possível para proteger a população alvo contra os riscos mais significativos. A maioria dos programas atinge somente uma parte da população e não resolve o problema do acesso para os grupos mais pobres e mais vulneráveis, que podem não ter recursos para arcar com as contribuições e têm necessidades de proteção além daquelas oferecidas pelo microsseguro. Seria, consequentemente, irreal supor que o microsseguro pode proteger todos aqueles não cobertos por programas formais existentes. Contudo, ele pode representar um papel de contribuição; determinar qual é exatamente esse papel vai depender do processo político.

As decisões sobre diretrizes públicas – em particular no contexto de matérias sociais – são essencialmente políticas, porque envolvem um grande número de questões fundamentais, ainda que subjetivas, que precisam ser tratadas explicitamente em uma política pública de proteção social abrangente. O que é, por exemplo, o nível desejado de interdependência? Para o governo, uma primeira etapa na formulação de uma política de microsseguro é facilitar um processo participativo que avalie se os objetivos sociais da nação podem ser alcançados e sustentados eficazmente através do microsseguro. Neste contexto, a extensão do compromisso de um governo com seus objetivos sociais é importante para determinar se e como ele deve se envolver com o microsseguro. Uma estrutura de política nacional deve definir o papel das microsseguradoras no contexto abrangente, assim como os papéis específicos do governo e das outras partes interessadas.

É de suma importância envolver todas as partes chaves interessadas no processo de formulação política, se elas devem ser amplamente aceitas e sustentadas pela maioria da população. As partes interessadas incluem grupos da sociedade

civil (por exemplo, organismos religiosos, ONGs), organizações cooperativas autônomas e suas instituições superiores e seguradoras domésticas e internacionais. Outros membros importantes do microsseguro incluem organizações sindicais de empregados e empregadores, prestadores de serviços, associações profissionais e sócios bilaterais e multilaterais de desenvolvimento.

O sucesso na promoção do microsseguro depende das parcerias próximas entre todas as partes interessadas; entretanto, determinadas atividades somente podem ser fornecidas pelo Estado, tal como a criação de estruturas jurídicas e a prestação de serviços que nenhum outro membro poderia ou gostaria de oferecer. As parcerias público-privadas (PPPs) podem ter uma importância particular onde os recursos e o conhecimento nacionais são limitados. Por exemplo, uma das maiores companhias de seguro do mundo, a Allianz AG, se uniu à GTZ e à UNDP para desenvolver produtos de microsseguro na Índia e na Indonésia.

O processo geral de participação no desenvolvimento das políticas deve ser facilitado pelo governo e exige vontade política para acontecer. Neste contexto, um problema técnico pode ser o fato de que os trabalhadores da economia informal, frequentemente, estão insuficientemente organizados para comunicar devidamente as suas necessidades ao governo (Carrin, 2002). Politicamente, pode ser difícil chegar a um consenso quanto ao grau de interdependência e de distribuição necessários para estender a cobertura da proteção social a toda a população. É necessária muita vontade política para estender a cobertura aos mais pobres, uma vez que a redução de vulnerabilidade compete com outras prioridades.

Entre as questões básicas a serem decididas pelas partes interessadas está a definição do conceito do microsseguro, para o qual existem muitas opções. Por exemplo, para qual modelo de distribuição deve ser dada prioridade – organizações cooperativas autônomas, modelos sócio-agente, programas de seguro com base comunitária, modelos de vendas diretas ou uma mistura de alguns ou de todos os modelos? Outras questões são aquelas relacionadas à sociedade compulsória ou voluntária, ao grau de co-financiamento ou de subsídio aos prêmios e à aceitação de programas de gerenciamento de riscos baseados em índices ou derivados (por exemplo, programas de seguro baseados em índices meteorológicos).

Dependendo das circunstâncias específicas de um país e após consultas às principais partes interessadas, o governo precisa escolher as opções mais apropriadas para a promoção do microsseguro. Uma avaliação cuidadosa permite a priorização dos possíveis instrumentos e assegura a seleção daqueles com o maior impacto potencial nos objetivos sociais da nação em relação a seu custo. As várias ferramentas e opções à disposição do governo incluem: (a) criar um ambiente facilitador, (b) reforçar as instituições e (c) fornecer ajuda econômica.

2 Criando um ambiente favorável

Embora frequentemente associado à estrutura legal e regulatória, um ambiente propício abrange realmente um grande número de áreas. De fato, virtualmente, cada atividade governamental, desde a legislação até a prestação de serviços públicos (por exemplo, saúde básica, instrução primária, segurança física e políticas trabalhistas que promovem o trabalho formal) poderia ser considerada como contribuinte para um ambiente propício. Ao identificar os possíveis obstáculos ambientais ou de infra-estrutura que impedem o desenvolvimento e a expansão do microsseguro, os governos podem estar aptos a fazer ajustes através de investimentos limitados, que poderiam aumentar significativamente a disponibilidade e a qualidade do seguro aos pobres.

2.1 Estrutura legal e regulatória

Muitos fornecedores de microsseguros operam fora das leis de seguro, onde nem os interesses nem as reservas dos consumidores recebem a proteção adequada. Conforme descrito no capítulo anterior, uma estrutura regulatória bem desenvolvida é o principal fator para a prestação eficaz e eficiente de serviços de microsseguros.

Além de uma lei específica para as instituições de microsseguros, várias regulamentações legais adicionais influenciam a criação, a operação e a expansão de programas de microsseguro:

- A estrutura regulatória existente para as instituições de microcrédito (MFIs), que podem atuar como corretores ou canais de distribuição
- Leis para outros tipos da instituição tal como cooperativas
- Toda a estrutura jurídica existente para o mercado de seguros, incluindo o resseguro
- A regulamentação contábil do governo visando à prevenção de irregularidades fiscais
- Legislação de impostos

Dentre outras.

Os legisladores devem assegurar a consistência das políticas, das leis e da regulamentação relacionadas ao microsseguro. Desta forma, uma abordagem sistemática para elaboração das políticas é exigida.

A estrutura regulatória determina, por exemplo, se as organizações sem fins lucrativos, as cooperativas e as microsseguradoras comunitárias são formalmente autorizadas a operar no mercado. Além disso, define a extensão da iniciativa privada, por exemplo, se as seguradoras possuem responsabilidades adicionais ou obrigatórias através de um regime de quotas para a população pobre como na

Índia. Como uma alternativa para obrigar as seguradoras a entrar no mercado de baixa renda, poderiam ser concedidos benefícios fiscais como um incentivo às seguradoras do setor privado que oferecessem produtos à população pobre. Em tal situação, é importante reconhecer que o mercado de baixa renda pode exigir um tipo diferente de proteção ao consumidor (*ver Quadro 96*). Adicionalmente, pode ser necessário explorar outras maneiras de levar políticas de proteção ao consumidor até os segurados de programas informais de seguro.

Quadro 96 **O ouvidor de seguros no Sri Lanka**

O novo escritório do Ouvidor de Seguros no Sri Lanka foi inaugurado em 1º de fevereiro de 2005. As experiências positivas da Ouvidoria Financeira no Sri Lanka levaram a criação deste novo escritório. O objetivo do Ouvidor de Seguros é a solução satisfatória das queixas e disputas entre os segurados e as companhias de seguros cobertas pelo programa, que incluem a ALMAO (*All Lanka Mutual Assurance Organization*), agora uma companhia de seguros regulamentada. O ouvidor tem o poder de fazer concessões monetárias às quais se sujeitam as instituições de seguros participantes.

Além de sua função principal de atendimento às queixas, o ouvidor desenvolve esforços para melhorar a consciência sobre o seguro junto à população do Sri Lanka. Devido à participação da ALMAO no mercado de baixa renda, tanto a propaganda social quanto a abordagem de solução de reclamações deverão ser adaptadas às características dos segurados da ALMAO.

Fonte: Adaptado de Enarrson e de Wirén, 2006.

2.2 Prevenção de riscos e marketing social

Os governos podem representar um papel chave na prevenção e na redução de riscos. No nível macro, as políticas de prevenção para reduzir o impacto de eventos como crises econômicas, desastres naturais e conflitos sociais podem criar um ambiente estável no qual os programas de microsseguro podem prosperar. Adicionalmente, as atividades de redução de riscos, tais como o aprimoramento dos sistemas de prevenção de inundações, melhorias no saneamento básico, medicina preventiva e a monitoração eficaz de doenças que devem ser informadas, podem reduzir significativamente o risco e, consequentemente, as despesas de sinistros, assim como reduzir prêmios de seguro e tornar os produtos de seguro mais acessíveis à população pobre (*ver o Capítulo 3.9*). Naturalmente, estas são as iniciativas que os governos gostariam de disponibilizar para todos os cidadãos e não apenas para amparar os programas de microsseguro.

Além disso, os governos podem também se direcionar para mercados mais equitativos e inclusivos. Uma vez que o trabalho é, normalmente, o principal ou único recurso da população pobre, o acesso igualitário ao trabalho formal é um

dos aspectos mais importantes da redução do risco. Além disso, a velocidade e a qualidade do crescimento econômico precisam ser aperfeiçoadas, ao aumentar a elasticidade do emprego e a porção do trabalho formal na empregabilidade total; ambos irão facilitar a capacidade dos governos em mobilizar o financiamento compulsório para a cobertura universal (OMS, 2004). Por último, quanto mais o setor formal se expande, menor a necessidade de mecanismos alternativos de seguro, isto porque é mais fácil fornecer a cobertura adequada de seguridade social existente aos trabalhadores formais.

Além de atuar diretamente na criação de um ambiente mais saudável para os pobres, o governo pode também estar envolvido em campanhas de marketing social para construir uma maior consciência e compreensão entre os cidadãos quanto à importância de se prevenir e evitar riscos. Diversos programas de microsseguros, incluindo o BRAC e o *Grameen Kalyan* em Bangladesh, participam da campanha do programa de imunização do governo dirigida às crianças. As vacinas são fornecidas gratuitamente pelas autoridades de saúde e pequenas contribuições são feitas para cobrir o custo de promoção da campanha. Tal participação pode reforçar programas próprios de prevenção e melhorar sua imagem pública. Entretanto, dados obtidos das campanhas de saúde pública sugerem que os governos nem sempre são eficazes na tentativa de mudar o comportamento público.

O marketing social pode também ser estendido para promover estratégias de gerenciamento de riscos e para tentar criar uma cultura do seguro. Certamente, a falta de uma cultura do seguro é identificada normalmente como o principal obstáculo à expansão do microsseguro e representa uma matéria que o governo poderia tratar com recursos limitados. O governo poderia empreender esta tarefa sozinho ou incentivar o setor segurador a assumir esta responsabilidade.

As campanhas de sensibilização sobre as características e as vantagens específicas do microsseguro podem explicar como participar e implantar programas, mas, também podem ser úteis para descrever os direitos e as obrigações dos segurados, assim como os custos das coberturas, que frequentemente são superestimados, além dos custos de não ter o seguro social, que geralmente são subestimados (GTZ, 2005). O marketing social pode ajudar a reduzir a concepção errada do consumidor e as expectativas irreais, que podem representar um grande obstáculo e levar a um erro de interpretação mútuo (Huber et al., 2003).

Na Guatemala, por exemplo, um dos temas chaves da Superintendência de Bancos (que inclui a Delegação de Seguros) é promover melhores práticas de gestão de riscos, para as instituições financeiras e clientes. O responsável pela seção de seguros está incentivando seguradores tomar a frente – ao invés da Superintendência fazê-lo – na introdução das melhores práticas para o gerenciamento do risco através de um foco sobre: (a) práticas incorporadas, (b) código de ética de clientes e (c) proteção ao consumidor (Herrera e Miranda, 2004).

2.3 Pesquisa, informação e fornecimento de assistência médica

Outro aspecto do ambiente propício para o microsseguro é que determinados serviços precisam existir para que o setor segurador funcione corretamente, destacando-se dados importantes sobre pesquisas, informações relevantes e a disponibilidade de assistência médica adequada.

O tratamento de riscos envolve o reconhecimento de suas fontes e características, por exemplo, se eles afetam os indivíduos em uma maneira independente ou simultânea. A combinação mais apropriada de estratégias e de providências para o gerenciamento de riscos em cada situação dependerá do tipo de risco e da praticidade dos instrumentos disponíveis (Dixon et al., 2002). A informação relevante e dados estatísticos podem ajudar na discussão dos argumentos para a cobertura universal e reforçar a necessidade do microsseguro como um dos elementos da ampla estrutura de proteção social.

Além disso, quanto mais informação disponível as microsseguradoras tiverem para determinar o preço e as características apropriadas dos produtos, menores deverão ser os prêmios para os segurados pobres. Os serviços de informação estatística para o setor segurador precisam de recursos e capacidade. Tais serviços, que poderiam ser bancados pelo Estado, devem fornecer informação valiosa às seguradoras para a adequação dos prêmios e pacotes de benefícios. No seguro de saúde, por exemplo, isto pode incluir a informação sobre as doenças predominantes, a qualidade das instalações e o custo indicado para os diferentes procedimentos. As estatísticas podem também facilitar a troca de experiências e de lições aprendidas entre as instituições e os indivíduos envolvidos no microsseguro e na sua promoção.

Outro elemento é a oferta de assistência médica adequada. De fato, a acessibilidade às instalações de saúde existentes e a qualidade do atendimento que elas oferecem representam fatores chaves determinantes para o sucesso futuro de qualquer programa de seguro de saúde (*ver Quadro 97*). Consequentemente, os governos podem apoiar e promover o desenvolvimento do microsseguro, melhorando a disponibilidade, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde para todos os cidadãos em postos de saúde e hospitais públicos (OIT, 2002C).

Quadro 97 **Prestadores de serviços de saúde e as organizações mútuas de saúde (MHOs) em Mali**

Os sócios mais importantes da UTM (*Union Technique de la Mutualité Malienne*) são os prestadores de serviços de saúde, que têm um relacionamento simbiótico com as MHOs. Certamente, a maioria das MHOs está estruturada em torno de um centro de saúde (*aire de santé*) que fornece serviços aos habitantes de uma determinada área geográfica. Os prestadores de serviços de saúde se beneficiam

da presença das MHOs, uma vez que estes garantem que a população local possui os recursos financeiros para utilizar os serviços e muitos deles representam um papel fundamental na criação de novas MHOs.

Fonte: Adaptado de Fischer et al.,2006a.

Os prestadores de serviços de saúde são um elemento essencial para o sucesso de um programa de microsseguro de saúde. Onde estes programas podem trabalhar em parceria com provedores públicos – como UTM e UMSGF (Guiné) – eles podem controlar melhor seus custos porque os prestadores de serviços de saúde pública frequentemente cobram taxas fixas. Os prestadores da saúde pública tendem a ser mais baratos porque suas operações são subsidiadas parcial ou completamente pelo Estado. Se os programas de microsseguro visam a reduzir os custos de sinistros, precisam encontrar maneiras de trabalhar melhor com os programas de saúde pública. Um suporte governamental ao microsseguro certamente poderia ajudar nesta tarefa. Por exemplo, no caso da *Karuna Trust*, um comitê coordenador foi criado para melhorar a qualidade de serviços de saúde, incluindo representantes do Ministério da Saúde e Bem Estar Familiar, representantes da *Karuna Trust* e da companhia de seguros. O comitê de coordenação reúne-se regularmente para monitorar a implementação do programa de seguro.

2.4 Corrupção e fraude

A corrupção, quando difundida, pode representar uma barreira significativa ao desenvolvimento do microsseguro, e pode seriamente impedir as chances de sucesso de um programa. Por exemplo, supõe-se que os prestadores de serviços de saúde dependam dos pagamentos formais e não de pagamentos extras efetuados "por baixo dos panos" para obter acesso às entidades públicas. Igualmente importante neste contexto é a fraude perpetrada pelos segurados que, por exemplo, podem reclamar por custos fictícios de serviços médicos, ou pelos administradores que desviam os recursos recebidos pela seguradora (Weber, 2002). Os governos podem representar um papel importante no combate à corrupção e assegurar a credibilidade e a transparência do funcionamento dos serviços de saúde e dos mecanismos de liquidação financeira (Ranson e Bennett, 2002).

É interessante ressaltar que a promoção dos programas de microsseguro pode também, até certo ponto, ajudar a reduzir a fraude, pelo menos nos centros de saúde. Por exemplo, na UMSGF na Guiné, as pesquisas iniciais efetuadas na região mostraram que o custo médio declarado de hospitalização (médica ou cirúrgica) era GNF 80.000 (US$ 33) por internação, muito mais elevado do que os preços oficiais cobrados por prestadores de saúde – em média GNF 20.000 (US$ 8.20). Consequentemente, o programa de microsseguro escolheu por executar um acordo de pagamento a terceiros de modo que os participantes não tivessem que pagar adiantado pelo tratamento. Eliminadas as trocas financeiras entre

a equipe de saúde e os pacientes, as práticas ilegais, como a cobrança de sobretaxas, também são reduzidas.

3 Fortalecendo as instituições

Além de criar um ambiente em que os fornecedores e os produtos de microsseguro possam florescer, os governos podem igualmente intervir no âmbito das instituições para reforçar os fornecedores de microsseguro e para facilitar as parcerias.

3.1 Redes e estruturas de ponta

Para que o microsseguro seja bem sucedido, unidades de ocupação baseadas localmente precisam estar ligadas a maiores redes estruturais a fim de realçar as funções de representação e diversificar o risco. As experiências em Mali (UTM), no Senegal (CRMST) e na Guiné (UMSGF) demonstram como uma estrutura federal reforça o sistema (*ver Capítulo 4.3*). Este importante relacionamento também fornece a estrutura de sustentação para operações mais profissionais, através de controles internos e monitoração de desempenho, serviços de consultoria, treinamento, bancos de dados, centros de pesquisa, compartilhamento de lições aprendidas e de dados relevantes e contato com outras partes interessadas. As redes também representam um papel chave em iniciar novos programas e consequentemente expandir a disponibilidade do microsseguro e aumentar a economia de escala.

Em consequência, os governos devem, sempre que apropriado, incentivar a criação de associações de microsseguro ou apoiar as já existentes. O financiamento destas estruturas de apoio representa o desafio principal, uma vez que muitas delas não recebem recursos suficientes de seus associados para custear inteiramente seus gastos. Esta pode ser uma área onde os subsídios do governo podem também ser eficazes, como será discutido na próxima seção. Além disso, o governo também pode facilitar o acesso a organizações de suporte adequado, incluindo agências governamentais e administrações locais, para promover parcerias mutuamente benéficas (*ver Quadro 98*).

Quadro 98

Supervisão na Guiné-Bissau

Na Guiné-Bissau, o Ministério da Saúde Pública descreveu em linhas gerais as responsabilidades específicas para os líderes de povoados, a respeito dos programas pré-pagos de saúde da comunidade. A estrutura política permite um alto grau de autonomia na gestão do programa, mas mantém o povoado responsável por várias funções. Por exemplo, os povoados estão livres para decidir as condições do programa de pré-pagamento (per capita, por adulto ou por família) e os prazos de pagamentos. Da mesma forma, povoados maiores podem criar subcomissões especiais de saúde para controlar as operações dos centros de saúde do povoado.

As diretrizes também especificam as responsabilidades dos povoados. Estas incluem construir os centros de saúde, para o qual o Ministério da Saúde Pública fornece material de construção, e assegurar o adequado fornecimento de medicamentos. Deste modo, a parceria entre o Ministério da Saúde Pública e os povoados se beneficia da capacidade de supervisão do governo sob a forma de diretrizes e da monitoração e da capacidade dos povoados em relação ao conhecimento local.

Fonte: Adaptado de Ranson e Bennett, 2002.

3.2 O elo com organizações doadoras e fundos internacionais

Como descrito no capítulo 5.1, o auxílio internacional pode ajudar a promover os programas de microsseguro, seja através de transferências diretas de dinheiro ou pelo auxílio técnico. Entretanto os provedores de microsseguro podem não possuir a capacidade, o conhecimento e as redes de relacionamento profissional para estabelecer contatos e negociar os termos do auxílio com os potenciais doadores e/ou os fundos internacionais, tais como o *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculose and Malaria* (GFATM) e o *International Finance Fund* (IFF), ou o inovador *Global Social Trust* (GST).[1] Eles confiam no governo para representar o papel de intermediário entre o auxílio externo e – por último – o público-alvo (*ver Quadro 99*). Neste contexto, o interesse do governo no microsseguro determina o volume e a extensão do auxílio dos doadores externos, por exemplo, definindo prioridades em negociações bilaterais e multilaterais.

Quadro 99 **Facilitando as ligações da UNDP na Índia**

O Ministério da Saúde Indiano (*Indian Ministry of Health*) decidiu desenvolver programas piloto em Bengala Ocidental e em Karnataka para testar opções de financiamento de saúde para a comunidade, e para aprender com estas experiências. O ministério concordou em trabalhar em parceria com as ONGs já estabelecidas e bem sucedidas; a *Karuna Trust* foi abordada em 2001 por recomendação do governo de Karnataka. O programa foi projetado para se concentrar somente nos centros de saúde pública. As operações de microsseguro da *Karuna Trust* iniciaram em 2002, com a ONG servindo como agente de distribuição para a *National Insurance Company* do governo.

O benefício principal do produto de seguro é o pagamento de diárias aos segurados quando estes estão hospitalizados. Os meios públicos oferecem tratamento grátis para aqueles que vivem abaixo da linha da pobreza ou cobram taxas

[1] Este conceito é parte de uma campanha maior da OIT para incentivar países a estender a seguridade social e estreitar laços entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, para fortalecer e estender os programas de proteção social a estes últimos (*ver Quadro 14 no Capítulo 1.3*).

bastante modestas para cirurgia e hospitalização, serviços para paciente não hospitalizado e (em parte) medicamentos. A ideia básica do programa de seguro da *Karuna Trust* é que os pobres usem estes serviços gratuitos, ao invés de comprá-los de outras fontes. O pacote de benefícios busca compensar as fragilidades na infra-estrutura pública de saúde pela perda de renda. Se o segurado é hospitalizado por mais de 24 horas em um hospital da rede pública, são pagos Rs. 50 (US$ 1,10) por dia como compensação pela perda de salário, por um máximo de 30 dias por ano. Todas as pessoas hospitalizadas são elegíveis.

Para superar a falta de conhecimento em seguros do mercado, a UNDP concordou em cobrir os custos dos prêmios pelos primeiros dois anos. O prêmio totalmente subsidiado pode ter facilitado a venda do produto, mas seu retrospecto mostra que isto pode não ter sido a melhor política. É difícil convencer clientes a pagar por um seguro que foi fornecido gratuitamente nos primeiros dois anos. Agora a *Karuna Trust* está se esforçando para superar este problema.

Fonte: Adaptado de Radermacher et al., 2005a.

3.3 Facilitando ligações com seguradoras comerciais

Em alguns países, importantes provedores de microsseguro podem incluir organizações de empregados e empregadores, prestadores de serviços, associações profissionais, grupos da sociedade civil e cooperativas. Em particular, as instituições de microcrédito que já possuem transações financeiras com famílias de baixa renda podem representar um papel chave no fornecimento do seguro. Todas estas organizações podem estender o seguro aos pobres, por si próprias, através da parceria com companhias de seguros formais ou no âmbito das parcerias público-privadas.

Conforme discutido no capítulo 4.2, o modelo do sócio-agente é uma forma viável de expansão do microsseguro. Ele inclui uma companhia de seguros comercial com um canal de distribuição apropriado para alcançar os pobres, para proveito da seguradora, do agente e do cliente. Devido aos resultados mutuamente benéficos de tal modelo, os governos podem ajudar a facilitar as ligações entre seguradoras e potenciais agentes de entrega.

Além de facilitar as ligações, os governos precisam desenvolver um quadro jurídico condizente com tal colaboração. Por exemplo, a Autoridade para o Desenvolvimento e Regulação de Seguros (IRDA) relaxou os padrões de licenciamento para os agentes de microsseguro (*ver Capítulo 5.2*). Também é importante reconhecer que tais relacionamentos nem sempre são mutuamente benéficos, especialmente quando os agentes de entrega não possuem domínio suficiente dos conceitos de seguro e, consequentemente, não fazem bons negócios para seus clientes. Consequentemente, os governos também devem assegurar que os direitos dos consumidores sejam respeitados e os padrões da qualidade sejam atingidos.

4 Fornecendo assistência financeira

Onde o microsseguro pode ser oferecido puramente em base de mercado, o suporte financeiro do governo não é necessário. Entretanto, existem várias situações em que o microsseguro puramente direcionado ao mercado não é possível. Por exemplo, pode levar vários anos para que as novas operações de seguro sejam sustentáveis, com exceção do modelo sócio-agente, que utiliza a infra-estrutura existente. O microsseguro em bases de mercado pode nunca alcançar os membros mais pobres e desprovidos da sociedade e, consequentemente, a ajuda econômica pode ser necessária para estender o alcance dos programas de microsseguro (isto é, servir à população mais pobre). Os subsídios podem também ser necessários para pesquisa e desenvolvimento, tal como a criação de novos produtos, melhoria de benefícios ou as experiências com tecnologia. Além disso, as estruturas superiores podem exigir a assistência financeira, pelo menos até que haja participantes suficientes para alcançar economia de escala. Dada a potencial necessidade de ajuda econômica, os governos têm que decidir se irão fazer tais investimentos e, em caso afirmativo, como estes podem ser projetados com maior eficácia (*ver Quadros 99 e 100*).

4.1 Transferências de pagamento direcionadas

Para ajudar a aprofundar a penetração dos programas de microsseguro, os governos podem provisionar a transferência de pagamentos aos cidadãos mais pobres, incapazes de pagar (total ou parcialmente) pelo seguro (Dror e Preker, 2002). Transferências direcionadas aos pobres têm um impacto importante de bem-estar. Neste contexto, uma decisão política precisa ser tomada em relação aos aspectos do subsídio: quais são os critérios de seleção e como podem ser obtidos dados estatísticos confiáveis sobre os pobres, sua renda e onde eles vivem?

Na realidade, muitas operações de microsseguro dependem do acesso contínuo a alguma forma de subsídio externo. Por exemplo, a *VimoSEWA*, que esteve envolvida com o microsseguro na Índia por mais de uma década, experimentou uma perda de 176 por cento em 2004 e uma perda (projetada) de 154 por cento em 2005, baseado nos altos sinistros para seus benefícios de seguro saúde (atualmente as outras linhas de produtos oferecem uma contribuição positiva).

Conforme discutido no capítulo 5.1, subsidiar prêmios pode não ser a forma mais apropriada de intervenção pública. Certamente, subsidiar programas de seguro saúde em lugares com fornecimento restrito pode levar os prestadores de saúde a ficarem menos inclinados a dar atendimento aos não-membros, que provavelmente são percebidos como possíveis pagadores (Bennett, 2004).

Onde o impacto fiscal de subsidiar muitos indivíduos seria insustentável, os recursos limitados precisam ser direcionados aos mais vulneráveis. Além disso, a maioria dos sistemas exige alguma forma de co-pagamento. A intenção é limitar o custo ao orçamento público, mas também neutralizar o comportamento oportunista do consumidor (risco moral). Outra finalidade das transferências públicas

de pagamentos pode estar relacionada à falta de recuperação, que ocorre quando há um sistemático excesso de despesas com benefícios em comparação à receita de uma unidade de microsseguro.

De forma geral, com base nas necessidades de um país, na capacidade administrativa, no sistema bancário e nas prioridades políticas, as transferências de pagamentos podem ser:

- fornecidas diretamente aos indivíduos para adquirir o seguro;
- fornecidas para apoiar novos programas (*ver Quadro 100*);
- fornecidas aos programas de microsseguro sociais ou comunitários (tanto regularmente ou durante as crises financeiras, ambos provavelmente irão melhorar sua viabilidade financeira);
- pagas em um consórcio (pool) financeiro (através de mecanismos que incluem o resseguro);
- fornecidas aos provedores para cobrir os investimentos ou os serviços não seguráveis, ou
- fornecidas sob a forma de transferências vinculadas (diretas e indiretas), ou seja, como subsídios que incentivam o uso de cuidados preventivos, de cuidados primários e de remédios essenciais.

Na realidade, uma mistura equilibrada destas opções deve ser obtida. Considerando as muitas imperfeições do mercado, pode ser argumentado que os subsídios seriam usados mais eficientemente se canalizados através dos provedores governamentais ou vinculados a determinados bens ou a atividades. Atualmente, entretanto, os dados são insuficientes para sugerir que tipo de subsídio é superior a outros (Ranson e Bennett, 2002).

Ao fornecer subsídios para o microsseguro, os governos precisam compreender os efeitos em não associados, assim como em associados, e analisar se os objetivos governamentais globais estão sendo atingidos de forma otimizada, dadas as combinações escolhidas. Geralmente, se verifica que os subsídios não garantem a equidade social ou a melhoria de acesso para os pobres – como o dinheiro para subsídios é obtido e como é gasto são ambos fatores importantes (Busse, 2002).

Quadro 100 **Subsidiando o *Yeshasvini Trust***

A *Yeshasvini Trust* é projetada como um programa de auto-seguro, financiado principalmente pelas contribuições dos membros, embora ela tenha necessitado de subsídios adicionais para começar. Nos primeiros dois anos de operação, os clientes pagaram Rs. 60 (US$ 1,36) de prêmio, por pessoa. Para pessoas abaixo da linha de pobreza, o governo de *Karnataka* complementou o prêmio cobrado com um adicional de Rs. 30 por pessoa (US$ 0,68). Juntamente, o governo estatal forneceu Rs. 45 milhões (US$ 1.022.727) no primeiro ano e Rs. 35 milhões (US$ 795.454) no segundo ano. Entretanto, o auxílio do Estado vai além do mero suporte financeiro.

Uma vez que as cooperativas indianas são um tanto dependentes do governo, o Departamento das Cooperativas (*Department of Cooperatives*) pode influenciar sua participação. A decisão de permitir que os associados simplesmente deduzam o prêmio de seguro de sua renda de negócios gerada na sociedade cooperativa foi o maior incentivo para a entrada de novos membros. As cooperativas foram a chave da Yeshasvini para obtenção de um grande número de segurados, cobrindo 1,6 milhões de membros no primeiro ano, e crescendo para 2,2 milhões no segundo ano. Entretanto, uma vez que os subsídios foram encerrados, os prêmios tiveram que ser aumentados para Rs. 120 (US$ 2,73), o que minou significantemente as renovações. No terceiro ano, somente 1,45 milhão de membros subscreveram, ilustrando a desvantagem de se subsidiar os prêmios.

Fonte: Adaptado de Radermacher et al., 2005b.

4.2 Resseguro

O resseguro é outra maneira pela qual a intervenção pública pode contribuir para a viabilidade de programas de microsseguro. Uma vez que o microsseguro é usado frequentemente por uma população alvo que vive em regiões próximas, não existe uma adequada diversificação do risco pela localização ou pela ocupação. As técnicas de resseguro social podem ser usadas para melhorar a viabilidade de pequenas concentrações de risco, típicas de programas informais de microsseguros (Dror e Preker, 2002).

Entretanto, assim como os pobres não possuem acesso ao seguro, os provedores de microsseguro normalmente não têm acesso ao resseguro (*ver Capítulo 5.4*). Caso as opções do mercado de resseguro para os programas de microsseguro sejam insuficientes e na ausência de acordos recíprocos viáveis, o governo deve incentivar e apoiar o desenvolvimento de mecanismos de resseguro através de um dos seguintes mecanismos:

- ressegurar os programas de microsseguro diretamente contra determinados riscos de covariância (o governo pode tanto estabelecer um fundo como efetuar contribuições financeiras para os recursos das associações, ou seja, uma combinação de resseguro e subsídio) ou
- subsidiar os prêmios que as microsseguradoras teriam que pagar pelo resseguro.

Alguns observadores argumentam que esta estratégia não é sustentável, pode gerar incentivos negativos e pode perpetuar projetos ruins de microsseguro (Newbrander e Brenzel, 2002). Devido à limitada experiência prática nesta área, não está claro quais recursos financeiros, capacidade gerencial ou aspectos institucionais são necessários a um governo para ter sucesso no resseguro. Uma estratégia alternativa seria facilitar as ligações entre microsseguradoras e as resseguradoras patrocinadas pelo governo (*ver Quadro 101*).

Quadro 101

Africa Re

A Companhia Africana de Resseguro (*African Reinsurance Corporation* – Africa Re) foi estabelecida em 1976 pelos 36 estados-membros da Organização da Unidade Africana (*Organization of African Unity)* com o objetivo de reduzir a saída de capital estrangeiro do continente, através da retenção de uma substancial proporção dos prêmios de resseguros gerados. Seus membros são os governos nacionais, o setor privado e o *African Development Bank* (Banco Africano de Desenvolvimento).

A finalidade da *Africa Re* é fomentar o desenvolvimento da indústria do seguro e de resseguro na África, para promover o crescimento da capacidade de emissão e de retenção nacionais, regionais e sub-regionais e para apoiar o desenvolvimento econômico africano. Para atingir sua finalidade, ele:

- efetua negócios de resseguro através de acordos e cessões facultativas;
- cria e administra associações;
- auxilia o estabelecimento de instituições nacionais e regionais de seguro e de resseguro;
- investe seus recursos em países africanos como uma forma de promover o desenvolvimento do continente;
- fornece a assistência técnica aos países africanos e promove contatos e cooperação de negócios entre as instituições de seguro e de resseguro.

A *Africa Re* é isenta de tributação. Ela também pode transferir livremente seus fundos e tem liberdade para abrir contas bancárias conversíveis. Estes privilégios permitiram seu crescimento sem maiores obstáculos regulatórios. A primeira experiência da *Africa Re* no microsseguro foi com a *Kenyan MHO Mediplus* e atualmente ela ressegura a *Microcare* em Uganda.

Fonte: Adaptado de Africa RE, 2003.

5 Observações Finais

O microsseguro não foi projetado para se transformar no alicerce principal do sistema de proteção social de um país, mas oferece uma estratégia complementar que pode ser aplicada dentro de uma estrutura mais abrangente. Como um primeiro passo, o governo precisa facilitar um processo participativo com as principais partes interessadas, para pesar os prós e contras do microsseguro e avaliar se esta estratégia pode contribuir para os objetivos gerais da política social do país. Se ficar decidido incluir este processo em uma estrutura mais ampla de proteção social, o governo deve facilitar a formulação de uma política explícita de microsseguro, consistente com as demais políticas relevantes, o que será útil na criação de um ambiente condizente para a construção da confiança nas microsseguradoras.

Subsequentemente, os governos podem ajudar na criação, na replicação e no desenvolvimento do microsseguro através de uma série de instrumentos. Neste contexto, a primeira responsabilidade do governo é criar um clima favorável para seu desenvolvimento, começando com adaptações regulatórias que estejam direta ou indiretamente relacionadas ao microsseguro. A criação de um ambiente propício também envolve a promoção de campanhas de prevenção a perdas, o cultivo de uma cultura de seguro e a redução ou a eliminação da corrupção e da fraude. Outros instrumentos importantes incluem a pesquisa sobre o microsseguro, assim como a disseminação dos resultados das pesquisas e do conhecimento.

As opções do governo para a promoção ativa do microsseguro incluem o suporte institucional e a ajuda econômica. O suporte institucional envolve, principalmente, promover as redes de microsseguro e de estruturas de ponta sadias, fazer a ligação dos programas de microsseguro com doadores e fundos internacionais, e facilitar os elos entre os potenciais agentes de distribuição e as seguradoras comerciais.

O suporte financeiro pode ser muito importante caso os governos desejem estender a cobertura aos grupos mais pobres da população. Esta poderia ser fornecida através das transferências de pagamentos para assegurar um alto nível de participação da população mais pobre e mais vulnerável, para melhorar a viabilidade financeira dos programas de microsseguro, para a cobertura de determinados investimentos sociais importantes por parte de prestadores ou por serviços não seguráveis, ou para incentivar a prevenção, os cuidados primários e o fornecimento de medicamentos essenciais. A ajuda econômica também inclui o papel do governo em ressegurar os provedores de microsseguro contra os riscos de covariância.

A combinação otimizada de instrumentos irá variar de um país para outro, e dentro de um único país, à medida que este se move através dos diferentes estágios de desenvolvimento em direção à cobertura universal.

5.4 O papel das seguradoras e das resseguradoras no apoio ao seguro para os pobres

David M. Dror e Thomas Wiechers

Os autores reconhecem com gratidão os comentários úteis formulados pelas seguintes pessoas que atuaram como revisores: George Allen (Munich Re of Africa), Toon Bullens (Interpolis), Denis Garand (consultor atuário) e Till Heydel (Munich Re).

Em seu discurso na Conferência de Microsseguro patrocinada pela *Munich Re Foundation* em outubro 2005, Hans-Jürgen Schinzler[1] apresentou sua perspectiva sobre porque as seguradoras e as resseguradoras comerciais participavam com pouca frequência no mercado de baixa renda: "A receita de prêmios é baixa, os custos administrativos são relativamente elevados e falta infra-estrutura para o seguro; por isso que as seguradoras comerciais não possuem maior interesse neste mercado."

Esta sincera declaração sugere que se a receita de prêmios fosse elevada, se os custos administrativos fossem relativamente baixos e a se infra-estrutura para o seguro fosse melhorada, seguradores e resseguradores comerciais teriam maior interesse neste mercado. Isto levanta duas questões: primeiramente, quais são os benefícios e diferenciais propostos pelas seguradoras e resseguradoras comerciais para os programas de microsseguros e o mercado de clientes de baixa renda? Em segundo lugar, como estes três aspectos têm mais probabilidade de evoluir lentamente, ao invés de ocorrerem como um "big bang", quais destes benefícios e diferenciais as seguradoras e resseguradoras podem disponibilizar durante esse processo de evolução? Este capítulo propõe algumas respostas para estas questões.

As respostas podem variar de acordo com o modelo de negócios. Este capítulo foca principalmente o papel das seguradoras e das resseguradoras no apoio aos programas comunitários de seguros que operam o modelo mútuo, isto é, as comunidades de indivíduos que assumem o risco do seguro e operam os programas. A condição da real necessidade de resseguro, de treinamento e do suporte técnico a estas microsseguradoras é um desafio chave para o desenvolvimento do microsseguro. Este capítulo não trata os planos de microsseguro nos quais as ONGs distribuem produtos de seguro, mas não subscrevem o risco (o modelo do sócio-agente), porque estas organizações de base já estão associadas a uma seguradora comercial específica. Essa seguradora pode, ou não, ceder riscos a uma resseguradora, dependendo de decisões de cessão que não são específicas do agente.

[1] Hans-Jurgen Schinzler é Presidente do *Supervisory Board of Munich Re* e Presidente do *Board of Trustees of the Munich Re Foundation.*

Este capítulo é inspirado na atitude de seguradoras e resseguradoras poderem captar oportunidades de negócios viáveis através de uma maior penetração do seguro em cenários de baixa renda, e destas oportunidades justificarem o investimento nos programas de microsseguro em razão de seu potencial em servir como agentes de mudança nas comunidades de baixa renda.

1 O benefício do resseguro

O maior benefício do resseguro é melhorar a habilidade de seguradoras primárias em conduzir seu negócio, reduzindo o custo a longo prazo do risco subscrito. O resseguro lida rotineiramente com quatro exposições financeiras principais: 1) capacidade, 2) repasse de excedentes, 3) catástrofes e 4) estabilização. Adicionalmente, as resseguradoras proporcionam serviços auxiliares que complementam a base de conhecimento das seguradoras. Todos estes serviços são relevantes para as microsseguradoras.

Qualquer seguradora (e as microsseguradoras não são uma exceção) podem melhor atingir os objetivos de redução do custo dos riscos subscritos quando o número de seus clientes aumenta. Obter mais segurados aumenta a previsibilidade dos resultados do negócio, mas também significa que a seguradora ficará mais exposta à possibilidade de que as perdas excedam sua receita de prêmios, caso ocorra o aumento dos sinistros ou uma catástrofe – mesmo que temporariamente. Portanto, as seguradoras que desejam vender mais contratos de seguro do que permitem seus próprios limites financeiros possuem a necessidade de aumentar sua **capacidade** financeira. A expansão da capacidade aumenta a habilidade das seguradoras em subscrever maiores riscos isolados (alta capacidade) ou muitos contratos em uma única linha de negócio (capacidade de prêmio). A propósito, a capacidade adicional necessária não é proporcional, e sim menor à medida que a seguradora cresce.

O aumento da capacidade de prêmio é provavelmente mais relevante no contexto das microsseguradoras (*ver Quadro 102*). Pode ser conseguido tanto através de resseguro proporcional (por exemplo, de "quota parte" ou "excedente") ou através do resseguro não proporcional (por exemplo, aplicando o método chamado "excesso de danos"). Uma vez que o resseguro é uma despesa, a microsseguradora vai comparar as alternativas de capital; aquelas que podem obter capital mais barato vão preferir aumentar seu capital, ao invés de optar pelo resseguro, mas na ausência de alternativas, o resseguro tem sua utilidade.

As seguradoras coletam prêmio adiantado, mas só saberão retrospectivamente que parte do prêmio foi retido como ganho. Portanto, algumas vezes, as seguradoras retêm a receita de prêmios que ainda não ganharam. A regulamentação de seguros obriga as seguradoras a manter reservas para refletir os prêmios recebidos e ainda não ganhos, que devem igualar o valor atual dos sinistros futuros. Entretanto, as microsseguradoras têm que reservar todos os prêmios não ganhos e ao mesmo tempo arcar com todos os custos dentro do ano corrente. Isto tem um efeito negativo no resultado das microsseguradoras e pode causar problemas

de liquidez. Comprar um resseguro de quota-parte permite à microsseguradora reduzir a reserva de prêmios não ganhos; adicionalmente, a microsseguradora receberia uma comissão da resseguradora, que contribuiria para cobrir os custos e melhorar os resultados. Isto é ampliado quando as microsseguradoras experimentam um rápido crescimento. Seguradoras iniciantes podem também ter dificuldade para gerenciar sua conta de excedentes financeiros, particularmente no início de suas operações, quando sua base de clientes aumenta rapidamente. Algumas seguradoras acham mais fácil cumprir a exigência em relação a este aspecto contratando '***surplus relief***', também conhecido como financiamento, em uma resseguradora.

Quadro 102

O que as microsseguradoras ganham com o resseguro?

O resseguro fornece às microsseguradoras um orçamento discricionário e proteção contra a insolvência.

A **proteção contra insolvência** é uma vantagem fundamental. O contrato de resseguro garante que a resseguradora irá indenizar todos os custos ressegurados e o risco da microsseguradora fica limitado aos custos assumidos até o limite de sua retenção. O custo do prêmio de resseguro deve ser favoravelmente comparado com a margem de segurança que a microsseguradora deve manter. A margem de segurança é proporcional à variação dos benefícios das microsseguradoras. Os estudos têm mostrado que o resseguro representa uma clara vantagem para as microsseguradoras, particularmente à medida que seus pacotes de benefícios específicos evoluem em termos de diversificação dos produtos e limites (Dror et al., 2005a).[2]

[2] No capítulo 3.6, é apresentada a opinião de que a cessão de riscos através do resseguro é uma decisão gerencial, como resultado de cálculos da exposição inicial da seguradora. Os autores daquele capítulo sustentam que, em determinadas circunstâncias, a escolha pode estar sujeita ao exercício do julgamento pela gerência. Isto é particularmente válido quando as condições básicas do seguro estão abaixo do desejado, devido às extremas limitações de benefícios. Por exemplo, quando a ocorrência esperada de um evento é elevada, sua previsibilidade também será elevada, e consequentemente sua variação será baixa. A variação também diminui quando o pacote de benefícios inclui poucos tipos de benefícios e valores pequenos como benefício máximo, porque os sinistros se tornam mais previsíveis. Há menor necessidade de resseguro para estes casos, porque a incidência dos sinistros e os valores de indenização são reduzidos a um grau que torna as flutuações pequenas e a proteção financeira do seguro menos importante.

A experiência com microsseguro sugere que para muitos produtos de vida, os valores de sinistro são constantes devido à cobertura uniforme; consequentemente, a variável aleatória de "variação agregada de sinistros" tenderia para zero. Para seguro de vida-prestamista, há alguma variação nos valores de empréstimo pendentes, havendo portanto uma contribuição para agregar a variação dos sinistros. Para saúde, se existe um limite reduzido de benefícios (como é frequente atualmente em programas de microsseguro de saúde), a contribuição para a variação dos sinistros seria pequena; de fato, quanto maior o número de clientes que atingem o máximo, menor a contribuição para a variação.

Finalmente, deve-se ter em mente que o programa de resseguro possui um custo; desta forma, o excesso de seguro pode ser tão prejudicial à situação custo x benefício da organização quanto a falta de seguro. O resseguro de catástrofe é uma forma de resseguro que não deve custar muito e pode ser útil em diversas situações. Outras funções do resseguro normalmente não são utilizadas por programas de microsseguro.

O resseguro também pode reduzir a necessidade de manutenção de reservas de contingência para cobrir custos acima do esperado em anos ruins para as microsseguradoras. Normalmente, estas reservas são acumuladas nos anos de bons resultados. Obviamente, o resseguro não influencia a probabilidade da ocorrência de anos bons, mas diminui a necessidade das microsseguradoras em manter reservas, e estas podem usar seus excedentes acumulados em bons anos como **orçamentos discricionários** sem assumir nenhum risco adicional de insolvência.

As implicações práticas recaem sobre o fato de que as microsseguradoras medem o benefício que obtêm de acordo com dois critérios: primeiro, quanto maior o prêmio que precisarem pagar para evitar a quebra e garantir sua solvência, menor o benefício; e, em segundo, quanto maior for o orçamento discricionário que eles puderem obter, maior o benefício.

As seguradoras aceitam os riscos de seus segurados com base em hipóteses estatísticas sobre a probabilidade e a variabilidade da ocorrência do risco. Entretanto, cada seguradora também sabe que existe uma pequena possibilidade de que a sobrevivência da companhia pode ser posta em risco caso as piores hipóteses ocorram. A **proteção contra catástrofe** é a medida preventiva das seguradoras para diluir a exposição aos riscos básicos que podem pôr em perigo a sobrevivência da companhia. Os métodos predominantes de resseguro que oferecem a proteção contra catástrofes são resseguro de excesso de danos por ocorrência e o resseguro de excesso de danos agregados, ambos métodos não proporcionais de resseguro. Parece haver um amplo consenso de que o resseguro contra catástrofe é indispensável para microsseguradoras. Os baixos volumes não devem ser um fator de limitação para a existência de resseguro. De fato, em uma perspectiva histórica, uma das principais tarefas das resseguradoras profissionais foi sempre ajudar as pequenas companhias de seguros a reduzir seu risco inerente. As companhias de microsseguros também devem ter acesso a este serviço.

Finalmente, as seguradoras que desejam operar dentro de um ambiente previsível e estável devem querer manter sua sinistralidade dentro de níveis de tolerância definidos, e/ou garantir lucros constantes. Esta **estabilização** (ou a sinistralidade constante) pode ser conseguida com o resseguro (mas, naturalmente, o resseguro não é um subsídio, e as microsseguradoras terão que pagar em anos bons pelo que receberão como compensação em anos ruins). A maioria dos métodos de resseguro pode ser utilizada com esta finalidade.

Em complemento às quatro funções financeiras principais descritas acima, as resseguradoras frequentemente vendem a especialização matemática em seguros e a informação estatística de mercado. As resseguradoras podem oferecer a **especialização em subscrição**, porque sua base de clientes inclui mais do que uma seguradora no mesmo mercado ou em mercados similares. Este melhor acesso à informação dá às resseguradoras uma vantagem relativa na preparação de estimativas estatísticas de riscos e de custos. Adicionalmente, as resseguradoras se espe-

cializam no conhecimento que é exigido das seguradoras em decidir quais riscos devem ser cedidos às resseguradoras e quais riscos devem ser retidos. Um alerta em relação a este assunto é que, atualmente, as resseguradoras não oferecem muita experiência às microsseguradoras.

As resseguradoras são também uma opção nos casos onde a regulamentação exige das seguradoras que estes ressegurem determinados riscos. O resseguro é determinado por lei ao invés de ser uma decisão independente de cessão da seguradora, sendo essencial para as seguradoras no cumprimento das exigências regulatórias. Por isso, é chamado frequentemente de **assistência à conformidade** (*compliance*).

Finalmente, seguradoras que decidem abandonar totalmente uma classe, linha, região ou ramo de negócio devem ceder sua carteira inteira ao resseguro, embora na realidade seja mais provável que outra seguradora absorva esta fatia de mercado. Isto permite às seguradoras continuar a prestar serviços aos clientes sem a quebra do contrato, deixando de assumir qualquer exposição financeira relacionada à carteira. Isto é chamado **seguro de carteira**.

O foco deste capítulo está na contribuição das seguradoras e resseguradoras às microsseguradoras. O capítulo considera inicialmente a evidência fornecida por estudos de caso a respeito do relacionamento entre as seguradoras e as resseguradoras com os programas de microsseguro e então descreve as opções para expandir a amplitude das oportunidades para que as microsseguradoras tirem proveito do valor adicionado das resseguradoras.

2 O envolvimento de seguradoras e resseguradoras no microsseguro

Os estudos de caso relacionados no Apêndice 1 fornecem diversos exemplos de cooperação entre companhias de (res)seguros comerciais e organizações de microsseguro, conforme descrito abaixo.

1. O relacionamento entre a *Spandana*, uma instituição indiana de microcrédito e a Companhia de Seguros de Vida da Índia (LIC) durou pouco porque os produtos e os processos da LIC não correspondiam às prioridades da população alvo. Diferentemente, a *Spandana* escolheu projetar seu próprio produto de seguro de vida com base nos dados de mortalidade que tinha obtido da LIC. Curiosamente, a *Spandana* descobriu que seu produto gerou um excedente considerável, usando as mesmas taxas de mortalidade e o mesmo prêmio que a LIC usava. A *Spandana*, consequentemente, adicionou mais benefícios sem aumentar o prêmio. Fornecer o seguro próprio também permitiu melhorias significativas na liquidação de sinistros.

2. A *Spandana* não podia ter acesso ao resseguro por não ser uma instituição de seguros autorizada. Ela então escolheu minimizar a ameaça do risco de covariância de duas maneiras: excluindo os riscos que poderiam causar sinistros extrema-

mente elevados (por exemplo, as mortes e os danos causados por epidemias ou desastres naturais) e limitando os benefícios a um nível relativamente baixo. Estas medidas reduziram a atratividade do produto e sua utilidade para os segurados; esta perda de utilidade poderia ter sido evitada pelo resseguro.

3. A *VimoSEWA* (Índia) possui um acordo com duas seguradoras comerciais, a *Aviva* e a *ICICI Lombard*, pelo qual mantém a responsabilidade pela distribuição, cobrança de prêmios, manutenção de registros e pagamento de sinistros. As seguradoras comerciais definem o prêmio e subscrevem os riscos. A responsabilidade pelo desenho do produto é compartilhada através de um processo consultivo informal entre as seguradoras e a *VimoSEWA*. Esta divisão de trabalho deixa a *VimoSEWA* com certas atribuições que normalmente não são realizadas por agentes de seguro. Adicionalmente, a responsabilidade da *VimoSEWA* em manter registros e liquidar sinistros lhe garante o acesso a mais informações do que um agente normal teria. Com alguma assistência na subscrição, a *VimoSEWA* poderia exercer maior controle sobre a fixação do preço dos produtos de seguro, com o propósito de verificar se as margens de lucro das seguradoras estariam justas.

4. Em 2001, a *Shepherd* (Índia) fechou um contrato de sócio-agente por dois anos com as companhias de seguros *HDFC-Chubb* e *ICICI Prudential*. Supondo que os baixos níveis de prêmios não justificariam o investimento ou a participação nesta comunidade, as companhias de seguros mantiveram seus contatos em um volume mínimo. Entretanto, a condução dos processos de sinistros, que ocorria nas matrizes das companhias, demonstrou que as seguradoras possuíam entendimento insuficiente quanto às condições e exigências dos segurados: os procedimentos eram demasiado lentos e complicados para os segurados e assim surgiram as reclamações e o descontentamento. Para remediar esta situação insatisfatória, a *Shepherd* transferiu sua parceria comercial para a LIC. Os representantes da LIC visitaram segurados do microsseguro repetidamente e discutiram produtos e processos de seguros. Isto aumentou extremamente o conhecimento da LIC sobre o mercado e criou um alto nível de aceitação e de compreensão do seguro entre os membros da comunidade. Tal fato também levou a um acordo no qual o papel da *Shepherd* foi ampliado para o pagamento antecipado de sinistros e posterior reembolso da LIC. Para isso, a LIC oferece a *Shepherd* um sistema de informação gerencial que permite a ela coletar e analisar dados com maior eficiência e confiança.

5. Para o seguro de saúde, a *Shepherd* tem um segundo sócio segurador, a *United India Insurance Company* (UIIC). O relacionamento com a UIIC é estruturado usando uma estratégia similar: a *Shepherd* assegurou-se de que os representantes da UIIC encontrassem clientes potenciais antes de fechar a parceria. Durante as reuniões, a UIIC reuniu informações sobre as despesas de saúde a serem cobertas pela apólice, os prêmios que os membros estavam dispostos a pagar e os benefícios que os clientes esperavam ou preferiam que estivessem incluídos no pacote.

A UIIC projetou a apólice chamada *UniMicro* baseada nesta informação. Entretanto, determinadas decisões sobre exclusões da apólice, baseadas na idade dos segurados ou do sócio na *Shepherd* foram confiadas aos membros do microsseguro, aumentando assim a importância das condições de qualificação e da propriedade do programa pela comunidade. Adicionalmente, a UIIC e a *Shepherd* constituíram um "Comitê de Revisão de Seguro", composto por representantes da UIIC, da *Shepherd* e dos segurados para monitorar as práticas de subscrição e de processo de sinistros, responder às reclamações e resolver problemas.

6. A ASA na Índia é outra MFI que assumiu um papel intermediário entre uma seguradora comercial e os clientes. A ASA transferiu seu relacionamento comercial da UIIC para a LIC em resposta a uma oferta supostamente melhor. Entretanto, logo ficou claro que a mudança não era totalmente vantajosa. Por exemplo, a LIC não cobre a morte durante o parto, o suicídio ou morte causada por mordida de cobra ou por afogamento. A LIC afirmou que estas exclusões eram padrão no setor segurador, mas esta explicação não satisfez os clientes da ASA que sabiam que estes benefícios eram cobertos inicialmente. Adicionalmente, a LIC levou bastante tempo para processar os sinistros e liquidou as indenizações com cheque cruzado, que era inútil para muitos segurados que não tinham conta bancária. O gerenciamento diário da parceria com a LIC tornou-se incômodo e muito burocrático. Consequentemente, a expectativa de que a mudança para a LIC possibilitaria aos membros da ASA uma melhor negociação não foi cumprida, devido em parte à insuficiente interação entre a seguradora e a comunidade e possivelmente também devido à falta de flexibilidade na solução do descontentamento dos clientes.

7. Em 2002, a Autoridade para o Desenvolvimento e Regulação de Seguro da Índia (IRDA) emitiu uma regulamentação exigindo que todas as companhias de seguros transacionassem uma determinada porcentagem de seus negócios com clientes de classe pobre e rural. Esta regulamentação define o microsseguro como um dos produtos, ao invés de reconhecer o papel único de organizações não lucrativas tais como a ASA no processo de negócio. Infelizmente, a regulamentação limita o papel destas organizações em servir como agentes das seguradoras comerciais. Usando sua experiência em negociar com as companhias de seguros e, como poderia oferecer uma grande base de clientes, a ASA abriu concorrência buscando companhias de seguros que desejassem uma parceria. O principal critério utilizado pela ASA na análise das ofertas foi que as companhias deveriam concordar em pagar os benefícios diretamente à ASA e permitir que ela analisasse os sinistros. Eventualmente, a ASA fechou parceria com três companhias de seguros (*AMPSanmar, Bajaj-Allianz e Max New York*) em termos iguais e com produtos idênticos. O relacionamento da ASA com as seguradoras foi conduzido em parte pelo fato de que elas poderiam adquirir resseguro, uma condição considerada es-

sencial pela ASA, mas que na índia está disponível apenas às companhias de seguros comerciais.

8. Em 1997, a AIG Uganda entrou no mercado de baixa renda com intenções meramente comerciais de estabelecer operações rentáveis. Hoje, a AIG Uganda fornece a cobertura de morte acidental e de invalidez a mais de 1,6 milhões de pessoas na África Oriental através de 26 MFIs. A AIG Uganda opera sem concorrentes no mercado e o seu sucesso na penetração deste mercado se deve em parte aos agentes especializados da AIG que são ativamente envolvidos na disseminação da informação. Estes agentes recebem comissões da AIG Uganda baseadas no volume de negócio. Desta forma, os agentes têm interesse na geração de mais negócios e como são responsáveis por determinados aspectos operacionais, têm interesse também na eficiência. Os agentes fornecem instruções iniciais aos oficiais de empréstimo das MFI indicados para vender o produto de seguro aos clientes das MFI. Entretanto, os oficiais de empréstimo geralmente possuem conhecimento e compreensão limitados sobre o produto e não precisam cumprir nenhuma exigência formal de treinamento. O treinamento que eles recebem foca a cobrança de prêmios e a verificação inicial de documentos de sinistros. A propósito, a AIG não vê necessidade de resseguro para esta carteira de negócio.

9. O programa da ALMAO (Sri Lanka) possui acordos de resseguro desde 1992. Primeiramente, ele era ressegurado com a CUNA *Mutual* e depois com a estatal SLIC (privatizada em 2003) no modelo de quota-parte. Após a ALMAO ter se registrado como uma companhia comercial em 2002, ela ressegurou seu risco com a NTUC *Income* (Cingapura). Estes acordos foram fechados em bases comerciais.

10. O programa da *Yasiru* (Sri Lanka) foi registrado em 2000 com o apoio do *Rabobank Group* (Holanda). A colaboração incluiu o suporte financeiro através da *Rabobank Foundation*, o fornecimento do conhecimento técnico e dos equipamentos, sistemas e treinamentos necessários. A subsidiária de resseguros do *Rabobank*, a *Interpolis* N.V., fornece resseguro de longo prazo e assistência técnica à *Yasiru* em termos de concessão. A cobertura oferecida pela *Interpolis* é uma quota-parte de 100 por cento com um limite máximo de LKR 120.000 (US$ 1.200) por risco. O prêmio de resseguro pago a *Interpolis* pelo contrato anual representa 20 por cento da receita bruta de prêmios da *Yasiru*. Na realidade, sob o acordo de concessão, a *Yasiru* retém 95 por cento do prêmio de resseguro como comissão pela inexistência de sinistros, de modo que, de fato, a *Yasiru* pague somente um por cento de prêmio bruto à *Interpolis* pelo resseguro. Não é necessário dizer que, geralmente, este tipo de acordo de concessão de resseguro não está disponível no mercado. Em 2005, os parceiros começaram a alinhar os acordos de resseguro em termos mais próximos dos praticados pelo mercado, entretanto o esquema ainda é favorável para a *Yasiru*.

11. A Federação Internacional de Seguro Cooperativo e Mútuo (ICMIF)[3] costumava fornecer assistência e intermediação de resseguro a seus membros em todo o mundo. A missão da ICMIF Serviços de Resseguro (RS) é incentivar o resseguro entre os membros da ICMIF, assessorar seus membros em relação às suas exigências de resseguro e auxiliar na obtenção da cobertura apropriada com resseguradores confiáveis dentro e fora da ICMIF. Um dos principais métodos pelo qual a ICMIF promove a cooperação e o entendimento em resseguro é o seu Encontro de Agentes de Resseguro (*Meeting of Reinsurance Officials* – MORO), que ocorre a cada dois anos para gerentes de resseguro de seus membros em todo o mundo. Tais contatos em nível mundial dão aos membros da ICMIF uma vantagem por facilitar a colocação do contrato. A RS também fornece o treinamento em resseguro, com duas simulações interativas de negócios: 1) a *ReAction,* que desenvolve um modelo de processo de negociação de resseguro entre seguradoras e resseguradoras, e sinistros com sucesso na formação de equipes, na tomada de decisão, na comunicação e na negociação; e 2) a *Morotania*, que combina um modelo de planejamento financeiro com um mapa interativo para simular os desafios encontrados por novas companhias em desenvolvimento. Finalmente, a ICMIF produziu um guia prático de como estabelecer um programa apropriado de resseguro.

12. A ICMIF ajudou o programa da *Columna* (Guatemala) a obter resseguro. O objetivo fundamental era conseguir a estabilidade em longo prazo ressegurando toda a sua carteira (que inclui o microsseguro), enquanto mantinha os prêmios de resseguro em níveis mínimos. Ao final de cada ano, a ICMIF e a *Columna* preparam as informações e os dados estatísticos exigidos para o desenvolvimento do programa de resseguro para o próximo ano.

13. *La Equidad Seguros* (Colômbia), que possui resseguro para suas apólices não-micro, desejava obter resseguro também para seus negócios de microsseguro. Isto era impossível porque seu risco financeiro total estava abaixo do que a franquia requerida pelo fornecedor de resseguro. Consequentemente, *La Equidad Seguros* não poderia obter resseguro para apólices abaixo de CoP 10 milhões (US$ 4.100). O resseguro é oferecido somente para os casos de catástrofe que excedam CoP 150 milhões.

14. A *Delta Life* (Bangladesh) experimentou o mesmo problema. Por ser registrada como uma companhia de seguros comercial, possui contratos de resseguro com a *Swiss Re* e a *Munich Re*. Entretanto, estes contratos não incluem os negócios de microsseguro, porque a franquia exigida é maior do que o valor total do risco do microsseguro. O alto prêmio mínimo reflete o baixo valor dos benefícios, o grande número de segurados, e a preocupação da resseguradora de que vários membros irão reivindicar o benefício máximo.

[3] A informação sobre a ICMIF foi obtida em seu website: www.icmif.org

Concluindo, os estudos de caso contêm poucas referências ao relacionamento comercial entre as microsseguradoras e as (res)seguradoras. Deixando de lado por um instante o relacionamento "sócio-agente" (que é tratado no capítulo 4.2), alguns dos exemplos podem ser definidos como versões simplificadas de assistência à subscrição. Há muito poucos exemplos do resseguro sendo utilizado para prevenir catástrofes. A *Interpolis Re*, através da cooperação com seu sócio microssegurador, a *Yasiru*, fornece a única adaptação do *modus operandi* profissional às circunstâncias específicas existentes.

3 Como podem as seguradoras e as resseguradoras adicionar valor ao microsseguro?

Contatos bastante tímidos entre os players do mercado e microsseguradoras são baseados em um campo bastante reduzido de produtos. Há alguns exemplos onde as negociações entre a microsseguradora e as seguradoras comerciais levaram a um ajuste ligeiramente melhor entre o que cada parceiro espera deste relacionamento. Entretanto, a maioria das seguradoras e das resseguradoras não tem uma estratégia clara para prestação de serviços às microsseguradoras e, consequentemente, não investe na aquisição de conhecimento sobre como fazê-lo.

As microsseguradoras necessitam de grandes seguradoras somente pelo fato de que as seguradoras possibilitam a elas a) a vender uma variedade de produtos com prêmios baixos e b) permanecer solventes. O primeiro ponto está ligado diretamente ao fato de que se o mercado de baixa renda deve pagar um prêmio, as seguradoras devem garantir a venda de produtos de seguro relevantes a preços acessíveis. O segundo ponto está ligado à verdadeira preocupação da população pobre quanto ao fato de que as companhias com que negociam estarão presentes quando chegar a hora de pagar os benefícios. As grandes seguradoras parecem subestimar o potencial de longo prazo deste segmento de mercado e da necessidade de trabalharem em contato com um sócio local se desejam fechar pequenas transações. A evolução das relações de negócios entre resseguradoras e microsseguradoras está condicionada à entrega de uma maior variedade de produtos com menor preço unitário.

O que as seguradoras e as resseguradoras podem realmente fazer agora? Elas podem gerar esforços para desenvolver maneiras inovadoras de vender seus serviços ao mercado de baixa renda. A entrada das seguradoras e das resseguradoras em negócios com microsseguradoras pode ser considerada como um investimento, visando a desenvolver um modelo de negócios para a venda de seguro em pequenas partes, de modo que estas vendas possam agregar um significativo volume financeiro no decorrer do tempo. Isto seria equivalente ao que foi feito no negócio de telefonia celular: os grandes investimentos iniciais em infra-estrutura são justificados pela grande penetração do mercado no segmento de baixa renda.

As seguradoras e as resseguradoras podem também oferecer serviços às microsseguradoras. Por exemplo, quando um programa de microsseguro planeja au-

mentar sua base de clientes, precisa de capacidade financeira para subscrever muitos contratos em uma linha de negócios (capacidade de prêmio). O resseguro poderia facilmente satisfazer esta necessidade com as ferramentas existentes, embora tivesse que se contentar com margens mais baixas. A barreira não é nem conceitual nem técnica, mas é criada pela relutância em subscrever pequenos volumes de negócio. As histórias sobre o fato de que alguns programas de microsseguro não podem obter resseguro, porque o valor total de suas carteiras é inferior ao valor da franquia da resseguradora, são indicativos da distância entre as duas partes.

Existe pelo menos um exemplo que mostra que tais relações de negócio são possíveis: o modelo da *Interpolis Re*. Esta resseguradora holandesa "adotou" um programa de microsseguro no Sri Lanka e inicialmente forneceu assistência técnica para auxiliar a microsseguradora a determinar e apresentar seu risco de subscrição. A *Interpolis* também concordou em ressegurar alguns riscos, mas com uma comissão pela inexistência de sinistros acima da média, como forma de reduzir ao máximo o prêmio de resseguro. Pode-se dizer que a *Interpolis* absorve o excesso de risco da *Yasiru*, caso ele ocorra, com limites que são relativamente baixos para uma grande resseguradora, mas suficientemente altos para a microsseguradora.

Embora os detalhes desta ajuda de custo não estejam disponíveis, parece seguro assumir que os valores em questão provavelmente são bastante modestos. Certamente, o acordo não pode ser considerado como caridade, porque o foco principal está em estabelecer a base contratual correta para um relacionamento comercial entre o programa de microsseguro e a resseguradora. Por isso, o custo desta ajuda deve ser visto como um investimento para auxiliar o programa a profissionalizar sua atividade como uma seguradora. Isto cria uma base para a ampliação dos relacionamentos comerciais (incluindo menores concessões sobre o prêmio de resseguro) quando o fluxo de receitas e a base de conhecimento do microprograma permitem tal mudança. Pode-se perceber claramente que, desde o começo, o relacionamento entre a *Interpolis* e a *Yasiru* estava baseado em serviços remunerados (mas, provavelmente, sem fins lucrativos).

Pode este arranjo ser estendido para muitas outras unidades de microsseguro? Tal desenvolvimento depende da estruturação da transição dos relacionamentos privilegiados para interações comerciais normais. Alguns são de opinião que é arriscado iniciar com prêmios de resseguro subsidiados, porque os clientes podem resistir a aumentos posteriores e também por intimidar a entrada das seguradoras e resseguradoras em tais mercados. Desta forma, é necessário considerar de que maneiras a indústria do seguro e do resseguro pode amplamente agregar valor aos programas de microsseguro. Dois planos de ação parecem particularmente oportunos:

1. Focar no aumento da capacidade dos programas de microsseguro para assumir uma escala crescente de atividades de seguro, ao invés de limitar os microprogramas ao papel dos agentes. Isto é particularmente importante nos tipos de produ-

to onde exista um alto potencial para ocorrência de conflito de interesses entre o agente (que representa o emissor do seguro) e o programa de microsseguro (que representa os clientes).

2. Criar um produto de resseguro para servir a este segmento de mercado até que ele se torne suficientemente atrativo para que as seguradoras comerciais manifestem mais interesse, possivelmente com algum financiamento público.

3.1 A construção da capacidade como o primeiro passo para a profissionalização das operações de microsseguros

Estima-se que 35 a 40 milhões de pessoas estejam protegidas por programas de microsseguro em todo o mundo, das quais mais de cinco milhões por programas de microsseguro saúde somente na Índia (OIT/STEP, 2005a). Existe um crescente número de opiniões quanto à evidência de que os programas de microsseguro fazem a diferença na melhoria da proteção financeira dos clientes através dos vários tipos de seguro (por exemplo, Dercon, 2005; Morduch, 2006; Jütting, 2003; Dror/Soriano et al., 2005) e divulga-se amplamente que uma indústria como a do seguro não pode obter conhecimento técnico suficiente em nível da comunidade (por exemplo, Brown et al., 2000; Schinzler, 2005). Entretanto, o seguro deve se apoiar em dados confiáveis e abrangentes, e em uma sólida subscrição para ser financeiramente sustentável. Desenvolver um processo apropriado de coleta de dados e treinar os administradores-gerência é uma das etapas chave que os provedores de microsseguro devem cumprir para crescer e atrair as seguradoras e resseguradoras comerciais. Os treinamentos existentes são incapazes de vencer o desafio de treinar uma quantidade suficiente de pessoas para atuar com técnicos. Consequentemente, a resposta lógica é criar uma estrutura institucional para que haja mais treinamento nas habilidades diretamente relacionadas às operações do programa de microsseguro, e que este seja melhor e mais ágil.

A indústria de seguros, que provavelmente irá tirar proveito de tal treinamento, pode dar uma contribuição real para o desenvolvimento de programas de treinamento, seja com dinheiro, seja fornecendo o próprio treinamento. Uma vez que as parcerias público-privadas (PPP) são o modo de operação preferido de muitas agências de desenvolvimento, o mercado de seguros poderia participar em uma PPP para o aumento da capacidade. A alocação de fundos que o setor segurador iria necessitar é bastante modesta e pode ser complementada por fundos públicos. Adicionalmente, estas modestas contribuições podem facilitar a participação da indústria nas decisões sobre os currículos e na indicação de instrutores de treinamento.

O importante papel das seguradoras e das resseguradoras comerciais hoje e seu grande interesse no desenvolvimento do setor de seguro notavelmente no nível micro, implicam em assumir parte da responsabilidade de criar a infra-estru-

tura mercadológica que falta para o (micro)seguro, que eles que podem assumir através do suporte para a institucionalização de estruturas de treinamento. É notável que até o momento, *não há no mundo inteiro um único instituto dedicado, com foco na construção de capacitação para operações de microsseguro*. Existem algumas iniciativas para criar centros de recursos para o microsseguro;[4] entretanto, nenhuma estabeleceu uma abordagem sistemática para condução da construção da capacitação básica. Consequentemente, criar uma "Academia do Microsseguro" que se concentre em tal capacitação em conhecimento não é prematuro, nem excessivo, nem uma responsabilidade única das autoridades públicas ou dos programas de microsseguro.

O microsseguro exige produtos e um modelo comercial diferentes, que estabeleçam algumas das funções essenciais da cadeia de valor do seguro com a comunidade.[5] Diversos exemplos dos estudos de caso sugerem a necessidade de revisar o treinamento clássico de agentes de seguro, porque o papel dos programas de microsseguro – mesmo sob o modelo do sócio/agente – vai além do papel clássico da agência. Por exemplo, às vezes, as microsseguradoras exercem funções de escritório; as comunidades representam o papel essencial de garantir a afiliação e a renovação, reduzindo os riscos da seleção adversa, *free-riding* (NT: atividade ilegal de comprar ações ou títulos e vendê-los antes de pagar pela compra) e do descontrole e as comunidades também podem reduzir o risco de agravação moral, usando livremente a informação disponível na própria comunidade para monitorar sua utilização. Outros papéis da comunidade incluem o envolvimento dos clientes no desenho do pacote de benefícios e o incentivo de uma maior voluntariedade em pagar pelos produtos, através de um melhor ajuste entre estes produtos e as necessidades dos clientes.

Criar um ou vários centros de competência dedicados ao microsseguro coincide com uma agenda mais ampla de desenvolvimento que considera o seguro e o microsseguro não como um fim em si mesmos, mas como veículos para atingir objetivos de desenvolvimento sócio-econômicos mais elevados. As Metas de Desenvolvimento do Milênio – MDGs (Millennium Development Goals) gozam do mais amplo reconhecimento; concentram-se na redução da pobreza e dão prioridade a diversas áreas primordiais, uma das quais a saúde. Foi verificado que alcançar as MDGs relacionadas à saúde exige novas ideias para superar as restrições sistêmicas à intervenção efetiva.[6] Uma das questões básicas é o financiamento da saúde, onde a divisa entre o conhecimento e a produção (a falta do

[4] Por exemplo, a USAID financiou uma iniciativa para criar o MIRC (*Micro Insurance Resource Centre*) na Índia; um esforço similar está sendo feito pela CARE *India* em colaboração com a *Bajaj Allianz*. A *Canadian Cooperative Association* também criou um centro de pesquisas nas Filipinas e na África ocidental onde ocorrem reuniões periódicas, organizadas pela OIT-STEP, para troca de informações entre os programas mútuos de seguro saúde.

[5] Diversos estudos concluíram que a participação da comunidade no gerenciamento de programas de microsseguro é um fator crítico para seu sucesso. Para uma visão geral destes estudos, ver Jakab e Krishnan, 2004.

"saber-fazer") é ainda grande em todos os níveis, mas particularmente no nível básico, por isso a necessidade de oferecer treinamento de modo que os membros da comunidade possam realizar negócios e adicionar o valor aos resultados. Neste contexto, a contribuição das seguradoras comerciais e as resseguradoras às MDGs podia perfeitamente se transformar em realidade através de seu apoio para o estabelecimento ou uma estrutura de treinamento institucional.

3.2 Criando a capacidade de resseguro que seja acessível às unidades de microsseguro

Como mencionado anteriormente, o resseguro oferece muitas vantagens às companhias de seguros, incluindo a estabilização das perdas e o repasse de excedentes. Certamente, é impossível imaginar o setor segurador atual sem suas relações comerciais com as resseguradoras. A situação das microsseguradoras é, entretanto, completamente diferente. Embora estes pequenos programas pudessem possuir vantagens similares caso tivessem acesso ao resseguro, a experiência empírica sugere que eles geralmente são incapazes de obter todos os serviços de resseguro existentes. Os obstáculos parecem estar no lado da oferta e da regulamentação, e não no lado da demanda.

Na conferência sobre microsseguro da *Munich Re Foundation*, foi proposto aos resseguradores a criação da "Associação Unida de Subscrição de Resseguro" ou um grupo para fornecer o resseguro aos programas de microsseguro, para reduzir a exposição ao risco e, ao mesmo tempo, diluir o custo de desenvolvimento do mercado. O objetivo é permitir às microsseguradoras a aquisição de resseguro e reduzir os esforços de participação de cada resseguradora comercial. Este grupo teria que superar alguns problemas de definição, incluindo uma decisão sobre que tipos de riscos seriam aceitos, se a operação seria mundial ou somente em alguns países, e assim por diante. Ele também teria que lidar com uma indústria de microsseguro nem sempre bem controlada. E o mais crítico, tal grupo teria que superar a barreira cultural que parece impedir a cooperação entre as grandes resseguradoras, que preferem geralmente operar individualmente e ter capacidade financeira e técnica suficiente para fazê-lo. Entretanto, um grupo composto por diversas resseguradoras que considerem o mérito de institucionalizar o acesso das microsseguradoras ao resseguro, preencheria parte da lacuna de "infra-estrutura industrial do microsseguro".

Outro conceito para a oferta de resseguro para os microprogramas é o modelo do "resseguro social", que enfatiza a necessidade de reduzir a exposição do microsseguro às flutuações dos sinistros (*ver Quadro 103*). A análise conceitual relatada no livro da *Social Re* (Dror e Preker, 2002) apresenta uma forma de remediar as

[6] Declaração Mexicana sobre Pesquisa de Saúde, emitida pela Direção de Pesquisa do Ministério de Saúde, México, novembro 2004. A Assembleia Mundial de Saúde (WHA) adotou a Declaração Ministerial, de acordo com a resolução WHA 58.34 em maio 2005, seguindo a Organização Mundial de Saúde que está criando um programa para acabar com a "falta de conhecimento".

vulnerabilidades inerentes aos programas de microsseguro que operam sozinhos através do estabelecimento de um limite de cessão generalizado (ou um ponto inicial) idêntico ao custo médio de longo prazo dos sinistros, repassando ao ressegurador social o risco de sinistros acima deste ponto. Isto permite às microsseguradoras permanecerem financeiramente viáveis e a calcularem mais precisamente seus prêmios, enquanto reduz a necessidade de manter o capital para contingências.

Quadro 103 **Um resumo do modelo de resseguro social**

O modelo do "resseguro social" oferece uma forma de determinar a vulnerabilidade das microsseguradoras e de examinar a eficácia do resseguro como uma solução. O modelo lida apenas com considerações que podem ser previstas pela aplicação de leis estatísticas. Seu foco está no efeito das flutuações das despesas totais de benefícios da microsseguradora e da resseguradora. A variação no custo total pode originar-se de uma pequena carga de sinistros ou de uma grande variação no custo unitário. Uma pequena carga de sinistros pode ocorrer provavelmente quando o grupo é muito pequeno ou quando o evento segurado é muito raro.

O modelo da *Social Re* é adaptado para tratar estas circunstâncias. Ele pode ser aplicado quando o desvio padrão (*standard deviation – SD*) de cada custo total de benefício das microsseguradoras é conhecido. O sucesso da resseguradora é altamente sensível à exatidão deste SD; um erro de 20 por cento no valor do SD pode significar a diferença entre a solvência e a ruína a longo prazo.

O SD somente pode ser calculado quando a probabilidade do risco é conhecida. Na realidade, a estimativa do risco é frequentemente incerta. Mesmo quando a probabilidade do risco é conhecida, a resseguradora continua sujeita ao tamanho do grupo (ou do número de microsseguradoras resseguradas) e pela heterogeneidade dos perfis de risco. Quanto maior o grupo, melhor a resseguradora pode distribuir o risco e reduzir as variações nos resultados e prêmios. Quando o grupo é pequeno, o efeito adverso de perfis de risco heterogêneos exige um prêmio mais elevado para a estabilização.

Quando o contrato de resseguro reduz os recursos necessários para manter, pelo menos, o mesmo nível de solvência para um determinado nível de despesa, ele se transforma em uma opção interessante. Este valor adicionado força uma comparação entre duas variáveis: o custo de *uma margem de segurança* acima do custo médio dos benefícios[7] e *o prêmio de resseguro*. O resseguro é vantajoso quando o prêmio de resseguro é mais barato do que a margem de segurança (assumindo que o ponto inicial do resseguro é igual aos benefícios médios).

[7] Tendo em mente que 100 por cento de sobrevivência (sem resseguro) somente pode ser garantida quando os recursos para cobrir o pior cenário estão disponíveis no início do período, uma microsseguradora sem resseguro precisa de recursos iguais aos seus benefícios médios, mais uma margem de segurança proporcional à variação de seus benefícios.

A comparação entre os dois valores é complicada porque as despesas da microsseguradora flutuam e, desta forma, a necessidade máxima de capitalização é desconhecida. Uma vez que a despesa flutua, a microsseguradora irá necessitar de um pouco menos do que o máximo em certos anos e está desafiada a operar com a menor retenção de capital inicial possível, sem aumentar a taxa de insolvência. Quando o resseguro é considerado, o custo do prêmio de resseguro, mais a responsabilidade máxima das microsseguradoras (definida como o ponto inicial de cessão de resseguro) deixa de ser uma estimativa, uma vez definido no contrato de resseguro. Assim, o resseguro também reduz a incerteza para a microsseguradora.

O prêmio de resseguro deve cobrir a solvência da resseguradora. A taxa de solvência da resseguradora é supostamente 95 por cento. O número de microsseguradoras no grupo e o perfil de risco de cada uma das microsseguradoras do grupo determinam a solvência da resseguradora. Um exemplo simplificado mostra que cada microsseguradora precisa de 10 unidades monetárias no início de cada período para assegurar sua solvência sem resseguro, mas ela precisará somente da metade deste valor de capital com resseguro, quando 30 microsseguradoras assinarem contratos idênticos de resseguro por um ano.

Fonte: Adaptado de Dror e Preker, 2002.

O modelo de resseguro social distingue-se dos modelos comerciais pelo foco específico nas necessidades das microsseguradoras, incluindo a opção de que as unidades de microsseguro podem ter orçamentos arbitrados para o desenvolvimento de novos benefícios em anos em que os sinistros fiquem abaixo da média estimada a longo prazo. Esta característica foi desenvolvida para motivar as comunidades a reduzir o risco de agravação moral e o *free-riding*, porque estes fenômenos neutralizam os interesses dos segurados.

Adicionalmente, a ligação entre o resseguro social e as microsseguradoras inclui um acesso sistemático à assistência técnica, incluindo o desenho do pacote de benefícios, o processamento dos sinistros, sistemas de informática, etc. Uma vez que o sucesso do resseguro social depende da associação efetiva de vários microprogramas, é necessário desenvolver e implantar um sistema de coleta de dados padronizado e um protocolo de transferência de dados.

A implantação do conceito de resseguro social pode ocorrer através de várias opções de incorporação. É essencial o desenvolvimento de uma forma de inclusão de programas de microsseguro excluídos na relação com o resseguro, de modo que eles possam oferecer uma proteção viável ao mercado de baixa renda. A missão do resseguro social é servir como um condutor entre microsseguradoras e as (res)seguradoras comerciais.

4 Recomendações

4.1 Considerações a favor de parcerias

As parcerias geralmente são bem sucedidas quando ambos os lados consideram o relacionamento benéfico. Muitas seguradoras e resseguradoras de países desenvolvidos operam cada vez mais em mercados estagnados, com muita competição e lucro reduzido. Ao mesmo tempo, os novos mercados em países emergentes (por exemplo, China, Índia e África do Sul) fornecem grandes oportunidades de negócio inexploradas. Algumas destas oportunidades abrangem indivíduos e companhias de camadas mais altas de riqueza, mas a grande maioria da base inexplorada são clientes de baixa renda.

A experiência do microcrédito e da telefonia móvel demonstrou que os serviços financeiros para grupos de baixa renda podem se mostrar rentáveis. O mesmo aplica-se ao seguro; não há nenhuma razão inerente pela qual o seguro para pessoas de baixa renda não deva ser comercialmente interessante. Entretanto, o sucesso do seguro "na parte inferior da pirâmide" exige a adaptação da indústria à clientela, ao invés de esperar que os clientes se adaptem ao vendedor. A adaptação neste contexto se refere principalmente à linha de frente e às práticas administrativas de suporte às operações, em vez de considerações do negócio principal, como a diversificação de riscos em grandes grupos de risco e por longos períodos de tempo. A redução dos custos dos computadores, softwares e meios de comunicação, e melhores estabelecimentos educacionais tornam possível operar em segmentos da população de baixa renda e rural.

As seguradoras e as resseguradoras podem encontrar no microsseguro sócios com capacidade para simplificar o processo de incorporação do mercado de baixa renda, e então mudar o paradigma do negócio de seguro. Negócios que dependem de acesso a um grande número de clientes para seu sucesso não podem mais adotar uma estratégia de ignorar a maioria da população mundial.

A Tabela 49 resume tanto os fatores internos (aqueles que surgem de restrições internas e organizacionais) e os fatores externos (exigidos pelas demais partes interessadas – *stakeholders* – e pela regulamentação externa) que favorecem as parcerias entre seguradoras e resseguradoras.

No extremo oposto da parceria contínua, os programas de microsseguro são também sujeitos às pressões internas e externas que favorecem as parcerias com as seguradoras e as resseguradoras. Estes fatores não se aplicam uniformemente em todos os lugares, mas são apresentados aqui (*Tabela 50*) para facilitar a compreensão de que as parcerias são propostas vantajosas a longo prazo.

Tabela 49 **Fatores de parceria para companhias de seguro e de resseguro**

Fatores internos	*Fatores externos*
– Responsabilidade social corporativa	– Competição crescente nos mercados tradicionais
– Diversificação de risco	– Margens reduzidas nos mercados tradicionais
– Rentabilidade constante ou crescente	– Exigências regulatórias
– Incremento de novos mercados e produtos inovadores	– Pressão política e ativista
	– Abertura de mercados restritos

Tabela 50 **Fatores de parceria para uma instituição do microsseguro**

Fatores internos	*Fatores externos*
– Acesso às práticas de gerenciamento profissional	– Pressão regulatória para institucionalizar ou colaborar com o seguro legalizado
– Acesso a recursos financeiros	– Exigências de documentação pelos doadores e/ou pelo governo
– Execução de práticas padronizadas de seguros	
– Suporte para expansão de produtos e coberturas	
– Diversificação de risco ou necessidade de aquisição de resseguro	

4.2 Estabelecendo a parceria

As parcerias entre programas de microseguro e as seguradoras ou resseguradoras comerciais ocorrerão quando ambos os lados concordarem em se ajustar e se adaptar um ao outro. Os produtos de seguro devem ser interessantes e acessíveis ao mercado de baixa renda e ao mesmo tempo serem comercialmente viáveis. A viabilidade dos produtos é determinada pelo ajuste adequado entre os prêmios e os benefícios, independente dos volumes de negócio. Ao mesmo tempo, também independente de volumes de negócio, as seguradoras e as resseguradoras devem adaptar seus produtos às necessidades e ao modelo comercial das microsseguradoras. No "estágio embrionário" atual, o desenvolvimento de negócios está vinculado por um lado à procura de soluções que permitam às microsseguradoras operar de forma rentável e, por outro lado, ao reconhecimento de que esta rentabilidade pode ser comprometida pelos custos iniciais.

As companhias de resseguro podem ajudar a desenvolver produtos. As seguradoras podem ajudar a comercializar os produtos. Entretanto, nem as seguradoras nem as resseguradoras estão bem organizadas para atividades de treinamento, mesmo que possam dar suporte a esta importante atividade, financeiramente ou pela alocação de instrutores de treinamento experientes. É tentador sugerir que a estratégia mais promissora para as parcerias é envolver as microsseguradoras, seguradoras e resseguradoras desde o começo. Entretanto, os estudos de caso não oferecem muita evidência de que tal sugestão tenha sido seguida com muita frequência. Ao invés, a conclusão mais consistente a partir das experiências relatadas

neste livro é que as seguradoras e as resseguradoras comerciais devem reconhecer que as microsseguradoras não são simplesmente uma versão menor de agentes de seguro. A diferente situação econômica e social dos grupos de baixa renda exige uma análise crítica e a adaptação dos processos e dos produtos oferecidos no mercado tradicional do seguro. Em segundo lugar, as microsseguradoras devem fazer mais do que apenas esperar que os outros se adaptem à sua situação específica; elas devem tomar a frente no desenvolvimento de estratégias inovadoras para atingir o que seus clientes desejam em termos de produto, práticas de seguro e níveis de carregamento dos custos administrativos e de capital. A evidência fornecida pelos estudos de caso sugere que as práticas predominantes das seguradoras ou resseguradoras não estejam em linha com as necessidades da maioria das microsseguradoras que subscrevem riscos.

As parcerias que permitem às microsseguradoras a obtenção do conhecimento adequado e o necessário acesso à informação, ao capital, a equipamentos e sistemas irão, em um futuro próximo, constituir tanto os meios de colaboração para criar "a infra-estrutura industrial" como as transações comerciais básicas que envolvem a transferência de risco. Mais do que ter apenas o potencial de sucesso, as parcerias irão se consolidar.

5 Conclusão

As seguradoras e as resseguradoras possuem um papel vital a representar para o sucesso dos programas de microsseguro. Elas podem dar uma contribuição concreta para a execução dos processos de negócios que reduzem os custos a longo prazo na subscrição de riscos para pessoas de baixa renda. As parcerias inspiradas por este motivo podem ser do interesse de ambas as partes, porque os parceiros comerciais estão mais bem preparados para adaptar métodos desenvolvidos de resseguro e outras modalidades de transferência do risco e as microsseguradoras podem expandir a capacidade financeira de seus programas e subscrever mais e maiores riscos. As parcerias bem sucedidas gerariam mais negócios para ambos os lados.

O resseguro oferece às microsseguradoras uma forma alternativa ilimitada de aumentar sua capacidade de se tornarem subscritoras líderes de serviços sustentáveis de seguros para os pobres. Os programas de microsseguro, na maioria dos casos, são operados por pessoas que não têm muita perícia ou experiência em seguros. Os líderes de programas de microsseguro não estão necessariamente cientes dos serviços de resseguro, incluindo assistência na matemática e na estatística de subscrição, ou uso das ferramentas para desenvolvimento de produtos, sistemas de administração ou marketing eficaz. Em resumo, os líderes de programas de microsseguro são frequentemente desconhecedores dos benefícios do resseguro.

Os estudos de caso identificaram diversos exemplos notáveis de cooperação. Entretanto, apenas poucos deles são modelados como parcerias de resseguro. Assim, o desafio é desenvolver um modelo de resseguro para o microsseguro que

seja comercialmente viável e replicável. O potencial do mercado, especialmente em economias emergentes, com grande população de baixa renda não segurada, justifica os esforços de desenvolvimento de tal modelo.

Além da cooperação entre instituições corporativas e não lucrativas, existe um amplo espaço para as parcerias público-privadas, que poderiam fornecer a base para a cooperação entre as instituições públicas ou agências de desenvolvimento e grandes empresas da indústria de seguros. Entretanto, qualquer que seja a forma adotada, os parceiros comerciais devem utilizar sua experiência em matemática de seguros, diversificação de risco e desenho de produtos, e as microseguradoras devem conduzir a adaptação do negócio à realidade da clientela no nível da comunidade.

As seguradoras e as resseguradoras comerciais tendem a subestimar as peculiaridades do mercado de microsseguro. É importante recordar que o microsseguro se desenvolveu principalmente devido à falta de oferta de produtos adequados oferecidos pelas seguradoras comerciais. Consequentemente, a cooperação pode avançar caso os parceiros comerciais mostrem mais disposição para rever seus produtos e processos administrativos. Deve-se ter em mente que o negócio de microsseguro pode ser uma extensão do mercado, e que a população pobre pode concordar em pagar pelo seguro, caso este corresponda à suas necessidades.

Os programas de microsseguro devem aprender a utilizar os padrões da indústria para o gerenciamento de riscos. As principais questões giram em torno de uma melhor relação entre os prêmios e o custo previsto dos benefícios e a assimilação do mantra que diz "boa contabilidade é bom negócio". As seguradoras comerciais devem aceitar o papel ativo na profissionalização dos programas de microsseguro. Ambos os parceiros devem compartilhar os esforços para encontrar maneiras de estruturar um relacionamento legal, ao invés de se esconder atrás da falta de uma estrutura corporativa de microsseguro como uma desculpa para abster-se de formar parcerias. As preocupações da indústria em relação aos elevados custos administrativos e a falta de infra-estrutura de seguro são problemas que podem ser remediados em sua maior parte pelo próprio setor segurador.

O setor segurador é avesso a se envolver com as microsseguradoras devido à expectativa limitada de lucro. Não se pode negar que a compensação para o risco, o investimento e o esforço deve ser o lucro e o setor segurador deve gerar lucros pelos serviços efetuados. Entretanto, o grau de investimento e a exposição da indústria ao risco têm sido até agora baixo. Na economia de hoje, a rentabilidade segue o investimento inicial para a criação da infra-estrutura. Não há nenhuma razão pela qual o setor segurador seria uma exceção – por que ele deve focar os lucros e esperar que outro invista na construção da infra-estrutura industrial que permita a obtenção da lucratividade? Excluindo sua participação no microsseguro, a indústria do seguro e do resseguro enfraquecem sua pretensão em obter lucros.

Que investimentos a indústria deve fazer? Este capítulo transmitiu duas possibilidades chave. Primeiramente, os investimentos podem apoiar o desenvolvimento de uma instituição para construção da capacitação, uma "Academia do Microsseguro", para criar a competência do seguro no nível da comunidade. Considerando a necessidade de ter mais e melhores informações sobre o mercado e também a necessidade de manter reduzidos os custos de sua obtenção, parece interessante disseminar o domínio do conhecimento e das habilidades do seguro entre a população ativa na indústria do microsseguro. Isto deve ser interesse do setor segurador por ser um assunto de preocupação pública.

Em segundo lugar, o investimento pode possibilitar o acesso dos programas de microsseguros ao resseguro. A falta desta opção se deve principalmente à falta de oferta. Uma vez que as resseguradoras são resistentes em oferecer os serviços de resseguro aos programas de microsseguro, pode ser oportuno distribuir este risco por várias resseguradoras. A proposta prática é criar uma instituição estabelecida conjuntamente por várias resseguradoras, possivelmente, com a participação de instituições públicas, que seja encarregada de oferecer o resseguro, e desenvolver e executar um protocolo padronizado de transferência de dados que possibilite às microsseguradoras a aquisição de resseguro. Atualmente, nenhum líder institucional natural mostrou a determinação de tomar a frente na criação desta facilidade. Entretanto, a iniciativa do CGAP *Working Group* e outros em acelerar a curva de aprendizagem das operações de microsseguro pode ser ampliada para incluir o desenvolvimento de tal instituição, porque este é o elo indispensável que falta para possibilitar a oferta de seguro para os pobres através de programas de microsseguro.

5.5 Obtendo assistência técnica

Richard Leftley e Richard Lacasse

Os autores agradecem as considerações e as sugestões fornecidas por Frank Bakx (Rabobank Foundation), por Zahid Qureshi (consultor), por Karen Schwartz (AAC/MIS), por Sabine Trommershäuser (CTZ) e por John Wipf (CCA).

A assistência técnica (AT) é a oferta de experiência em base contratual a uma organização que precise de suporte. Para o microsseguro, isto pode significar a assistência para iniciar um novo programa, o lançamento ou aprimoramento de produtos, a melhoria geral das operações, o cumprimento de exigências legais ou a obtenção de resseguro. Fornecido tanto a curto como a longo prazo por uma variedade de indivíduos e instituições, a assistência técnica frequentemente vai além dos elementos técnicos específicos e se estende à melhoria da gestão e da administração.

O objetivo da AT depende da perspectiva de cada um. As organizações doadoras e os legisladores, desejosos de ver a expansão maciça do microsseguro, reconhecem que há uma necessidade significativa de construir a capacitação entre seguradoras e os canais de distribuição. Os provedores de microsseguro podem procurar a assistência técnica para expandir sua carteira de produtos, realçar sua eficiência ou melhorar seu resultado. Assim como para os fornecedores de AT, uma vez que este é um campo novo, eles estão frequentemente interessados no desenvolvimento de ferramentas que possam ser usadas em diferentes contextos para melhorar a qualidade e a eficiência de seus serviços.

Através das experiências dos fornecedores de assistência técnica para o microsseguro, este capítulo procura extrair as lições que podem ajudar a expandir a disponibilidade de AT e a melhorar sua qualidade. Embora a assistência técnica seja certamente relevante para o enfoque dos níveis médio e macro discutidos no capítulo 5.1, aqui o foco é na melhoria do desempenho do fornecedor de microsseguro – que inclui tanto o administrador de risco quanto o canal de distribuição. O capítulo inicia destacando a importância da assistência técnica e descreve então os tipos de serviços de AT geralmente oferecidos. A terceira parte categoriza e descreve os fornecedores de AT para microsseguro, enquanto que a conclusão resume as modalidades e características da assistência técnica de qualidade.

1 **Por que a assistência técnica é necessária?**

A diferença entre a oferta e a demanda por microsseguro é enorme. Há poucos prestadores de serviços de seguro aos pobres, e menos ainda os que proporcionam realmente um serviço útil. Contudo milhões, talvez bilhões, de famílias de baixa renda não possuem acesso a mecanismos eficientes de controle de riscos. Para cobrir esta diferença, a assistência técnica do microsseguro deve ajudar a criar novos provedores e a melhorar o desempenho dos existentes.

A assistência técnica é particularmente relevante para o microsseguro devido a outra falha: a falta de competência. As companhias de seguros têm naturalmente a experiência em seguro, mas têm, tipicamente, uma compreensão limitada das necessidades e vontades dos pobres. No outro extremo, as pessoas que trabalham para organizações sociais civis normalmente possuem uma boa compreensão do mercado de baixa renda, mas lhes faltam habilidades sobre seguros. A assistência técnica pode ajudar a preencher esta lacuna de competência facilitando a colaboração entre o setor segurador e a sociedade civil, e permitindo a ambos complementarem suas forças.

Quando os dois unem esforços para entrar no mercado de baixa renda, o fornecedor de AT pode desempenhar um papel chave. Sem a intervenção de um terceiro independente durante o processo de desenvolvimento do produto, muito provavelmente, os interesses comerciais da companhia de seguros ficarão acima dos interesses do distribuidor e também dos clientes. Um consultor experiente é essencial para se certificar de que os produtos serão técnica e financeiramente sustentáveis e fornecerão a adequada proteção aos pobres. Além disso, a assistência técnica pode ajudar as microsseguradoras a cumprir com a regulamentação, por exemplo, em relação a aspectos técnicos dos produtos, projeções atuariais, exigências de capital e de solvência.

O campo do microsseguro se encontra em uma curva de aprendizagem crescente. A maioria das microsseguradoras existentes desenvolveu sua experiência através de tentativa e erro – certamente com muitos erros. Como ilustrado durante todo este livro, onde as companhias de seguro têm se esforçado para atender ao mercado de baixa renda com esforços próprios, muitas não têm proporcionado serviços valiosos ou que tenham sido avaliados; onde as ONGs, as MFIs e outras organizações sociais civis introduziram o seguro sozinhas, elas normalmente encontraram problemas de projeto e de conformidade do produto.

Atualmente, a quantidade de informação e a extensão das experiências são muito maiores do que há dois anos. Estando a par das lições aprendidas, os fornecedores de AT reduzem a necessidade de reinventar a roda e repetir os erros. Eles são disseminadores e propagadores chaves da boa prática e podem transferir as lições aprendidas de uma região para outra.

2 O que faz um fornecedor de AT?

A assistência técnica é um termo amplo e abrangente. Certamente, a AT pode ser usada para atender a toda necessidade ou fragilidade em uma instituição, à medida que a microsseguradora esteja ciente de que a fragilidade existe. De fato, a primeira etapa da prestação de assistência técnica é frequentemente uma avaliação – seja uma auto-avaliação ou uma avaliação externa – que identifique os problemas que precisam ser resolvidos ou as oportunidades que podem ser aproveitadas. Geralmente, a AT é útil 1) no início de uma nova organização, 2) na introdução a um novo produto e 3) no apoio ao desenvolvimento organizacional da microsseguradora.

A assistência técnica pode desempenhar um papel importante no estabelecimento de uma nova organização. Por exemplo, os fornecedores de AT podem ser solicitados para conduzir um estudo de viabilidade antes da tomada de decisões formais sobre o lançamento de um novo programa. Ao começar do zero, é sempre útil envolver pessoas que possuam outra experiência em iniciar ou operar com microsseguro, e que estão em uma posição de estabelecer mais rapidamente sistemas e procedimentos.

Para as organizações que querem desenvolver um novo produto de seguro ou melhorar a qualidade e a aceitação dos produtos já ofertados, a AT pode ser extremamente útil para introduzir e manter viáveis os serviços demandados, com um mínimo de resistência da equipe de funcionários. Geralmente, a assistência técnica pode ser usada durante todo o processo de desenvolvimento ou de melhoria de produtos, ou para auxiliar com algumas das seguintes intervenções durante o processo:[1]

1. Avaliar o mercado

A assistência pode ser solicitada para avaliar as necessidades e a demanda dos clientes, para determinar as realidades operacionais, para avaliar a potencial oferta de seguro, incluindo as prováveis taxas disponíveis das seguradoras existentes, e para conduzir uma análise regulatória para verificar quais opções estão disponíveis (por exemplo, a exigência de se transformar em uma companhia de seguro ou um agente autorizado).

2. Desenvolver um protótipo do produto

Baseado nos estudos de mercado e na avaliação institucional, o fornecedor de AT pode facilitar o desenvolvimento de um protótipo do produto.

3. Precificar o produto

Caso a administração aceite o protótipo, o produto precisa ser precificado. No caso de um administrador de risco que trabalha com um canal de distribuição, a avaliação precisa determinar que taxa será cobrada, assim como os custos de distribuição. A combinação dos dois é o que deverá ser cobrado do cliente.

[1] Nota: Este não é um fluxo de desenvolvimento de produtos, mas uma lista de itens do processo do desenvolvimento de produtos onde a assistência técnica pode representar um papel construtivo. (adaptado de Leftley, 2005).

4. Desenvolver mapas do processo
Os consultores externos podem ajudar a projetar o fluxo de trabalho e os documentos relevantes para maximizar a eficiência.

5. Desenhar as operações e materiais de propaganda
Antes de iniciar o teste piloto, é útil ter manuais das operações, módulos de treinamento da equipe de funcionários, e materiais de marketing. O foco da propaganda deve estar no desenvolvimento de materiais e de técnicas eficazes de orientação do cliente.

6. Configurar o MIS
O sistema de informações gerenciais (MIS) precisa ser adaptado para atender ao novo produto. Em uma MFI, para manter o seguro separado das atividades de poupança e crédito, seria apropriado instalar um sistema de contabilidade em separado, assim como um sistema de acompanhamento apropriado e um pacote de gerenciamento de sinistros.

7. Treinar a equipe
O treinamento inicial é necessário para a equipe de funcionários que estará envolvida no teste piloto (e em alguns casos no treinamento do cliente também). Para organizações existentes, devem ser cuidadosamente consideradas as estratégias para superar a resistência dos empregados à necessidade de mudança.

8. Avaliar o piloto
Antes do teste piloto, é importante estabelecer os objetivos de sucesso. O fornecedor de AT pode conduzir uma análise do teste piloto para avaliar que ajustes são exigidos antes da implantação.

9. Estabelecer um sistema de monitoração
Um sistema de monitoração precisa ser implementado para acompanhamento dos sinistros, padrões de serviço, eficiência e rentabilidade. Os fornecedores de AT podem assegurar-se de que o sistema cumpra as necessidades gerenciais de informação ao monitorar índices aceitos internacionalmente.

10. Conectar com seguradoras e resseguradoras
Caso necessário, o fornecedor de AT poderia ajudar nas negociações com seguradoras ou resseguradoras. Prover um elo com as resseguradoras é especialmente útil quando o mercado de seguros é relutante em fornecer cobertura para o mercado de baixa renda ou para uma linha de produtos em particular (por exemplo, saúde ou cobertura de safra).

A assistência técnica é também bastante relevante para o desenvolvimento da organização, ao auxiliar os seguradores à medida que estes evoluem. Mesmo para programas bem sucedidos, o apoio externo pode ser benéfico na preparação de

um plano empresarial, revendo a gestão e os processos administrativos, reforçando as práticas de governança, melhorando sistemas de informação e assim por diante. As análises atuariais são especialmente importantes para a constante avaliação dos preços praticados, das reservas e das características do produto (*ver Quadro 104*). Através da busca da profissionalização dos fornecedores de microsseguro, a assistência técnica pode ajudar as organizações a atenderem melhor a seus clientes e torná-los mais competitivos.

Quadro 104 **Análises atuariais de programas de microsseguro**

Para determinar se um produto está precificado corretamente, as seguradoras submetem-se geralmente às análises atuariais anuais, que comparam o histórico de sinistros (sinistros ocorridos) às provisões de sinistros. Este processo, conhecido como **taxação pela experiência**, pode levar à necessidade de um ajuste nas futuras taxas de prêmios, dependendo da **credibilidade** atribuída ao histórico de sinistros – quanto mais vidas seguradas, maior a credibilidade.

O processo de avaliação de experiência examina não somente o histórico de sinistros, mas também considera como as tendências de sinistros podem ser afetadas no futuro. Por exemplo, na MUSCCO, as Cooperativas de Poupança e Crédito (SACCOs) haviam pagado 2.50 kwachas (Maláui) por cada K1.000 de saldo de poupança, ações e empréstimos, por mês, pela proteção de vida e empréstimos por vários anos. Quando a organização finalmente contratou um atuário para avaliar o histórico de sinistros, ele recomendou que a taxa fosse aumentada para K.4.25 para cada K1.000. Este significativo aumento – que surpreendeu a diretoria, uma vez que a MUSCCO tinha sido eficaz em acumular reservas – era, na maior parte, devido ao efeito previsto da HIV/AIDS na experiência futura de sinistros.

Os atuários também analisam as características de desenho do produto para assegurar que estes funcionem corretamente. Por exemplo, o Centro para o Desenvolvimento Rural e Agrícola de Catanduanes (ARDCI), uma MFI nas Filipinas com 23.000 clientes, tem operado um programa de microsseguro não registrado, copiado de uma seguradora comercial, com um ano de exclusão para condições pré-existentes. Entretanto, o pessoal da MFI não foi treinado para avaliar corretamente a causa das mortes. Em consequência, ela estava enfrentando reclamações significativas de clientes irritados, cujos sinistros tinham sido recusados. A MFI quis implantar um pacote similar, mas sem a exclusão da condição de pré-existência. Um consultor atuarial sugeriu um acordo que incluísse um período de carência de três meses e, então, somente 10 por cento dos benefícios de morte ocorreram entre o quarto e o décimo segundo mês. Esta proposta foi um grande alívio para a ARDCI uma vez que a gerência verificou o que poderia ser feito com esta exclusão e os problemas associados a ela e ainda ter um mecanismo para controlar a seleção adversa.[2]

[2] Os autores gostariam de agradecer a John Wipf por fornecer os detalhes sobre a ARDCI.

Estas intervenções podem ser oferecidas por um fornecedor de AT através de uma série de atribuições de curto prazo, ou durante uma consultoria de longo prazo, no local. A duração apropriada da participação dependerá do tipo de atividade e do orçamento disponível, mas frequentemente uma assistência de melhor qualidade ocorre com um compromisso mais a longo prazo, seja em frequência intermitente, seja permanentemente no local. Os especialistas técnicos locais podem desempenhar o papel do gerente do programa de seguro, ou gerenciar aspectos operacionais particulares, tais como a subscrição, processamento de sinistros ou contabilidade de seguros. Outro papel chave dos consultores locais é treinar a equipe de funcionários, mas esta é uma estratégia cara. Os prós e contras do suporte local a longo prazo são resumidos na *Tabela 51*.

Tabela 51 **Vantagens e desvantagens do suporte da AT local a longo prazo**

Vantagens	*Desvantagens*
1. O consultor terá uma maior possibilidade de entender as necessidades do cliente, as restrições operacionais e o potencial do mercado.	1. O gerenciamento local pode causar dependência e, no pior cenário, falhar na transferência da posse das mudanças introduzidas pelo consultor
2. Frequentemente, conduz a uma execução mais tranquila do projeto porque o consultor pode gerenciar a supervisão	2. Conduz frequentemente a um nível mais inferior de entendimento na administração local enquanto a dependência do consultor aumenta
3. Possibilita considerar produtos e metodologias de distribuição mais complexos	3. Significativamente mais caro do que a consultoria de curto prazo
4. Aumenta a entrada de fatores, tais como sistemas de informações relevantes para a organização	4. O consultor "estrangeiro" pode ser visto como uma ameaça pelas companhias de seguros locais
5. É mais provável que conduza a um nível elevado de transferência de habilidades à média gerência	5. Frequentemente não é requerido na implementação do produto

3 Quem pode prestar assistência técnica ao microsseguro?

Para ajudar a suprir a grande lacuna entre a oferta e a demanda de microsseguro e o abismo desafiante entre os administradores de risco e os potenciais canais de distribuição, os fornecedores de AT têm que ser pessoas experientes com perícia na técnica e no negócio. Uma vez que o microsseguro é um campo relativamente novo, os fornecedores de AT vêm geralmente de dois tipos diferentes de experiência: 1) especialistas em microcrédito ou saúde que aprenderam sobre seguro ou 2) especialistas em seguro que aprenderam sobre o projeto e a distribuição de seguro aos pobres.

Muitos indivíduos e instituições diferentes estão envolvidos no fornecimento da assistência técnica ao microsseguro. As principais categorias incluem 1) as companhias ou os profissionais de seguros, 2) agências internacionais de cooperação técnica, que podem ser as organizações governamentais ou multilaterais e 3) organizações internacionais de desenvolvimento, que são não-governamentais.

A análise sobre os fornecedores de AT apresentada abaixo não é abrangente nem exaustiva. Os detalhes de fornecedores representativos são relacionados aqui para ilustrar os tipos de organizações e de pessoas envolvidas no fornecimento da AT e a diversidade de experiências e motivações. Extraídas principalmente dos estudos de caso, as descrições de fornecedores de AT não devem ser consideradas para endossar seus serviços.

3.1 Companhias, associações e profissionais de seguros

Se a assistência técnica ao microsseguro possui uma vanguarda, duas organizações reivindicariam fazer parte dela: a CUNA *Mutual* e a ICMIF.

Nos anos 70 e 80, a **CUNA *Mutual***, uma companhia de seguros norte-americana para uniões de crédito, também dedicou-se a uma agenda internacional de desenvolvimento baseada em princípios cooperativos. Antes de qualquer outro usar a expressão "microsseguro", a CUNA *Mutual* disseminou a proteção de empréstimos e os produtos de aposentadoria em associações de uniões de crédito e em companhias de seguro mútuas em todo o mundo, incluindo a MUSCCO, a TUW SKOK (Polônia) e a ALMAO (Sri Lanka).[3] Além da AT, a CUNA *Mutual* também realizou investimentos em seguradoras locais e na oferta de resseguro.

Entretanto, antes que o microsseguro se tornasse mais amplamente conhecido, a CUNA *Mutual* passou por uma reestruturação estratégica e se retirou, quase que completamente, do mercado de assistência técnica para o microsseguro. Contudo, seu legado permanece, com diversas companhias de seguros cooperativas (e os programas não regulamentados gerenciados por organizações de ponta) que ainda operam em muitos países. Como descrito no capítulo 4.1, a estratégia da CUNA *Mutual* era manter a simplicidade. Uma vez que o principal canal de distribuição das seguradoras eram as uniões de crédito, que não possuíam a experiência do seguro, seus clientes de AT ofereciam apenas produtos básicos associados a seus serviços principais.

O que a CUNA *Mutual* fez globalmente para o movimento de uniões de crédito foi o mesmo que, em linhas gerais, uma outra organização realizou em uma escala mais ampla para a cobertura do movimento cooperativo em torno do mundo: a Federação Internacional de Seguro Cooperativo e Mútuo (**ICMIF**), e suas associações regionais nas Américas, na Ásia e na Europa. Tendo começado formalmente a assistência técnica em 1963, a federação ajudou a organizações populares a criar umas 25 novas seguradoras cooperativas e mútuas, além de fornecer orientação contínua para solução de problemas para desenvolvimento de

[3] Os programas de seguro apoiados pela CUNA *Mutual* não eram todos "microsseguradores". Muitas uniões de crédito afiliadas a seguradoras apoiadas pela CUNA são de cunho empregatício e consequentemente servem como cobertura suplementar para as pessoas que trabalham na economia formal. Entretanto, muitas uniões de crédito incluem pessoas de baixa renda, incluindo aquelas da economia informal e consequentemente as experiências da CUNA *Mutual* são altamente relevantes tanto para as microsseguradoras quanto para os fornecedores de AT.

seguradoras em suas categorias. Em alguns casos, sua assistência técnica é conjugada com a assistência financeira de seu braço de financiamento, a *Allnations Inc*, para ajudar as seguradoras emergentes a levantar capital e cumprir exigências regulatórias.

A federação de associações regionais para as Américas tem um registro notável do trabalho de desenvolvimento do seguro. A Cooperativa "*Americas Association*"/Sociedade de Seguros Mútuos (**AAC/MIS**) fornece assistência técnica e programas – financiados pela USAID e pelas seguradoras associadas estabelecidas à AAC/MIS – a diversas companhias de seguros da região. Muitos dos clientes de assistência técnica da AAC/MIS ao longo dos anos, tais como o *La Equidad Seguros* na Colômbia, tiveram interesse em alcançar e atender a populações mais pobres. Para seus 35 associados de nível popular na América Latina e no Caribe, a AAC/MIS, assim como a ICMIF globalmente, oferece a assistência técnica, incluindo a AT membro a membro e oportunidades educacionais às sociedades associadas novas e emergentes, com base nos princípios de auto-ajuda mútua, de democracia na posse e na governança, e de partilha equitativa dos lucros e das perdas.

A AT fornecida pela ICMIF e pela AAC/MIS é direcionada pela demanda, já que a associação responde aos pedidos das organizações que solicitam o auxílio para formar sua própria agência, departamento ou companhia de seguros. Frequentemente, a AAC/MIS e a ICMIF também ajudam seus membros a obter resseguro de outros associados da rede. Por exemplo, a ALMAO é ressegurada pela NTUC *Income* em Singapura, um acordo intermediado pela ICMIF já que ambos são membros da federação.

Um participante emergente no esforço de desenvolvimento internacional é a ***Rabobank Foundation***, parte do grupo *Rabobank* na Holanda. Seu foco é desenvolver a consciência dos benefícios da cooperação entre banco e microsseguro. Em linha com o foco da fundação, outra subsidiária do grupo, a *Interpolis Re*, oferece a experiência em assistência para criação de programas de microsseguro a organizações locais em países em desenvolvimento – além de prover resseguro. Por exemplo, no ano 2000, a *Interpolis* começou a apoiar a *Yasiru* no Sri Lanka com um pacote de assistência que inclui o financiamento pela fundação junto com a AT, sistemas de informação e resseguro.

A *Interpolis* participa ativamente na recém-criada Associação de Microseguradoras da Holanda (**MIAN**), que mobiliza os especialistas de seguro holandeses, incluindo voluntários da *Interpolis*, para fornecer assistência técnica de microsseguro como parte da responsabilidade social corporativa da companhia.

A experiência em seguro também está encontrando seu caminho no microsseguro através dos **atuários e outros profissionais de seguro** da Europa e da América do Norte que decidiram empregar suas habilidades no contexto dos países em desenvolvimento. Por exemplo, o CGAP financiou um consultor atuarial e de gestão para ajudar a *VimoSEWA* na Índia de 2002 a 2004. Os consultores atuariais internacionais também trabalharam com a *Spandana* e a *Yeshasvini* na

Índia, com a *Grameen Kalyan* (Bangladesh), CARD MBA (Filipinas), TYM (Vietnam), MUSCCO e outros. Este desenvolvimento é particularmente interessante porque começa a aproximar aqueles com experiência em seguros daqueles que conhecem o mercado de baixa renda. Ao arregaçarem as mangas e sair em campo, estes consultores estão criando uma classe nova de especialistas em microsseguros.

3.2 Agências internacionais de cooperação técnica

A **GTZ** executa projetos de desenvolvimento em nome do Governo Alemão, principalmente para o Ministério Federal para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (BMZ). Depois que um primeiro projeto piloto de microsseguro com SEWA em 1994, a GTZ expandiu sua assistência técnica em microsseguro a outras ONGs e MFIs. Entretanto, geralmente a GTZ proporciona seus serviços em microsseguros no contexto da proteção social ampla, do seguro de saúde ou de programas de desenvolvimento do sistema financeiro.

Uma vasta gama de serviços de desenvolvimento de capacitação e de consultoria é fornecida pela GTZ. Por exemplo, as MHOs da África Ocidental foram apoiadas na condução de estudos de viabilidade, desenho de produtos e sistemas de monitoramento e gestão de seguros. Os oficiais do governo, os prestadores de serviços de saúde, os seguradores e as ONGs foram treinados para fornecer o microsseguro de saúde de qualidade no Camboja e nas Filipinas. Na Tanzânia, a GTZ tornou possível aos sistemas de base comunitária criar uma federação nacional forte, que fosse reconhecida oficialmente pelo governo como um fornecedor de microsseguro de saúde. No Chile e no Paraguai, GTZ apoiou os sistemas de base comunitária na complementação de esforços de proteção social oferecidos pelo estado.

A **OIT** aborda a assistência técnica do microsseguro através de duas perspectivas: 1) ajudando os setores financeiros a se tornarem mais inclusivos, e 2) estendendo a proteção social aos trabalhadores da economia informal. Grande parte deste esforço é dedicada às atividades de pesquisa (como este livro e os estudos de caso que ele apresenta), assim como no desenvolvimento de material de treinamento. Adicionalmente, a OIT também tem fornecido assistência técnica aos programas de microsseguro, particularmente aqueles que levam o seguro de saúde aos pobres.

O programa STEP da OIT ajuda organizações de base a estabelecer programas de microsseguro com um pacote de AT, ferramentas de gestão (que incluem sistemas de informações gerenciais) e financiamentos.[4] Em vários dos programas

[4] Além da AT no nível de fornecedor, o programa STEP também atua no nível médio, fornecendo a assistência técnica para desenvolver a capacitação de organizações federativas e apoiar as organizações que promovem o microsseguro. No nível político ou nível macro, o programa organiza atividades jurídicas, focando principalmente os governos, para aumentar a consciência da utilidade de tais programas de seguro e para promover um ambiente propício para seu desenvolvimento.

apoiados pelo STEP, os gerentes não tinham experiência prévia em seguro. O fornecedor de AT conduz o estudo de viabilidade, e fornece a experiência para o cálculo dos prêmios e para estabelecer o programa. A assistência técnica também inclui a construção de capacidade e monitoramento, desenvolvimento de planos de trabalho anuais, auxílio na preparação de material de treinamento, contabilidade e divulgação e treinamento da equipe de funcionários. Alguns dos clientes de AT do STEP incluem a AssEF (Benin), a *VimoSEWA*, a *Grameen Kalyan* e o BRAC MHIB.

3.3 Organizações internacionais de desenvolvimento e empresas de consultoria

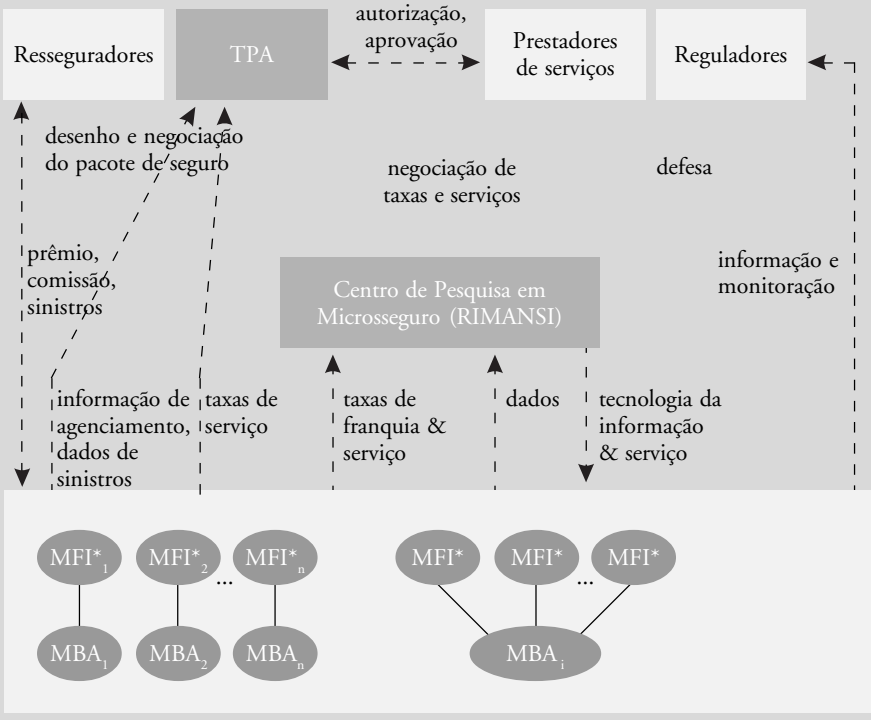
A Associação Canadense para Cooperação (**CCA**) fornece a assistência técnica através de um consultor técnico atuarial baseado nas Filipinas que auxilia microsseguradoras como o CARD MBA e à Sociedade de Benefício Mútuo de Seguro de Vida Cooperativo (CLIMBS – *Cooperative Life Insurance Mutual Benefit Society*). Além dos serviços atuariais, o consultor presta assistência para desenvolvimento de sistemas de informática para facilitar a gestão de dados de microsseguro. Ele também atua próximo ao conselho de administração, a gerência e a equipe de funcionários. Com eles, ele revisa e discute o risco do seguro, e desenvolve sistemas de gestão e controle.

Juntos, a CCA e o CARD MBA criaram a **RIMANSI** (Soluções para Gerenciamento de Risco, Inc.), um centro de recursos de microsseguros que fornece a assistência técnica, a administração, o auxílio para conformidade regulatória e resseguro às MFIs e às cooperativas no sudeste da Ásia (*ver Figura 37*). Em seu primeiro ano de operação, ela apoiou cinco MBAs nas Filipinas e três programas de microsseguro no Camboja. Sua estratégia principal é franquear a tecnologia do CARD MBA e disseminá-la.

O **CIDR** é uma ONG francesa envolvida em diversos campos do desenvolvimento desde 1961. Ele busca instruir pessoas na economia informal para ajudá-las a assumir a responsabilidade por suas necessidades econômicas, técnicas e financeiras. Em particular, o CIDR trabalha com microcrédito, desenvolvimento de microempresas, microsseguro e na gestão de serviços de saúde. Com sua AT em microsseguro, o CIDR promoveu diferentes estratégias em diferentes áreas:

- As organizações mútuas de saúde (MHOs) se organizaram em redes regionais no Benin (20.000 beneficiários), na Guiné (14.000 beneficiários), na Tanzânia e no Quênia
- Ilhas Comores: assistência social baseada nas vilas, com filiação automática
- Mali: colaboração entre uma organização de saúde mútua e uma instituição de microcrédito
- Uganda: programa de seguro de saúde em co-gestão com um fornecedor de assistência médica sem fins lucrativos

Figura 37 **O modelo RIMANSI de assistência técnica às MBAs**



A ***Microfinance Opportunities*** é um centro de recursos de microcrédito voltados para os clientes. Estabelecida em 2002, sua especialidade em AT é o fornecimento de pesquisas de mercado. A *Microfinance Opportunities* foi pioneira na análise da demanda para o microsseguro e na avaliação de estratégias de gestão de riscos de famílias de baixa renda. Para traduzir sua pesquisa sobre a demanda no desenho de um produto, a *Microfinance Opportunities* trabalha frequentemente com o ***Microinsurance Centre*** (Centro de Microsseguro), uma empresa de consultoria especialista que concentra esforços na melhoria do acesso a produtos apropriados de seguros por pessoas de baixa renda. Particularmente, ela ajuda seguradores comerciais a desenvolver estratégias e produtos para incorporar com sucesso o mercado de baixa renda.

A ***Opportunity International*** (OI) é uma rede global de instituições de microcrédito que opera em 29 países com uma carteira de empréstimo acima de US$ 175 milhões e 840.000 devedores ativos no final de 2005. Em 2002, a OI tornou-se a primeira rede de microcrédito a recrutar uma equipe de seguro para ajudar suas afiliadas a desenvolver produtos de seguro. Ela emprega um modelo de sócio-agente modificado e desenvolveu uma série de produtos de seguro de vida, propriedade, invalidez, desemprego, saúde e rurais, rebanhos e safra, em nove países.

Além de servir suas próprias MFI afiliadas, a OI forneceu assistência técnica de microsseguro a projetos externos, incluindo o desenvolvimento de produtos de seguro de safra para o Banco Mundial na África. Durante 2005, a OI tomou a decisão estratégica de criar a "Agência do Microsseguro", uma corretora de seguro especialista em distribuir e administrar o microsseguro para uma cadeia de MFIs, SACCOs, cooperativas e de bancos rurais.

A **SOCODEVI** é uma ONG especializada formada por uma rede de cooperativas e mútuas no Canadá, originária do setor financeiro e de seguro, agricultura e agro-negócio, silvicultura e cooperativas de consumidores. A SOCODEVI concentra-se na promoção e no fortalecimento das cooperativas como uma ferramenta para o desenvolvimento sustentável. Durante vinte anos, a SOCODEVI forneceu assistência técnica em microcrédito, seguro, agricultura e silvicultura aos seus sócios na África, América Latina e Ásia.

Em seguros, a estratégia da SOCODEVI é criar empresas cooperativas e mútuas que oferecem produtos de alto desempenho, diversificados e acessíveis, adaptados às necessidades dos seus membros. A SOCODEVI ajuda as seguradoras a melhorar sua competitividade ao desenvolver sua capacidade de gestão e de marketing. Os programas de desenvolvimento cooperativos da SOCODEVI envolvem voluntários de suas próprias associações, de forma que exista um maior comprometimento do fornecedor de AT, do que apenas o cumprimento de uma missão. Para projetos de microsseguro, os consultores são oriundos de seguradores membro, gerando bastante credibilidade nas organizações onde prestam serviços. Através do tempo, a SOCODEVI apoiou principalmente organizações de seguros na América Latina, incluindo a *ServiPerú* e a *Columna* na Guatemala.

4 Conclusão: provendo assistência técnica de qualidade

Apesar da natureza diversa dos exemplos de fornecedores de AT, há algumas linhas comuns que os mantêm juntos. A maioria das organizações está no campo cooperativo e mútuo, o que é completamente lógico, uma vez que um dos maiores princípios das cooperativas é suportar o desenvolvimento de outras sociedades. Um segundo tema compreende as organizações que surgiram do microcrédito para também promover o seguro. Por último, as agências internacionais de cooperação técnica têm um interesse ligeiramente diferente, porque tendem a não focalizar apenas o nível institucional, mas também se esforçam para tratar dos aspectos médio e macro relevantes.

Com base nesta lista de fornecedores de AT e de suas experiências, e através da literatura sobre assistência técnica disponível, é possível destacar algumas lições preliminares. Geralmente, o processo de fornecer AT exige o exame cuidadoso para garantir que os incentivos apropriados estejam disponíveis para aumentar a qualidade do serviço. A Rede SEEP examinou este aspecto no contexto do microcrédito, e identificou sete princípios chaves (o 7 Cs) que são necessários para garantir uma AT de excelente qualidade (ver quadro 105).

Quadro 105 **Os 7 "C"s da assistência técnica**

Para se obter o benefício máximo dos investimentos escassos em serviços técnicos e criar retornos positivos dos investimentos em assistência técnica, a Rede SEEP criou uma estrutura para fornecer assistência técnica de qualidade. Embora seu critério dos 7C tenha sido projetado tendo em mente o fornecimento de AT às instituições de microcrédito, devido a sua relevância, eles foram adaptados aqui, para os fornecedores de microsseguro.

1. Demanda direcionada ao Cliente
Este princípio trata da necessidade para que o cliente de AT, o provedor do microsseguro, seja o dono do processo de AT e que este conduza a escolha dos serviços técnicos. Este princípio implica que a equipe de gestão do microsseguro efetue uma auto-avaliação para definir as necessidades técnicas da organização e obter então os serviços técnicos necessários para melhoria do desempenho.

2. Contexto
Este princípio trata da necessidade de identificar as variáveis contextuais externas que podem influenciar na escolha e na eficácia do fornecimento de serviços técnicos, incluindo variáveis econômicas, culturais, políticas e institucionais.

3. Resultados Concretos
Este princípio incentiva as microsseguradoras a definir e acordar com o fornecedor de AT a entrega de resultados claros com prazos definidos (e quando apropriado com entregas intermediárias). Estas entregas devem incluir informações concretas sobre:

– os indivíduos, em termos do seu nível de conhecimento, habilidades ou atitudes,
– os sistemas (por exemplo, de informações ou financeiros), em termos de seu desempenho e/ou capacidade e
– a instituição, em termos dos objetivos de desempenho referentes ao serviço técnico.

É importante observar que as entregas devem ser apropriadas ao tamanho, a idade e a capacidade das instituições que recebem e que proporcionam os serviços técnicos.

4. Checagem (indicadores para verificação de resultados)
Este princípio incentiva as microsseguradoras a desenvolver e definir medidas de desempenho, ou indicadores para verificar a entrega de produções específicas pelo fornecedor do serviço técnico.

*5. Foco na mudança (*Changes*) – indicadores base – avaliação inicial*
Inseparável da ideia da Checagem, este princípio exige da microsseguradora a coleta de informações iniciais com base em seu próprio desempenho para medir os resultados da assistência técnica. Os indicadores base da avaliação inicial podem incluir as atitudes da equipe de funcionários, o nível de conhecimento, as habilidades, e a capacidade ou desempenho institucional e de sistemas.

6. Eficácia de Custos
Este princípio assegura que as medições de custos de efetividade sejam usadas para selecionar e verificar a entrega de serviços técnicos. O princípio incentiva as microsseguradoras a medir os resultados de serviços técnicos em relação a seu custo total (direto e indireto), a fim de avaliar se tais serviços valem a despesa incorrida.

7. Responsabilidade Clara
Este princípio incentiva microsseguradoras a construir mecanismos mútuos de responsabilidade em contratos de assistência técnica. Ele enfatiza a necessidade de atribuição de papéis e responsabilidades claros para cada parte no alcance dos resultados especificados, usando incentivos e/ou penalidades para assegurar que o cliente e o fornecedor de AT cumpram seus compromissos com a outra parte.

Fonte: Adaptado de Goodwin-Groen, 2003.

A estrutura dos 7 Cs é um guia eficaz para a melhoria da qualidade da assistência técnica. Certamente, às vezes os clientes reclamam que a qualidade da assistência técnica e o impacto dos serviços não justificam o custo. Frequentemente, os serviços de AT são direcionados ao fornecimento, com a assistência técnica que combina mais com a perícia dos fornecedores do que com as necessidades dos clientes.

No processo de fornecer uma AT de qualidade, alguns fatores chaves precisam ser levados em consideração:

1. Os produtos de seguro devem ser simples e facilmente compreendidos.
2. Os benefícios do produto devem estar em linha com um valor de prêmio aceitável pelos clientes alvo.
3. É necessário haver por parte da alta administração e do conselho o compromisso e uma forte liderança para a aceitação e execução das mudanças necessárias.
4. Se o cliente de AT necessita de uma intervenção de longo prazo, então o fornecedor de AT deve ter um compromisso de longo prazo, desta forma os dois podem construir um relacionamento de trabalho eficaz.
5. Embora possa parecer eficiente, não é apropriado aplicar a mesma fórmula ou produto em países diferentes. Enquanto o processo de fornecimento de assistência técnica pode ser o mesmo, os resultados desse processo podem ser completa-

mente diferentes, dependendo da capacidade do cliente de AT, de seu mercado e do ambiente regulatório.
6. O fornecedor de AT precisa de a) experiência na área técnica específica e b) habilidade em passar essa experiência a outros, possivelmente em um contexto completamente diferente do qual o especialista costuma trabalhar. Estas duas qualidades podem ser difíceis de serem encontradas em um indivíduo.
7. Os fornecedores de AT devem reconhecer e respeitar a capacidade de absorção da organização e de sua equipe de funcionários; uma aproximação passo a passo ou em fases geralmente funciona melhor.
8. Os clientes de AT não devem apenas compreender o que têm que fazer, mas também compreender porque têm que trabalhar diferente e estarem motivados por esta nova visão.
9. Os fornecedores de AT precisam desenvolver a capacitação das microsseguradoras para aumentar a compreensão do mercado alvo sobre os benefícios do seguro.
10. A assistência técnica eficaz inclui a monitoração contínua com padrões, indicadores e referências de mercado.

Uma forma de aumentar a qualidade da AT, melhorar a responsabilidade e garantir que esta seja baseada na necessidade do cliente, é assegurar de que o cliente de AT realmente pague pela assistência técnica ou pelo menos compartilhe de alguns dos seus custos. Já existem alguns exemplos de companhias de seguros multinacionais que contratam peritos de microsseguros para auxiliá-las a desenvolver estratégias para servir o mercado de baixa renda.

Entretanto, **o financiamento da assistência técnica** frequentemente flui de um doador para um consultor ou a uma rede de organizações que, então, fornecem a assistência técnica. O cliente da AT pode ter pouco dizer sobre quem proporciona os serviços ou se o custo destes serviços representa um uso eficaz de recursos. Para superar este problema, algumas redes, tais como a *Opportunity International* exigiram que seus sócios de MFI contribuíssem para o custo de AT com seus recursos próprios. Em alguns casos, as doações foram efetuadas diretamente aos MFIs, que ficam então livres para escolher entre usar um fornecedor interno de AT (isto é, dentro da rede) ou buscar um especialista externo. Este tipo de mecanismo de financiamento de AT transfere a responsabilidade do processo para o cliente de AT e aumenta a probabilidade de que o fornecedor de AT será responsável.

Uma estratégia para reduzir o custo da assistência técnica do microsseguro fica evidente na tendência na concentração de **serviços sul-sul** (*south-to-south*). Frequentemente a AAC/MIS serve como um facilitador de assistência técnica, unindo as habilidades de um membro com as necessidades de outro. Similarmente, o surgimento da RIMANSI nas Filipinas é uma realização importante. Ela não é somente um fornecedor local de AT mais acessível do que consultores

internacionais, como também é mais familiarizada com o contexto local. Na África Ocidental, o Desenvolvimento Internacional Desjardins (DID) está exercendo uma estratégia similar, à medida que tenta desenvolver a capacidade de um fornecedor local de AT (*ver Quadro 106*).

Quadro 106 **Parcerias de assistência técnica: DID e CIF**

O Centro de Inovações Financeiras (CIF) é um fornecedor da assistência técnica que trabalha com seis redes de cooperativas de poupança e crédito na África Ocidental (FECECAM no Benin, FCPB em Burkina Faso, *Kafo Jiginew* e *Nyèsigiso* em Mali, PAMECAS no Senegal e FUCEC no Togo), que incluem 500 cooperativas e 1,2 milhões de membros. O CIF tem um interesse particular em desenvolver novos produtos para satisfazer as necessidades dos clientes.

O Desenvolvimento Internacional Desjardins especializou-se em fornecer suporte técnico e investimento para o setor financeiro comunitário em países em desenvolvimento. Ele é parte do Grupo Desjardins, a maior cooperativa financeira do Canadá.

O CIF e o DID são sócios técnicos e estratégicos e também financeiros. Através da exploração e da combinação de experiência internacional e local, o CIF e o DID têm criado uma formidável simbiose. Através do conhecimento do CIF sobre as condições locais, ele pode compreender as necessidades não supridas dos membros cooperativos. Em muitos lugares, tais como o Togo, o CIF identificou a necessidade por produtos de microsseguro. É neste contexto que as cooperativas e o CIF podem tirar proveito da experiência em seguros do DID. Além de ter seus próprios peritos em microsseguro, o DID também aprendeu bastante sobre o negócio de seguro com sua companhia parceira.

Junto, os sócios desenvolveram, localmente, produtos receptivos e financeiramente viáveis, como projeto piloto no Togo. Através do aprendizado e da obtenção de experiência com o projeto piloto, os produtos são então distribuídos através de todas as cooperativas membro. Certamente, os custos e os riscos associados com o desenvolvimento dos produtos são deste modo, muito mais baixos, porque outras redes e partes interessadas do CIF podem tirar proveito da experiência efetuada em uma única rede.

Adicionalmente, através da oferta de assistência técnica através de um fornecedor local de AT, o DID pode criar um efeito multiplicador. E, posteriormente, com o CIF conduzindo o desenvolvimento do microsseguro em outras redes, os custos são muito mais baixos do que se o DID tivesse fornecido assistência técnica a cada rede em separado.

Fonte: Adaptado de Tremblay et aI., 2006.

Outra estratégia para melhorar a AT e reduzir custos é o **compartilhamento de recursos** entre as redes. Por anos, a AAC/MIS e a SOCODEVI compartilha-

ram consultores e a gestão da assistência técnica para atingir objetivos comuns no apoio aos seus sócios de seguro na América Central e na América do Sul. As organizações concordaram com as estratégias para apoiar estes sócios, incluindo a troca de informação para melhorar o monitoramento da AT. Um resultado extraodinário desta colaboração foi o desenvolvimento de ferramentas de gestão comuns, a definição de padrões de desempenho e a busca conjunta de resseguro para os clientes AT. O uso de indicadores comuns também facilitou a troca de informação e de experiência entre as microsseguradoras. Muitas organizações recebem ajuda técnica e econômica de vários doadores, enfrentando problemas de consistência de informações e recomendações – sem mencionar a duplicação de esforços. A coordenação e a colaboração dos doadores, como alcançada pela AAC/MIS e pela SOCODEVI, beneficiam tanto os clientes como os fornecedores de assistência técnica.

Um tema comum entre muitos fornecedores de AT para o microsseguro é a combinação entre **assistência técnica e dinheiro**. Os subsídios e os investimentos frequentemente acompanham a assistência técnica para gerar maior impacto. Onde existe um investimento, como na CUNA *Mutual* ou na ICMIF *Allnations*, existe uma grande probabilidade de que o acompanhamento da assistência técnica seja de alta qualidade, desde que o fornecedor de AT tenha um interesse.

Outra ligação importante é entre a **AT e o resseguro**. Existem exemplos onde os fornecedores locais de seguro foram incapazes de fornecer um produto ou uma cobertura devido a suas próprias restrições de resseguro. Se uma companhia de seguros tem uma restrição em seu próprio programa de resseguro, ela irá limitar a cobertura que está disposta a oferecer por receio de incorrer em perdas retidas líquidas. Um fornecedor de AT pode fornecer os contatos necessários para uma efetiva negociação com uma companhia resseguradora, obtendo uma melhor cobertura. Por exemplo, quando o *Opportunity International Bank* do Maláui quis oferecer seguro de rebanhos, ele não conseguiu encontrar uma companhia de seguros local que quisesse participar, pois os contratos de resseguro das seguradoras excluíam rebanhos. O OI estava pronto para negociar com as resseguradoras na África do Sul para permitir que a NICO, uma companhia de seguros da Malásia, liderasse a cobertura, com o risco sendo suportado pela resseguradora.

Os fornecedores de AT também possuem um papel importante a representar quando o setor segurador local é pouco disposto a fornecer a cobertura devido à falta de conhecimento técnico. Quando a OI estava desenvolvendo um produto de derivativo de colheitas para o Banco Mundial na Malásia, inicialmente, as companhias de seguros locais não se mostraram dispostas a subscrevê-lo, porque não tinham nenhuma experiência anterior na precificação de produtos similares. Após algumas discussões com os peritos da OI, as seguradoras locais formaram uma associação para subscrever o risco com base na informação atuarial da OI, na AT para o desenho do produto e no suporte ao andamento da subscrição.

Uma estratégia final para maximizar a eficácia da assistência técnica ao microsseguro é focar o **papel de intermediação dos fornecedores** de AT. Ao aproximar uma seguradora e uma organização da sociedade civil, o fornecedor de AT reduz significativamente a necessidade de assistência técnica, uma vez que eles se complementam em experiência. O fornecedor de AT é inicialmente necessário à frente do projeto como um intérprete, para falar a linguagem de seguros com as organizações de base e desenvolver a comunicação com a seguradora. À medida que as partes começam a se entender, a necessidade de manutenção do intérprete – o fornecedor de AT – fica substancialmente reduzida.

6 Conclusões

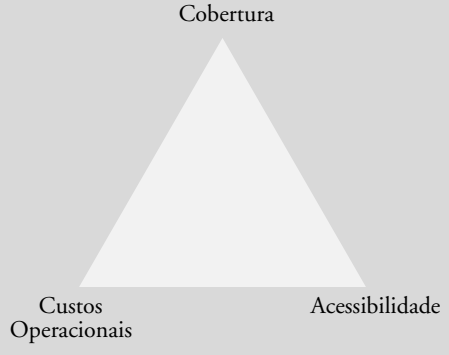
6.1 Estratégias para a sustentabilidade

Craig Churchill e Denis Garand

Os autores agradecem as seguintes pessoas por suas críticas e sugestões sobre este capítulo: Felipe Botero (Metropolitan Life), Bruno Galland (CIDR) Alexia Latortue e Aude de Montesquiou (CGAP) e John Wipf (CCA).

Conforme ilustrado nos capítulos precedentes, criar um programa de microsseguro viável é desafiador. Se o programa tem seus custos cobertos através da assistência dos doadores e dos governos, ou das receitas de prêmios e de investimentos, a sustentabilidade assegura o acesso permanente aos serviços. O dilema da sustentabilidade se resume a uma troca entre três objetivos concorrentes (*ver Figura 38*). Como as microsseguradoras encontram um equilíbrio entre 1) a **cobertura**, satisfazendo as necessidades de grande parte das pessoas de baixa renda, 2) os **custos** de operação e de transação para a seguradora, e 3) a **acessibilidade**, representando os custos de preço e de transação para os clientes?

Figura 38 **Atingir o equilíbrio: o desafio do microsseguro**



Baseado nas experiências dos estudos de caso, este capítulo resume doze estratégias que podem ser usadas para atingir a sustentabilidade, divididas em três categorias principais:

1. Limitar Benefícios
2. Foco na eficiência
3. Diversificar as fontes de receita

O capítulo conclui com algumas observações sobre gestão, o que sustenta cada estratégia e pode fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um programa. À medida que um negócio se desenvolve e cresce, atingindo um fluxo regular de receitas, ele tem que equilibrar outro conjunto de interesses concorrentes – os **empregados**, para alcançar uma melhor remuneração; os **clientes**, para aquisição do produto pelo melhor preço, e; os "**acionistas**" para receber o melhor retorno sobre seu investimento, seja em termos financeiros ou sociais. O sucesso depende então de uma administração eficaz para manter as principais partes interessadas satisfeitas.

1 Limitar benefícios

Iniciar um programa de microsseguros é similar a iniciar uma companhia de seguros normal; entretanto, é necessário um prazo maior para se atingir a viabilidade. Em quanto tempo isso ocorre irá depender do produto, do mercado alvo e da estratégia de sustentabilidade. A primeira estratégia para se obter a sustentabilidade é limitar os benefícios oferecidos. Embora isso não seja um cenário perfeito, uma vez que a seguradora pode não oferecer às famílias de baixa renda a escala de proteção que estas necessitam, o seguro com benefícios limitados pode ser relativamente mais barato e, acima de tudo, melhor do que nenhuma cobertura. Os benefícios básicos são também ponto de partida apropriado. À medida que o mercado alvo desenvolve sua opinião em relação ao valor do seguro e a seguradora desenvolve a experiência no fornecimento, os benefícios podem ser aumentados gradualmente.

1.1 Iniciar com o seguro de prestamista

Um dos produtos mais acessíveis é o seguro prestamista ou proteção de empréstimos. Independente de fornecer um benefício limitado, como um produto compulsório vinculado a um canal de distribuição existente, sua estrutura de custo administrativo deve ser muito eficiente com uma distribuição de risco razoável.

Enquanto é discutível se estas vantagens realmente ajudam o mercado de baixa renda, a proteção de empréstimos deve ser pensada como um ponto de partida. Caso as microsseguradoras forneçam a cobertura de prestamista por uma taxa apropriada, elas podem formar uma base de capital substancial para, então, expandir o seu pacote de benefícios. Com a ajuda técnica apropriada, elas podem estabelecer um prêmio suficiente para cobrir os sinistros e as despesas administrativas previstas, além de contribuir para a formação de reservas excedentes. A oferta da proteção de empréstimos também pode ser utilizada para formar as habilidades básicas de gestão de seguros, sistemas de monitoração e estratégias de comunicação. Uma vez que os excedentes alcancem um valor pré-determinado e o programa de microsseguro esteja financeiramente estável, os recursos podem ser usados para aumentar os benefícios para os segurados.

Por exemplo, uma vez que a *Spandana* tinha acumulado reservas suficientes através de seu produto de seguro prestamista, ela expandiu os benefícios do segu-

ro passando a incluir cobertura para morte do cônjuge e moradia (*hut*)[NT1], enquanto reduzia os prêmios. A MUSCCO (Maláui) e o CARD MBA (Filipinas) estão em uma posição parecida em relação à melhoria dos benefícios já que acumularam capital considerável – no caso do CARD, talvez até excessivamente. A MUSCCO acumulou US$198.000, enquanto o CARD MBA gerou US$830.000 em reservas, por ter uma eficiente estrutura administrativa e cobrar prêmios muito acima do necessário.

A estratégia da "proteção de empréstimos" para a sustentabilidade é baseada na utilização da geração de caixa para constituição de uma base sólida, que permita à microsseguradora fornecer benefícios oportunos no futuro. Entretanto, esta estratégia somente é apropriada para as instituições de empréstimo que desejam se envolver com o seguro. Uma grande desvantagem é que os primeiros segurados são sobretaxados, enquanto os que aderem ao sistema mais tarde são beneficiados. Adicionalmente, em função da cobertura ser obrigatória, muitos clientes nem sabem que ela existe. Consequentemente, isto não ajuda a superar a falta de compreensão do mercado e sua cautela em relação ao seguro. Para conseguir esse objetivo, seria mais útil começar com um produto "proteção de empréstimos plus" que forneça uma compensação (isto é, um valor acima do empréstimo) e que, da mesma forma, cubra outros membros da família. Também pode fazer sentido oferecer opções diferentes, de modo que, mesmo que sejam obrigatórias, os clientes possam escolher entre dois ou três níveis de cobertura.

Estratégia de sustentabilidade 1. Iniciar com o seguro de prestamista

Vantagens

- Relativamente simples de pôr em prática.
- Fornece à população alvo algum benefício – no mínimo, é melhor do que não fazer nada.
- Cria um foco gerencial mais claro, importante para o alcance da eficiência e da viabilidade. A gerência pode aprender etapas simples antes de avançar para ofertas mais elaboradas de seguro.

Desvantagens

- Cobre apenas o risco de morte (e, às vezes, invalidez) e fornece um benefício bastante limitado.
- O beneficiário principal pode ser a instituição de empréstimo. Este seguro é realmente para a MFI?
- Não ajuda os clientes a entender o seguro, nem consolida uma cultura crescente de seguro.
- Fornece o seguro somente para devedores e não proporciona nenhum serviço mais amplo à comunidade.

[NT1] *Hut insurance* é o seguro residencial para moradias construídas em áreas rurais com financiamento do governo, banco ou cooperativa de crédito).

– Os primeiros segurados podem ser sobretaxados.
– Pode levar tempo para desenvolver a cobertura mais abrangente exigida pelo mercado alvo.
– A gerência pode se acomodar e não aperfeiçoar suas habilidades de seguros ou a eficiência operacional.

1.2 Benefícios máximos

Outra maneira de limitar os benefícios é definir um teto sobre o valor a ser pago em um determinado prazo. Por exemplo, a apólice de assistência funeral da ALMAO cobre até nove vidas por família, mas cobre somente duas mortes por ano na mesma família. A *Karuna Trust* indeniza a perda de renda por motivo de hospitalização até um máximo de 30 dias por ano. Os programas de poupança para aposentadoria especificam sempre um benefício máximo; na MUSCCO, a cobertura máxima é MK 100.000 (US$935), enquanto, na Guatemala, a cobertura de aposentadoria da *Columna* vai até Q. 50.000 (US$6.000).

Esta estratégia de benefício-máximo é particularmente comum no seguro saúde. A TYM somente fornece o benefício de seguro saúde uma vez durante a vida do cliente, e limita este benefício a VND 200.000 (US$ 13), que parece insuficiente para cobrir as necessidades dos participantes. Mesmo que certamente não seja um benefício ideal, é o melhor que este programa informal pode oferecer em função de sua atual capacidade de gestão e da capacidade de pagamento de seus membros.

Embora não tão severos, a Grameen Kalyan e o BRAC em Bangladesh limitam o valor do benefício para pacientes que precisam de tratamento de outros fornecedores de saúde. Embora a ampla maioria de segurados da GK e do BRAC tenha suas necessidades de cuidados médicos endereçadas em clínicas das próprias organizações, casos mais graves devem ser encaminhados a hospitais e outras unidades especialistas. Quando isso ocorre, a GK, por exemplo, reembolsa até US$ 34 por hospitalização devido às complicações de partos e até US$ 17 para a hospitalização devido a outras complicações.

Fornecer benefícios limitados reduz a volatilidade dos sinistros e reduz a necessidade de obter a cobertura de resseguro. Entretanto, esta estratégia não resolve o problema básico da ajuda às famílias de baixa renda em lidar com as grandes perdas.

Estratégia de sustentabilidade 2. Benefícios máximos

Vantagens
– Os benefícios limitados reduzem o prêmio.
– Não existe a necessidade de cobertura de resseguro.

Desvantagens

– A grande necessidade por seguro é a cobertura de altas despesas médicas; limitar os benefícios acaba com um dos objetivos principais do seguro saúde, que é impedir que os pobres vendam seus recursos ou tomem empréstimos para custear o tratamento. Cobrir sinistros elevados pode ser viável se a taxa de incidência for pequena.

1.3 Benefícios alvo

Se o mercado de baixa renda pode não ter recursos para uma cobertura compreensiva, especialmente para o seguro saúde, então é necessário racionar benefícios e fazer algumas escolhas difíceis a respeito do que está ou não coberto. Por exemplo, os programas públicos na Bolívia (SBS) e no Peru (SMI) limitaram seus pacotes de benefícios iniciais aos problemas epidemiológicos mais relevantes da saúde materna e da infância. A AssEF e a UMSGF listam claramente os tratamentos cobertos, e não pagam por aqueles não cobertos. Isto é necessário não só para reduzir os sinistros, mas também para educar os segurados.

Os benefícios podem também ser projetados para eliminar as principais falhas nos mecanismos existentes para lidar com o risco. Por exemplo, os benefícios da *Karuna Trust* foram projetados para complementar serviços para os pobres em hospitais públicos. Estas pessoas não precisam de cobertura médica, mas caso o segurado seja hospitalizado por mais de 24 horas em um hospital público registrado, a *Karuna* fornece Rs. 50 (US$1,10) por dia como compensação por perda de renda. Este pacote de benefício é muito apropriado para trabalhadores na economia informal que de outra forma poderiam não procurar por cuidados médicos, não por causa do seu custo, mas sim por causa dos custos de não trabalhar. Outras demandas preenchidas pela cobertura de seguro da *Karuna* incluem medicamentos e transporte de ambulância.

É melhor envolver os participantes na escolha dos benefícios para permitir que eles tomem decisões conscientes sobre o quanto estão dispostos a pagar e por quais benefícios. Por exemplo, os clientes da *Microcare* escolheram não incluir medicamentos para doenças crônicas em seu pacote de benefícios em vez de excluir pessoas com doenças crônicas. Isto tornou o pacote mais acessível em função de sua maior inclusão e consequentemente mais atrativo aos clientes (embora os doentes crônicos tivessem que encontrar alguma outra maneira de pagar por sua insulina, inaladores e assim por diante).

Estratégia de sustentabilidade 3. Benefícios alvo

Vantagens

– Benefícios esperados significam prêmios menores.
– As necessidades atendidas dos clientes são bem compreendidas, o programa pode atender às principais prioridades dos clientes.

Desvantagens

– Quando uma seguradora limita os benefícios, os participantes querem sempre mais.
– Pode não cobrir doenças ou riscos que representem a maior preocupação dos segurados.
– Risco de desistências, caso os clientes não sejam frequentemente cobertos pelos riscos que enfrentam e se a cobertura não for claramente compreendida (embora estas desvantagens possam ser reduzidas através do envolvimento dos clientes na escolha dos benefícios).

1.4 Foco em grandes itens (*big-ticket*)

Outra forma de focar benefícios é centrar-se somente em itens de alto custo e baixa probabilidade, tais como a cirurgia, deixando que os segurados paguem de seu próprio bolso as despesas médicas mais simples. Embora esta estratégia reduza a probabilidade que os segurados individuais tirarão proveito realmente de seu seguro, ela também reduz os prêmios ao garantir que a proteção esteja disponível quando as pessoas mais precisam.

O principal exemplo desta estratégia é a *Yeshasvini Trust*. Por um prêmio de apenas Rs. 120 (US$2,70) por ano, por adulto, o programa de seguro cobre mais de 1.600 cirurgias.[1] O benefício cobre a cirurgia e quase todos os custos associados, incluindo taxas de admissão, enfermaria, enfermeiros, anestesia, cirurgião e também materiais de consumo e medicamentos durante e após a cirurgia.

A suposição básica que levou à criação do pacote de benefícios é que as famílias pobres podem não ter recursos para cirurgias, que frequentemente salvam vidas. Aqueles que pagam os custos de uma cirurgia sem seguro, frequentemente, empobrecem e também a seus familiares. Uma vez que somente algumas doenças exigem a intervenção cirúrgica, um grande número de famílias aderindo a um programa de seguro pode tornar a cirurgia acessível àqueles que precisam. Sem dúvida, enquanto esta aproximação beneficia os segurados, existem ainda muitos tratamentos caros que não são cobertos pelo programa, incluindo a hospitalização sem cirurgia.

Estratégia de sustentabilidade 4. Foco em grandes itens (*big-ticket*)

Vantagens

– Foco nas maiores despesas que levariam famílias a vender recursos produtivos, começando uma espiral descendente de pobreza.
– Fornece a cobertura para riscos grandes e raros, reduzindo o custo de administração de vários sinistros pequenos.

[1] Este programa também possui um benefício anual máximo de Rs. 200.000 (US$ 4.545), que é suficiente para duas das operações mais caras e algumas outras menores.

Desvantagens

– A medicina preventiva tem um grande impacto na redução da despesa total de cuidados médicos. Financiar somente os itens mais caros pode elevar o custo com o passar dos anos, pois os segurados podem retardar tratamentos preventivos de custo efetivo.
– Na história da saúde, os gastos com medidas de prevenção e da promoção da saúde têm um impacto muito maior na redução da despesa total com saúde e na melhoria da saúde geral da população. Alguns podem questionar a ideia de segurar os itens mais caros que podem salvar poucas pessoas, enquanto a mesma quantia poderia salvar mais vidas, por exemplo, se fosse aplicada em um programa de cuidado pré- e pós-natal.

2 Foco na eficiência

Além de limitar os benefícios, o segundo grupo de estratégias de sustentabilidade busca a redução de custos através de produtos, sistemas e processos mais eficientes e mais eficazes.

2.1 Fornecer benefícios massificados

A estratégia de massificar os benefícios aos membros é talvez o modo mais eficaz de reduzir os custos de operação para a seguradora e os custos de transação para os segurados. Como ela sugere, a ideia por trás dos benefícios massificados aos membros é que os membros de um grupo, tal como uma união de crédito ou uma cooperativa, recebem automaticamente a cobertura de seguro específica, geralmente sem pagar diretamente nenhum prêmio. Um exemplo simples é a cobertura de aposentadoria oferecida pela *Columna*, a MUSCCO, a *La Equidad* e outras seguradoras da rede SACCO (*ver Capítulo 2.3*).

Como não existem transações individuais, a estrutura de custo operacional é mínima. Por exemplo, as despesas administrativas totais da MUSCCO em seu programa de benefícios, representavam apenas 15 por cento dos prêmios (2003), enquanto para suas vendas individuais de um produto complexo na Índia, as despesas administrativas da *VimoSEWA* representavam 97 por cento dos prêmios (2004). No mercado desenvolvido de seguro, os custos de distribuição são geralmente o principal item de despesas administrativas e, consequentemente, com a sua eliminação, a estratégia de massa pode tornar o seguro muito mais acessível.

Para oferecer um benefício massificado, a instituição deve ter outra fonte de receita para custear o seguro. Por exemplo, a *Yeshasvini Trust* colabora com as cooperativas de produção de leite, que pagam prêmios em nome dos seus membros, deduzindo o valor de sua renda mensal de produção de leite.

No caso dos planos de aposentadoria, as uniões de crédito pagam uma taxa de juros mais baixa sobre as poupanças para poder pagar à companhia de seguros

pelo fornecimento do benefício. Esta redução na taxa de juros sobre os depósitos pode tornar o produto de poupança não competitivo e causar a desistência de clientes, ou pode ser divulgada no mercado como um benefício atrativo para fazer com que os membros aumentem suas economias, uma vez que quanto maior o saldo, maior o benefício (até um limite máximo).

Estratégia de sustentabilidade 5. Fornecer benefícios massificados

Vantagens

– Um método efetivo de custeio para cobrir toda a sociedade.
– Como o benefício é razoavelmente baixo, haverá pouca seleção adversa.
– Minimiza os custos administrativos.
– Pode ser uma característica atrativa para aumentar o número de associados.

Desvantagens

– Somente os membros podem receber a cobertura.
– O nível de cobertura pode não atingir as necessidades da população alvo. Por exemplo, o cliente pode retirar recursos de sua poupança para pagar custos de tratamentos antes da morte, tendo como resultado benefícios inadequados.
– Os segurados podem não estar cientes que têm direito aos benefícios. Se os benefícios não são reclamados, isto irá distorcer os dados e levar a organização a acreditar que possui melhores resultados de sinistros do que em outros programas onde os membros estão cientes da existência do seguro.

2.2 Usar métodos de pagamento de prêmios de baixo custo

Como as famílias de baixa renda possuem dificuldade para pagar prêmios anuais de alto valor, para fazer com que o pagamento de prêmios se ajuste melhor ao fluxo de caixa das famílias de baixa renda, as microsseguradoras tiveram que inovar. A estratégia mais comum é aumentar a frequência de pagamentos dos prêmios tornando seus valores menores. Infelizmente, é provável que isto aumente significativamente os custos de transação, desta forma, gerando produtos mais caros – mais acessíveis e, ao mesmo tempo, mais caros!

Como descrito no capítulo 3.3 e em outros, a VimoSEWA possui uma solução alternativa para o problema dos pagamentos de alto valor, que diminui simultaneamente os custos de transação. Ela disponibiliza um método de depósito fixo por meio do qual os juros da conta poupança pagam os prêmios de seguro. Este arranjo possui a vantagem de fornecer o seguro parcial, basicamente sem nenhum custo de transação, uma vez que o valor total foi depositado. Entretanto, os pobres têm dificuldade em economizar o suficiente para efetuar os depósitos e torna-se difícil fazer com que aumentem seus depósitos, quando as taxas de juros são reduzidas ou os prêmios aumentam. Somente 25 por cento dos 120.000 segurados da VimoSEWA usam o método do depósito fixo para pagar prêmios;

o restante efetua pagamentos através de uma campanha anual de marketing e renovação, o que explica em parte porque os custos administrativos associados ainda são bastante elevados.

Outro método de pagamento de prêmios de baixo custo ocorre através de débitos automáticos da conta poupança do segurado. Em vez de se basear em transações físicas, que são caras para a seguradora e para o segurado, as transações eletrônicas podem minimizar o custo de cobrança de prêmios. Entretanto, para que isto seja uma opção, as famílias de baixa renda devem ter acesso às contas de poupança.

Recentemente, nas Filipinas, o *G-Cash* tem permitido transações financeiras através do telefone celular ao custo de 1 peso cada.[2] Este pode ser um bom método de custeio efetivo de informar o prêmio devido e de cobrar os prêmios, porque os clientes não têm que pagar custos de transferência e a seguradora recebe as informações rápida e eficientemente. Certamente, inovações adicionais são exigidas nesta área para melhorar sua eficiência. Talvez a tecnologia venha a fornecer novas soluções.

Estratégia de sustentabilidade 6. Usar métodos de pagamento de prêmios de baixo custo

Vantagens

– elimina virtualmente os custos da transação.
– O método do depósito fixo fornece a cobertura parcial ao segurado, e perdas reduzidas para a seguradora.
– Os custos reduzidos tornam possível a oferta de benefícios maiores.

Desvantagens

– Necessidade dos clientes de ter acesso às contas de poupança (ou aos telefones celulares).
– Na estratégia de depósito fixo, pode ser difícil para os pobres conseguir o valor do depósito e, também, pode ser difícil convencer os segurados a aumentar o valor dos depósitos, caso os prêmios aumentem.

2.3 Confiar em sistemas de distribuição baratos

Uma das principais razões pelas quais as companhias de seguros não conseguem atingir os mercados de baixa renda é a falta de sistemas de distribuição apropriados. Entretanto, como demonstram as experiências com o modelo do sócio-agente, as bases ou as organizações comunitárias podem ser canais de distribuição baratos e eficazes para o seguro. Ao considerar esta estratégia, os agentes de comercialização mais óbvios são as instituições de microcrédito, isto porque elas já possuem operações de poupança e de crédito com os pobres. Experiências similares são

[2] Os autores agradecem a John Wipf por fornecer os detalhes sobre o *G-Cash*.

encontradas em ramos tradicionais do seguro onde os produtos muito eficientes de *bancassurance* podem alcançar um grande número de segurados.

Entretanto, para expandir realmente a disponibilidade do microsseguro, também se faz necessário olhar além das instituições financeiras como possíveis agentes de comercialização. A *Yeshasvini* usa a rede cooperativa existente para vender o seguro saúde, para cobrança de prêmios e para distribuir os cartões de identificação com foto. Do mesmo modo, as parcerias entre companhias de seguros e varejistas na África do Sul (*ver Capítulo 4.6*) têm se mostrado mecanismos potencialmente baratos para levar o seguro aos pobres.

Para o microsseguro, um aspecto chave da distribuição barata é ter exigências mínimas de seleção e de subscrição. Isto é possível com apólices em grupo, por meio das quais todos que fazem parte do grupo e cumprem os critérios de idade são elegíveis à cobertura do seguro. Mesmo com apólices individuais, é possível ter critérios de subscrição mínimos (em alguns casos, apenas uma declaração de saúde assinada), elevando o controle sobre os processos de sinistros. Este exame minucioso no final do processo possui um custo efetivo melhor, uma vez que ele se aplica apenas às poucas pessoas com sinistros, ao invés da grande massa segurada do programa.

Estratégia de sustentabilidade 7. Confiar em sistemas de distribuição baratos

Vantagens

– Pode usar a estrutura de distribuição existente.
– Fácil de executar.

Desvantagens

– Sobrecarga da equipe de funcionários, pois o sistema existente pode não explicar claramente os benefícios de seguro.
– O administrador do risco pode não obter a compreensão detalhada necessária sobre o mercado alvo.
– Apropriado somente para a cobertura básica de seguro.

2.4 Controlar os custos

Uma estratégia chave para controlar os custos é melhorar a eficiência, diferenciando exigências em função do tamanho da apólice de seguro. Por exemplo, produtos simples de microsseguro podem ser mantidos por empregados mais baratos. Ou se as importâncias seguradas estão abaixo de um determinado valor, então uma estratégia mais adequada e mais barata pode ser utilizada. Na *Delta Life*, se uma apólice ultrapassa US$ 2.000, o requerente deve se submeter a um exame médico; para valores abaixo de US$2.000, é exigida somente uma declaração de saúde. Ajustes similares podem ser feitos até que as apólices menores se tornem mais sustentáveis.

O modelo comunitário frequentemente se apoia no trabalho voluntário de seus membros como uma estratégia para o controle dos custos (*ver Capítulo 4.3*). Esta estratégia foi particularmente eficaz em possibilitar que muitos programas pequenos cobrissem seus custos em um curto período de tempo, mas não é uma estratégia de longo prazo; os voluntários tendem a tornar-se desmotivados, resultando em uma alta rotatividade.

No seguro saúde, reduzir os custos dos sinistros é o principal desafio. As organizações que controlam seus próprios prestadores de serviços de saúde, tais como a *ServiPeru*, a BRAC e a *Grameen Kalyan*, podem exercer uma maior influência sobre os custos dos cuidados médicos. Na *ServiPeru*, por exemplo, os salários dos médicos, geralmente um custo fixo, se tornaram variáveis ao se condicionar a remuneração ao número de consultas prestadas. Controlado corretamente, tal sistema de remuneração pode criar uma relação direta entre a receita e as despesas.

Além disso, independente de quem fornece os cuidados médicos, as microsseguradoras devem ter certeza de que os procedimentos médicos adequados são seguidos, como prescrever apenas os medicamentos que sejam realmente necessários (um desafio já que os consumidores querem sempre remédios, mesmo quando não são necessários), fornecer medicamentos genéricos sempre que possível e não realizar exames desnecessários – o MHIB pertencente ao BRAC alcançou um progresso significativo neste contexto.

Embora estas estratégias sejam relevantes também para o seguro convencional, uma estratégia específica de controle de custos para o microsseguro é apelar ao senso de solidariedade dos membros na expectativa de que eles se absterão voluntariamente do excesso de uso. Por exemplo, como uma cooperativa, a *ServiPeru* solicita que seus membros evitem o uso excessivo ou desnecessário dos serviços, de modo que a companhia possa manter os preços baixos. Embora tal estratégia possa, sem dúvida, gerar uma determinada quantidade de utilização indevida, muito provavelmente ela será menos severa em uma mútua ou em uma ONG do que em uma organização com fins lucrativos.

Outro elemento necessário para manter custos reduzidos é a prevenção às perdas. As microsseguradoras podem reduzir os custos de sinistros através da educação para a saúde, que incentiva a população a se alimentar melhor e buscar o tratamento preventivo, e através de campanhas de promoção da saúde, por exemplo, fornecendo telas de proteção contra mosquitos em áreas de alto risco de malária e desenvolvendo acesso ao fornecimento de água potável (*ver Capítulo 3.9*).

Tais campanhas de prevenção não precisam, necessariamente, ser conduzidas pela seguradora. Certamente, as parcerias estratégicas são uma maneira particularmente útil de extensão do orçamento. Por exemplo, diversas microsseguradoras colaboram com as organizações que promovem a conscientização sobre o HIV/AIDS ou com as campanhas de imunização do governo, para proporcionar serviços valiosos a seus membros com um custo limitado (ou não), enquanto se esforçam para reduzir sinistros.

Estratégia de sustentabilidade 8. Controlar os custos

Vantagens

– Processos diferenciados, com exigências melhor adaptadas para as pequenas apólices, custos e controles balanceados apropriadamente.
– Com orientação apropriada, muitos fornecedores de serviços de saúde podem reduzir custos sem reduzir a qualidade; de fato, os procedimentos médicos definidos claramente podem reduzir custos e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.
– Pequenos investimentos em prevenção podem frequentemente representar retornos significativos sob a forma de redução dos sinistros, especialmente se executados mutuamente com as parcerias estratégicas.
– As campanhas de prevenção permitem que os segurados que não tenham sinistros recebam algum benefício do programa.

Desvantagens

– A dependência no trabalho voluntário não representa uma solução a longo prazo.
– A pressão para redução nos salários de fornecedores do seguro e de saúde pode levar a um alto índice de rotatividade dos funcionários e a queda da qualidade do serviço.
– A confiança na solidariedade para a redução de sinistros e do risco do seguro, torna-se menos eficaz à medida que a organização cresce.

2.5 Comprar os benefícios em grandes volumes

Outra maneira de manter custos de sinistros reduzidos é a microsseguradora negociar com o prestador do benefício para obter uma melhor condição de negócio. Por exemplo, a cobertura da *ServiPeru* inclui um benefício de assistência funeral. A organização negociou um desconto com os prestadores de serviços de assistência funeral associados em troca da oferta de grandes volumes de negócio. Consequentemente, as famílias de baixa renda têm acesso a um funeral com a mesma qualidade e menor custo para a seguradora.

A *Yeshasvini* seguiu a mesma estratégia. Devido ao significativo excesso de capacidade dos hospitais e clínicas locais, a *Trust* podia persuadir sua rede de prestadores a concordar com os preços fixos para operações na faixa de 30 por cento abaixo do preço médio. Os prestadores de serviços de saúde concordaram com taxas mais baixas porque a seguradora irá realmente pagar e porque querem aumentar a taxa de utilização de suas instalações e da equipe de funcionários.

Estratégia de sustentabilidade 9. Comprar os benefícios em grandes volumes

Vantagens

– Pode gerar benefícios mais acessíveis.
– Vantagem para prestadores de serviços (por exemplo, clínicas, funerárias) em troca do recebimento de certa clientela "garantida".

Desvantagens

– Apropriada somente quando os benefícios são fornecidos em serviços.
– Os prestadores de benefícios em serviços podem entregar serviços de baixa qualidade aos segurados já que eles recebem menos.
– A estratégia confia no uso da capacidade excedente, que nem sempre pode estar disponível.

3 Diversificar as fontes de receita

Um problema em fornecer o seguro aos pobres é que eles podem não ter recursos para pagar por eles, mesmo que os benefícios sejam pequenos e os custos de operação sejam mantidos no mínimo. A terceira estratégia geral para a sustentabilidade do microsseguro é diversificar as fontes de receita de modo que a população de baixa renda pague somente por parte dos custos. Esta estratégia é comum nos mecanismos tradicionais de financiamento do seguro de saúde social, no qual o financiamento é baseado em contribuições vinculadas ao salário e compartilhadas entre o empregador e o empregado, tal como aquela usada pela *Bienestar Magisterial* em El Salvador.

Entretanto, tal estratégia somente funciona no setor formal. Para trabalhadores da economia informal, são necessárias estratégias mais criativas. Algumas microsseguradoras se envolvem em atividades de geração de receitas não relacionadas. A *Microcare*, por exemplo, possui vários contratos para desenvolvimento de sistemas e de ensino de informática, que não estão relacionadas com o fornecimento do seguro saúde, mas ajudam a pagar as contas. A *Yeshasvini* está vendendo espaços para propaganda no verso de seus cartões de identificação em busca de rendimento adicional. Outras formas de diversificar as fontes de receita são discutidas abaixo.

3.1 Subsídios cruzados de outros produtos ou mercados

Uma estratégia é subsidiar os prêmios através de outros produtos mais rentáveis ou de uns segmentos de mercado. Certamente, para que um programa de microsseguro seja considerado como participante da constituição da proteção social, ele deve ter uma função de redistribuição dos "não-tão-pobres" para os pobres.

Por exemplo, os programas de seguro saúde da *Grameen Kalyan* e do BRAC atendem às comunidades em geral onde elas operam. Elas cobram prêmios mais

elevados para os não pobres para poder reduzir os prêmios dos membros das comunidades de baixa renda. A penetração na população de renda mais elevada é desejável para ajudar o programa a conseguir a viabilidade necessária, gerando mais receita, embora muitos planos ainda não tenham atingido este patamar. Em 2003, 10 por cento dos segurados do BRAC e 13 por cento da GK eram não-membros, fornecendo 18 por cento e 15 por cento da receita de prêmios, respectivamente. Ambas as organizações aprenderam que um maior esforço é necessário para aumentar a participação dos não pobres e para evitar a seleção adversa neste segmento de mercado.

A *Tata-AIG* pretende seguir uma estratégia similar. Uma vez que seus microagentes esgotem o mercado que podem atender com facilidade, eles serão treinados para oferecer produtos mais caros aos clientes de renda mais elevada. A *VimoSEWA* adotou esta estratégia em 2001, introduzindo um novo pacote de benefícios com importâncias seguradas mais elevadas, focado nos clientes de renda mais elevada. Entretanto, as vendas deste produto foram bastante reduzidas levanto a VimoSEWA a abandonar a estratégia após dois anos. Ela verificou que sua estrutura de distribuição existente não era particularmente eficaz para os não-pobres, um mercado onde a marca SEWA não tinha poder. Além disso, os esforços para alavancar este mercado desviaram a atenção da administração do objetivo de buscar a viabilidade no mercado de baixa renda.

Para estender a cobertura aos membros mais pobres da comunidade, as MHOs promovidas pela UMSFG também pretendem ajudar os necessitados, já que as organizações estão em uma boa situação financeira. Entretanto, o desafio principal em oferecer prêmios escalonados é que não é fácil distinguir entre as pessoas que podem das que não podem pagar os prêmios. Na área da Guiné Florestal onde a UMSFG opera, qualquer um pode ser considerado necessitado.

Esta estratégia de sustentabilidade também é adequada para as seguradoras comerciais que servem o mercado de baixa renda, uma vez que eles possuem naturalmente uma ampla linha de produtos em outras linhas de negócios. Existe um risco para estes fornecedores de seguro, já que eles tentarão gerar lucros a curto prazo com os pobres. Ao invés disso, a estratégia de subsídios cruzados pode ser justificada, até aos acionistas, caso as seguradoras adotem uma visão de longo prazo deste mercado e se esforcem para cultivar a lealdade do cliente na expectativa que estes segurados sejam rentáveis no futuro. Certamente, o objetivo fundamental hoje deve ser desenvolver uma cultura de seguro no mercado de baixa renda, visto que a estratégia de maximizar lucros a curto prazo tem possibilidade de minar esse objetivo.

A estratégia da TUW SKOK foi diferente porque seus dois segmentos de mercado eram as uniões de crédito e seus membros. A seguradora concentrou-se inicialmente sobre as apólices corporativas para as uniões de crédito, incluindo o seguro de depósito, a cobertura para incêndio e roubo e seguro fidelidade. Depois de ter esgotado o mercado corporativo, a TUW SKOK voltou sua aten-

ção para atender às necessidades dos membros das uniões de crédito. Mais importante ainda, a seguradora somente começou a buscar este mercado, após estar em uma situação financeira confortável para fazê-lo. Embora não fique claro que extensão das apólices aos membros é subsidiada pelo seguro corporativo, o microsseguro da TUW SKOK certamente tira proveito do fato das uniões de crédito representarem um grande mercado cativo para seus serviços corporativos.

Estratégia de sustentabilidade 10. Subsídios cruzados de outros produtos ou mercados

Vantagens

- A redistribuição é um elemento central nos sistemas de proteção social.
- A diversificação do mercado aumenta a segurança do microsseguro distribuindo o risco e aumentando o volume de segurados.
- Volumes crescentes, quando bem controlados, devem resultar em aumento da eficiência.
- Pode alcançar a sustentabilidade mais cedo.

Desvantagens

- Atingir o mercado de renda mais elevada pode requerer um sistema de distribuição diferente e mais caro.
- A microsseguradora pode não possuir a marca correta para atrair os clientes com rendas mais elevadas.
- A tendência natural com todas as operações de seguro é se voltar para os mercados de rendas mais elevadas com o passar do tempo, isto porque são geralmente mais rentáveis. Esta estratégia exige uma administração forte para manter o foco em servir às necessidades dos pobres.
- Em um mercado competitivo, outras seguradoras podem ter sistemas de distribuição mais eficientes para populações de renda mais elevada.
- Em uma organização mútua, aqueles que fornecem subsídios podem ser eleitos para a direção e mudar esta política.

3.2 Usar um fundo de donativos para subsidiar as operações

Outra fonte de receita compensatória poderia ser uma doação ou um fundo de capital, através do qual as receitas de investimento poderiam contribuir para os custos da operação. Para que isto funcione, a seguradora deve possuir recursos significativos e oportunidades de investimento que gerem retornos aceitáveis. Parte dos ganhos dos investimentos deveria retornar ao fundo para garantia de seu crescimento em relação à inflação, para manter seu poder de compra. A transparência também seria importante para a gestão do fundo visando a assegurar-se de que o dinheiro não seja usado para outros fins.

A *Grameen Kalyan* e a *VimoSEWA* receberam doações com esta finalidade. No começo dos anos 90, a GTZ forneceu à *VimoSEWA* uma doação para capitalização como uma estratégia para custear suas despesas administrativas. Este fundo serviu à sua finalidade durante o período em que o número de segurados permaneceu por volta de 30.000. Entretanto, quando as associações chegaram a 90.000, a rentabilidade do investimento no fundo constituído pela doação já não era suficiente. O fundo de doação da *Grameen Kalyan* foi fornecido por seu controlador para o estabelecimento do microsseguro de saúde. Entretanto, caso o programa fosse estendido para todas as comunidades onde o *Grameen Bank* opera, o fundo não geraria a receita suficiente para cobrir déficits operacionais.

Estratégia de sustentabilidade 11. Subsidiar-se através de um fundo de donativos

Vantagens
- Valoriza o programa de seguro.
- Fornece flexibilidade financeira para focar e servir aos pobres e necessitados.
- Garante a estabilidade de recursos para planejamento.

Desvantagens
- Quem fornece a doação original? Pode ser difícil beneficiar muitos programas de microsseguros ou ter um grande impacto nos pobres.
- As grandes doações exigem uma boa administração para assegurar a geração de lucro e garantir que não sejam desviadas para outros fins.
- Um crescimento da cobertura da população pode resultar em déficits caso a doação não acompanhe este crescimento.
- Mesmo com uma população estável, o fundo de doação tem que gerar retornos pelo menos para acompanhar a taxa de inflação, mantendo o seu poder de compra.

3.3 Acesso a subsídios do Governo

Os programas de microsseguros que surgem através da perspectiva da proteção social são financiados inteira ou parcialmente por recursos governamentais, ou por uma estratégia de sustentabilidade com acesso eventual a estes subsídios. Por exemplo, todas as iniciativas de seguro saúde do SBS (Bolívia), do SMI (Peru) e do SI (Paraguai) iniciaram pelo setor público com financiamento do governo para estender a assistência médica a segmentos de mercado de alto risco específicos. Outros programas, tais como a UMSGF, a AssEF e a *Karuna Trust*, se beneficiam de subsídios governamentais indiretos. Os custos dos serviços da assistência médica utilizada pelos membros destas organizações são mantidos artificialmente baixos devido aos subsídios do governo.

A principal desvantagem desta estratégia é estar vulnerável à interferência política. O SBS e o SMI enfrentaram uma grande agitação quando da eleição de novos governos, com prioridades diferentes. Consequentemente, é difícil contar

com subsídios governamentais permanentes ou a longo prazo. Quando os subsídios são interrompidos ou reduzidos, as operações de microsseguro podem experimentar problemas consideráveis. Por exemplo, a *Yeshasvini* recebeu um subsídio direto do governo em seus primeiros dois anos de operação, que foi útil na oferta de bons benefícios a um custo muito baixo. Em seu terceiro ano, quando o subsídio do governo acabou, o prêmio teve que ser dobrado, resultando numa taxa de renovação de somente 43 por cento.

Estratégia de sustentabilidade 12. Acesso a subsídios do Governo

Vantagens

- A assistência médica deve ser considerada um direito humano e consequentemente, é totalmente apropriado aos governos canalizar recursos para facilitar o acesso daqueles que podem não ter recursos para pagar os prêmios.
- O microsseguro pode ser um veículo efetivo em termos de custo para possibilitar ao governo a entrega de benefícios aos pobres.

Desvantagens

- a burocracia do governo pode fornecer pagamentos irregulares, criando dificuldades no fluxo de caixa das microsseguradoras.
- Uma mudança na política do governo pode levar a um cancelamento abrupto do subsídio.
- Os governos podem querer impor determinadas metodologias cuja execução não seja do interesse da organização.

4 Estabelecer um bom gerenciamento

Nenhuma destas doze estratégias de sustentabilidade é apropriada em todas as circunstâncias e todas têm inconvenientes. O desafio é encontrar maneiras de combinar estratégias selecionadas em uma estratégia que faça sentido para cada programa de microsseguro específico. Consequentemente, o resultado de sucesso no microsseguro é o mesmo que para qualquer outra empresa: a estratégia essencial para a sustentabilidade é a boa administração.

Entre outras coisas, a gestão do microsseguro deve ter uma equipe com habilidades apropriadas, uma precificação de produtos realista, um plano empresarial sólido, informação gerencial disponível e confiável e possivelmente resseguro, se necessário (*Capítulo 5.4*). Também são necessários conselhos de administração para controlar eficazmente a gerência (*Capítulo 3.8*). Como vários destes elementos não existem nas organizações que pretendem oferecer o microsseguro, parece lógico começar com um benefício de seguro direcionado ou limitado. Quando as habilidades e os sistemas apropriados forem desenvolvidos, o programa do seguro pode ser expandido.

Assim como em outros setores, os gestores precisam de um plano empresarial que os ajude a permanecer focados no fornecimento da proteção de alto valor ao mais baixo custo possível. Antes de expandir benefícios e melhorar a proteção, os gestores devem conhecer as implicações. Para tal, eles precisam de ferramentas que permitam avaliar as opções, e pesar as vantagens e as desvantagens de prêmios elevados, benefícios reduzidos e assim por diante, idealmente através da consulta aos segurados ativos ou prospectivos. Os gestores também necessitam de um sistema de informação para acompanhar o progresso obtido para a realização dos objetivos do planejamento empresarial.

Como mencionado acima, um aspecto chave deste planejamento deve definir o equilíbrio entre a adequada remuneração dos empregados, a oferta de produtos de qualidade aos clientes e a garantia de que os acionistas irão receber um retorno apropriado em seu investimento. Esta negociação é simplificada quando os interesses das partes estão alinhados. Por exemplo, no seguro fornecido através das cooperativas (*Capítulo 4.1*), os clientes são os acionistas. No modelo comunitário (*Capítulo 4.3*), os empregados frequentemente são clientes e proprietários.

A importância de haver especialização apropriada na equipe de funcionários, na administração e na diretoria não pode ser demasiadamente enfatizada. Algumas microsseguradoras não têm total compreensão sobre o que estão fazendo ou não estão prestando atenção suficiente a suas atividades de microsseguro, até mesmo para saber se estão sendo bem sucedidas. Para ser controlado eficazmente, o microsseguro deve ser considerado como uma atividade independente – separada do crédito e da poupança e também do seguro convencional – de modo que a gerência possa avaliar sua viabilidade e seu potencial e dispor da experiência apropriada para o alcance deste potencial. A este respeito, o modelo baseado na comunidade possui a vantagem de focar somente no microsseguro.

As microsseguradoras não precisam ter toda a experiência exigida dentro de casa, contanto que tenham acesso a ela. Os programas comunitários ou mútuos realizam este objetivo através das federações, com empresas terceirizadas que detêm competência técnica que pode beneficiar as organizações menores do primeiro nível. As parcerias entre organizações com tipos diferentes de experiência são uma estratégia particularmente eficaz. Havendo a falta de habilidades em seguro, a assistência técnica pode ajudar a atingir a sustentabilidade. Como discutido no Capítulo 5.5, diversas organizações internacionais fornecem assistência técnica aos programas de microsseguros, assim como vários consultores independentes. Se a perícia internacional é demasiadamente cara ou não prontamente disponível, os programas de microsseguro em desenvolvimento podem também considerar talentos de seguros existentes na localidade.

Enquanto a experiência no nível da matriz ou da federação recebe maior atenção, para que os programas de microsseguro sejam sustentáveis, eles precisam de segurados, muitos segurados. Os volumes são críticos para o sucesso dos progra-

mas de microsseguro. Desta forma, para atrair e manter clientes, as microsseguradoras precisam ter as funções de vendas e serviços eficazes e uma boa reputação de atendimento ao cliente. Certamente, os fornecedores de microsseguro têm que construir a confiança de sua base de clientes através de clara geração de valor. No curto prazo, as pessoas da linha de frente precisam saber o que estão fazendo e precisam fazer um bom trabalho. Consequentemente, é sempre garantido um maior investimento no treinamento do pessoal da linha de frente.

As companhias de seguros bem administradas usam geralmente o resseguro para controlar o risco, muito embora o resseguro não seja necessário em todas as situações. Algumas das maiores companhias de seguros envolvidas no microsseguro, tal como a AIG Uganda, a *Madison*, a *Delta Life* e a *La Equidad*, não compram resseguro para suas apólices menores, porque elas cobrem diversas pessoas, com pequenas importâncias, em uma grande área geográfica. Entretanto, as microsseguradoras sem reservas significativas e sem carteiras diversificadas entre o seguro tradicional e o microsseguro devem estar atentas para explorar os acordos de resseguro (ou, pelo menos, o seguro de catástrofe).

Por último, mas não menos importante, a boa gestão significa usar as oportunidades disponíveis e enfrentar as ameaças iminentes de forma eficaz. É uma arte e uma ciência. Embora existam alguns fundamentos de negócio que devem ser mantidos em mente e respeitados (tal como o índice de solvência e os níveis de capital exigidos para garantia das obrigações com os segurados), a sobrevivência depende frequentemente da solução de problemas através do julgamento. Julgamento este que pode ser melhor respaldado pelo uso de padrões e indicadores da indústria que, para o microsseguro, estão apenas começando a surgir (*ver Capítulo 3.10*). Adicionalmente, o bom julgamento provém da experiência, e a experiência provém do mau julgamento. Espera-se que através da análise crítica das experiências – boas e ruins – de outras microsseguradoras, através deste livro e dos estudos de caso, as microsseguradoras existentes e as que ainda irão surgir possam ganhar sabedoria e, assim, evitem repetir os erros do passado.

6.2 O futuro do Microsseguro

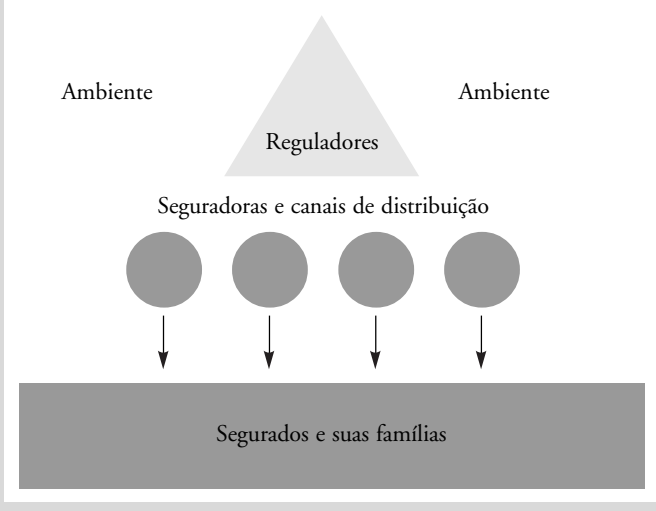
Felipe Botero, Craig Churchill, Michael J. McCord e Zahid Qureshi

Os autores gostariam de agradecer a August Pröbstl, Christina Hahne e Andreas Moser da Munich Re por suas introspecções e comentários sobre este capítulo.

Considerar o futuro do microsseguro implica em olhar para um cenário geral, que inclui 1) os segurados atuais e os potenciais e suas famílias, 2) a diversidade de provedores de seguro e de seus canais de distribuição, 3) os reguladores e os supervisores de seguro e 4) o ambiente geral em que todos eles interagem (*ver Figura 39*).

O sucesso futuro do microsseguro depende do alcance de um crescimento e de um desenvolvimento prudente, rentável e contínuo. Qual será o desenvolvimento do ciclo de vida para o microsseguro? Quanto tempo levará? Alguns dizem que o microsseguro ainda está no seu estágio conceitual e um bom estudo de caso pode ser feito com base nesta perspectiva. Entretanto, para os homens e as mulheres que estão em campo hoje e cujos esforços foram a matéria-prima para este livro, o microsseguro é bastante real, mesmo estando em seu começo. Suas esperanças para um futuro de curto a médio prazo são o foco deste capítulo.

Figura 39 **Perspectivas para o futuro**



O objetivo do microsseguro é criar produtos de gerenciamento de riscos apropriados, acessíveis e disponíveis aos pobres, para ajudar em seu desenvolvimento econômico e permitir que alcancem sua independência financeira para si e para as gerações futuras. O microsseguro complementa e aumenta a eficácia dos mecanismos informais e suplementa os programas estatutários de proteção social onde estes existem.

O capítulo 1.1 resume os muitos desafios que inibem o desenvolvimento e a expansão do microsseguro; as páginas a seguir estão recheadas de exemplos de como os programas estão superando estes desafios. Entretanto, um grande número de obstáculos adicionais deve ser enfrentado se o mercado de seguro se tornar significativamente mais inclusivo. Para aumentar maciçamente o alcance dos serviços de seguro para as famílias de baixa renda e aprofundar a penetração para alcançar aqueles que são ainda mais vulneráveis, é necessário abordar estes desafios (*destacados na Tabela 52*). Este capítulo resume algumas das soluções que precisam ser consideradas para aumentar a disponibilidade e a qualidade do microsseguro.

Tabela 52 **Os desafios que dificultam a expansão do microsseguro**

Categoria	*Item*
Clientes	– Prover educação eficaz ao cliente – Cultivar a cultura do seguro no mercado de baixa renda – Satisfazer a demanda não atendida por novos produtos – Atingir os mais vulneráveis
Fornecedores	– Capacitar a equipe – Fortalecer a gerência – Aumentar a eficiência – Encontrar o modelo de negócio e os canais de distribuição adequados
Reguladores	– Remover os obstáculos regulatórios – Adotar uma agenda de desenvolvimento do mercado – Reconhecer programas informais onde apropriado – Desenvolver estratégias sistemáticas e abrangentes
Ambiente	– Melhorar as instalações de saúde – Gerar e usar dados chave de seguros – Fortalecer os mercados financeiros – Criar condições macroeconômicas estáveis – Preparar para riscos de catástrofes

1 Os futuros clientes do microsseguro

O microcrédito tem causado um impacto importante sobre a capacidade das pessoas pobres em sair da linha de pobreza. Apesar do desenvolvimento do microsseguro ser mais recente, a primeira e mais curiosa evidência sugere que ele pode ser um importante fator para permitir que as pessoas permaneçam acima da linha de pobreza. Ao fornecer proteção contra determinados riscos, o microsseguro serve como um complemento natural a outros serviços financeiros e sociais para os pobres. Para que ele atinja seu potencial, é necessário desenvolver uma cultura de seguros no mercado de baixa renda, bem como, introduzir produtos que satisfaçam as suas necessidades primárias, especialmente para aqueles que são mais vulneráveis.

1.1 Educação e cultura

No entanto, a demanda por microsseguro ainda exige alguma persuasão. Os estudos de caso observaram que devem ser feitos maiores esforços em educação, a fim de que potenciais segurados entendam e valorizem o seguro. Na verdade, seguradoras bem sucedidas em mercados desenvolvidos continuam a oferecer aos seus clientes e à população em geral a educação sobre determinados temas, gerando um aumento de vendas e a fidelização do cliente. Certamente existe a necessidade de desenvolvimento de melhores instrumentos pedagógicos para transmitir a utilidade do seguro no mercado de analfabetos ou de pouca cultura. Para causar um impacto significativo, porém, apenas a educação do cliente é insuficiente. Ao invés disso, as partes interessadas no desenvolvimento do microsseguro – incluindo os fornecedores, os legisladores e os doadores – precisam incentivar a cultura do seguro entre os pobres.

A cultura do seguro é um pré-requisito para o sucesso do microsseguro. Em muitos países desenvolvidos, foram necessárias diversas gerações antes que as pessoas passassem a usar o seguro para direcionar as suas necessidades de gestão de risco. Os fornecedores de microsseguros poderão ajudar a construir a cultura do seguro, quando atenderem às necessidades dos seus clientes de uma forma justa e equitativa. O produto é o ponto de partida: os clientes precisam saber que eles têm cobertura e precisam presenciar a habitual concessão de benefícios.

Pagar um sinistro – cumprir a promessa – é sem dúvida a mais importante oportunidade para reforçar o valor do seguro, e, por conseguinte, os sinistros devem ser tratados de forma eficiente e adequada. Frequentemente, os benefícios não são entregues conforme prometido, o que leva a uma anti-cultura do seguro. Muitos programas de microsseguro operam em mercados com esta percepção anti-seguro e se esforçam para neutralizar esta opinião predominante.

A evolução das atitudes em prol do seguro será afetada pela capacidade dos prestadores em melhorar continuamente os processos, serviços, benefícios e custos para os clientes. Os governos e a sociedade civil podem contribuir para o desen-

volvimento dessa cultura através de programas educacionais. Esta cultura é reforçada quando associações patronais começam a oferecer seguros como parte da filiação ou como um benefício do emprego. Nos países desenvolvidos, o crescimento da cultura de seguros tem sido apoiado pela maior obrigatoriedade legal da contratação de cobertura de responsabilidade civil contra terceiros no ramo automóvel. A experiência de muitas pessoas nestes produtos tem ajudado na compreensão do seguro e, em alguns casos, também incentivou a procura voluntária por produtos de seguro.

Para pessoas de baixa renda em países em desenvolvimento, importantes experiências paralelas poderiam vir do seguro de garantia de dívidas oferecido pelas instituições de microcrédito. Se as MFIs podem garantir que seus clientes tenham uma experiência positiva, os pobres podem passar a se interessar mais e se dispor a adquirir voluntariamente outros produtos de seguros. Consequentemente, deve haver motivo para uma preocupação significativa quando o seguro de garantia de dívidas não é levado a sério pelas MFIs (ou pelos tomadores de risco) e quando não são feitos esforços para garantir que os pobres tenham uma experiência positiva com o seguro. Todos os atrasos de pagamento ou recusas sumárias de sinistros e a precificação obscura ou a desinformação acerca do alcance da cobertura do seguro, irão aumentar o tempo necessário para fomentar a cultura de seguros.

Para manter uma cultura de seguros, os prestadores deverão se esforçar para acompanhar seus clientes durante toda a sua vida, ao invés de obtê-los e depois não se atualizar em relação as suas novas necessidades e circunstâncias. A falta de atenção por parte do fornecedor é uma das principais causas de taxas inapropriadas e problemas de cobertura associados a muitas microsseguradoras. Os esforços para minimizar falhas e a não renovação devem incluir o uso apropriado do prêmio pago e dos mecanismos adequados de financiamento, bem como o treinamento do mercado e estratégias de marketing que evitem abordagens confusas e o uso inadequado dos incentivos de vendas. Quando os mercados de microsseguro atingirem um estágio no qual as pessoas realmente entendam e apreciem o que estão comprando, falhas e não renovações irão se tornar menos frequentes.

1.2 Evolução do produto

O seguro para os pobres precisa se desenvolver à medida que a demanda por esses serviços evolui. A cobertura de saúde é a próxima prioridade, especialmente em países onde os governos não podem atender adequadamente às necessidades de saúde dos seus cidadãos. Em breve, deve haver uma procura crescente por seguros de aposentadoria e pensão de longo prazo, e também para desastres, habitação e em alguns locais, o seguro agrícola e pecuário. Estes são riscos que não podem ser geridos somente pelo crédito e a poupança. Se os provedores de microsseguros não puderem suportar esta demanda, eles podem impedir o desenvolvimento de uma cultura de seguros à medida que as pessoas de baixa renda perdem confiança nos mecanismos de concentração de riscos.

Produtos de seguros vendidos por meio de organizações que possuem a confiança dos potenciais segurados também poderiam ajudar a desenvolver atitudes positivas. Uma cultura de seguros irá surgir apenas quando estiver apoiada por uma divulgação boca a boca que promova e dissemine o conhecimento sobre o seguro. A combinação de um intermediário confiável com a comunicação boca a boca pode ser o motivo pelo qual muitas uniões de crédito têm sido eficazes em termos de criação de uma cultura de seguros entre os seus membros.

Os produtos de microsseguro que respondem de forma adequada às necessidades e às demandas dos segurados irão ajudar a gerar uma cultura de seguros. A principal estratégia para alcançar este objetivo é envolver os segurados (ou potenciais clientes) no difícil processo de escolher entre benefícios e preço. Ferramentas que permitem aos clientes identificar estas mudanças mercadológicas e comunicar as suas preferências irão percorrer um longo caminho até o desenvolvimento de produtos adequados.

Um resultado de longo prazo e por diversas gerações é uma atraente razão para a entrada de novas seguradoras neste mercado, ainda que seja incompatível com a perspectiva de curto prazo da maioria das empresas. Nos países em desenvolvimento, milhões de famílias atualmente pobres poderão amanhã estar na classe média. Historicamente, a medida de sucesso mais cultuada entre as companhias de seguros que operam em diversos ramos é a capacidade de construir relações durante toda a vida dos seus clientes, até mesmo por várias gerações, fornecendo produtos e serviços para atender às novas necessidades ao longo de toda existência do segurado. Isto é do conhecimento comum dos agentes de vendas de seguro que dependem de referências para os seus negócios e é evidente em empresas que operam em diversos ramos e que monitoram o número de produtos por cliente ou domicílio.

O objetivo primordial do microsseguro é permitir que as pessoas de baixa renda protejam sua riqueza e alcancem certo nível de segurança econômica. Ajudar os clientes a alcançar estes objetivos também cria um mercado ideal para seguradoras que sabem esperar; a longo prazo o potencial do mercado é enorme. Além disso, a fidelidade à marca neste segmento de mercado é alta, o que torna esse argumento muito mais atraente.

No longo prazo, os segurados de microsseguros irão se tornar conhecedores de seguros. Eles irão reconhecer o potencial de seguros para abordar algumas das suas necessidades de gestão de risco e irão buscar essa cobertura. Eles irão compreender os diferentes riscos e a capacidade dos fornecedores de seguros, e serão capazes de fazer escolhas e tomar decisões apropriadas. Os consumidores de baixa renda irão forçar os prestadores de seguros a oferecer os produtos que desejam. As microsseguradoras de hoje têm a obrigação de ajudar os seus clientes a se tornarem mais esclarecidos, enquanto preparam-se para servir a um mercado mais sofisticado.

Quanto mais o mercado-alvo aprender sobre seguros, mais conscientes eles estarão em relação às limitações das soluções baseadas no mercado. Esse reconhecimento também irá ajudar a fortalecer comunidades de baixa renda a exigir a

oferta pública de serviços de proteção social – afinal, a seguridade social é um direito humano. Além disso, haverá sempre um segmento de mercado que os regimes contributivos de seguros não conseguirão alcançar – os pobres extremos ou crônicos – que devem ser cobertos por programas governamentais. O desafio permanente para o desenvolvimento do microsseguro é determinar onde reside esta fronteira. Até que ponto esta cobertura pode ser estendida? Em última instância, que segmentos de mercado poderiam ser alcançados através da melhoria contínua dos mecanismos de entrega e eficiência? Do mesmo modo, como os mecanismos de distribuição do microsseguro podem melhorar o acesso ao fornecimento público de programas de proteção social?

2 Os futuros provedores do microsseguro

O segundo conjunto de desafios que precisam ser abordados envolve os próprios fornecedores. Estes problemas podem ser divididos em três categorias: 1) construir a capacidade de gestão e de pessoal, 2) melhorar a eficiência, incluindo a utilização de tecnologia e 3) encontrar um modelo comercial que funcione para todas as partes interessadas e proporcione o equilíbrio da viabilidade no curto prazo ao crescimento de longo prazo.

2.1 Construindo capacidade

Uma vez que o microsseguro é um empreendimento relativamente novo, não é de se estranhar que exista a necessidade de reforçar a capacidade dos provedores. Embora os estudos de caso indiquem que os esforços devem ser canalizados para melhorar os atuais prestadores de serviços, para preencher o enorme abismo ao acesso, os investimentos também precisam ser feitos em novos canais de distribuição e, talvez, na criação de novas seguradoras.

Os desafios de capacidade existem em dois níveis: pessoal de campo e de gestão. Em geral, o pessoal da linha de frente associado com os canais de distribuição – os agentes de venda e manutenção das apólices, ou os gestores dos programas mútuos – necessita de experiência adicional em habilidades de vendas, seguro básico, técnicas de educação de adultos e serviços aos clientes. Tão importante quanto as competências, no entanto, é criar um ambiente de trabalho que permita aos programas a retenção de pessoal qualificado. Atualmente, muitas microsseguradoras e seus canais de distribuição experimentam uma elevada rotatividade de seu pessoal da linha de frente. Por isso, existe uma grande necessidade de levar em consideração a remuneração, os incentivos e a progressão na carreira para as pessoas que detêm os conhecimentos especializados na venda de seguros e de serviços aos pobres.

Como discutido no capítulo anterior, a construção da capacidade de gestão continua a ser um desafio significativo. Os requisitos para os gestores dos programas informais que podem um dia tornar-se formais, no entanto, são bastante diferentes dos requisitos para os gestores de empresas de seguros regulamentadas

que consideram as oportunidades do mercado de baixa renda. Estes últimos necessitam ser direcionados para compreender as necessidades dos mais pobres, reconhecendo que o microsseguro tem algumas características únicas que exigem mais do que apenas pequenos prêmios e importâncias seguradas. As experiências da *AIG Uganda* e da *Madison Insurance* demonstram que as sociedades seguradoras têm sido reativas, respondendo às solicitações de seus canais de distribuição. A estratégia da *Tata-AIG* em desenvolver proativamente medidas específicas para o mercado de baixa renda pode ser uma tática mais adequada para empresas seguradoras.

Em contraste com as seguradoras formais, os gestores dos programas informais possuem uma melhor avaliação das necessidades do mercado alvo e são mais receptivos à adoção de abordagens não convencionais, uma vez que não estão presos às práticas do seguro padronizado. No entanto, eles tendem a ter limitada educação e experiência e, por isso, necessitam de mais assistência em gerenciamento e em competências de seguros. Para ajudar esses gestores e para apoiar a impressionante expansão dos produtos de microsseguro, há uma grande necessidade de ferramentas básicas de gestão, sistemas de informação e softwares adequados para o planejamento e modelagem do negócio. Os investidores e os doadores devem ter cuidado, porém, em suas tentativas de ajudar no gerenciamento dos programas informais. O seguro é um negócio que envolve números e qualquer "seguradora" deve buscar uma base de clientes ampla e diversificada. É importante que os investimentos sejam realizados em organizações que podem alcançar escala.

Tal como ilustrado no Quadro 107, algumas destas ferramentas estão em desenvolvimento ou já em uso e o desafio é torná-las amplamente disponível.

Quadro 107 **Ferramentas de gerenciamento para microsseguradoras**

Uma estratégia primordial para reforçar a capacidade dos gerentes de microsseguros é garantir que eles tenham acesso e saibam como utilizar as ferramentas apropriadas de gestão. Várias ferramentas desenvolvidas recentemente devem aumentar o desempenho futuro ou inspirar o desenvolvimento de novas ferramentas.

O HMI – **Programa de Seguro Saúde**, desenvolvido pela OIT-STEP, foi desenhado para auxiliar os gerentes a registrar, verificar e monitorar emissões, pagamento de prêmios e sinistros. Através da HMI, a AssEF monitora 11 indicadores chaves incluindo emissões, recuperação de prêmios, habilitação de benefícios, frequência de utilização e custo médio dos serviços, assim como despesas médias (de sinistros e de custos operacionais) por beneficiário. E também inclui um módulo de contabilidade para o cálculo dos resultados técnicos anuais. O sistema permite aos gerentes uma rápida reação no caso da detecção de anormalidades.

O programa da OIT-Step também desenvolveu um **guia de estudo de viabilidade** para o desenvolvimento de programas de microsseguro de saúde. Este fornece informações práticas para os gerentes sobre tudo, desde cálculo até contratos com prestadores.

Por suas MFIs afiliadas que trabalham em parceria com as companhias de seguros, a *Opportunity International* vem desenvolvendo o AIMS, o software de seguro que pode ser integrado aos principais softwares bancários da OI, para eliminar a duplicação de registros.

A ICMIF possui uma **ferramenta de simulação de negócios**, a *Morotania*, que explora as questões-chave da criação e gestão de uma nova companhia de seguros. A simulação cria um ambiente agradável, mas desafiador para a aprendizagem, que permite aos gestores desenvolver o processo de tomada de decisão e gestão de competências, e aprender em primeira mão sobre os riscos de resseguro.

A RIMANSI vem desenvolvendo uma **ferramenta de modelagem atuarial e de planejamento de negócios** para produtos de vida, saúde e poupança que produz projeções de demonstrativos de receita e balanços completos com reservas atuariais e previsões de sinistros. Os gerentes utilizam essa ferramenta para ajustar os preços do produto e os benefícios em uma base interativa, até que eles consigam projetar uma taxa de solvência de 80 por cento no quarto ano e uma TIR (taxa interna de retorno) de aproximadamente 8 por cento.

Além de ferramentas para os gestores, também é necessário reforçar o apoio às organizações e prestadores de assistência técnica, tais como programas de microsseguro em rede ou federações. Se os prestadores de AT e as redes locais possuem ferramentas adequadas e conhecimentos especializados, eles podem ter um forte efeito multiplicador.

O investimento no desenvolvimento de especialização atuarial também é necessário. Erros de cálculo sobre riscos e prêmios podem ter efeitos drásticos sobre os programas de microsseguro, como ficou demonstrado pela experiência inicial do CARD. A especialização atuarial pode ser garantida tanto pelo emprego de especialistas internos, ou, talvez mais realistamente, através da terceirização de consultores atuariais. Ainda hoje, poucos atuários dominam os *micro* aspectos do microsseguro. É necessária uma nova corrente atuarial para alcançar uma expansão significativa e a inovação, que possam utilizar seus estudos para atender às necessidades dos pobres de uma forma sustentável.

2.2 Aumentando a eficiência

Um dos grandes imperativos para a expansão do microsseguro é a redução significativa dos gastos operacionais referentes aos prêmios. Operações mais eficientes devem resultar em prêmios menores e/ou vantagens adicionais para os segurados – e ambos seriam resultados bem-vindos. Operações mais eficientes podem também significar que as microsseguradoras podem pagar melhor seus empregados, resultando na melhoria da retenção de pessoal e melhor serviço aos clientes. Grandes expectativas são colocadas sobre o potencial da tecnologia para aumentar a eficiência.

Nada pode ser feito por empresas mal administradas. No entanto, a tecnologia é uma força fundamental e se tornou uma grande equalizadora. Historicamente, aqueles que possuíam a tecnologia mais avançada dominaram politicamente, militarmente e economicamente. Isso foi verdade durante a revolução industrial e não mudou na era da informação. O que mudou foi o ritmo e a acessibilidade ao desenvolvimento tecnológico. O microprocessador tem permitido que as massas colham os frutos da automação. O nascimento da Internet tem propiciado a conectividade a todos os cantos do planeta, tornando as informações disponíveis para todos.

Seguro é um negócio de processamento de informação. As matérias-primas são os dados dos clientes, informações sobre produtos, detalhes de operação, os registros de investimento e assim por diante. Mesmo antes do nascimento do computador, as grandes companhias de seguros impulsionaram o desenvolvimento de máquinas de seleção, tabulação e cálculo para melhorar a eficiência. Hoje essa capacitação também está disponível para as pequenas seguradoras. As grandes e pequenas microsseguradoras devem tirar proveito das formas de melhoria da eficiência, se desejam ser administradores honestos dos prêmios de microsseguros.

Desenvolver tecnologia é uma proposta arriscada e, portanto, existe uma resistência natural por parte dos praticantes do custo consciente de microsseguros em se enveredar por este caminho. Os baixos custos de início de operação através de processos manuais são atraentes; entretanto, esta abordagem não estabelece uma base sustentável e crescente para a expansão maciça do microsseguro, uma vez que não prevê a possibilidade de otimização de processos e criação de uma economia de escala. Uma seguradora que não consegue atingir uma economia de escala estará em uma posição precária.

No mundo desenvolvido, as principais empresas seguradoras investem em média de 3 a 6 por cento da sua receita bruta anual em tecnologia. As novas arquiteturas de tecnologia baseadas na Internet e na comunicação sem fio irão provar ser um bom catalisador para o crescimento do microsseguro. Do mesmo modo, a utilização de softwares de livre acesso seria uma forma mais barata para as microsseguradoras e as organizações de base se beneficiarem da tecnologia.

A chave para o sucesso nesta área é alinhar as soluções tecnológicas com os problemas empresariais. Os sistemas de informações gerenciais devem ser concebidos para apoiar a estratégia empresarial, e não o contrário. Esta ligação entre a tecnologia e a estratégia é demonstrada pelo fato de que várias empresas de seguros, incluindo A *TUW SKOK* e a *La Equidad*, aparelharam seus canais de distribuição com softwares para ajudá-los a vender e a servir ao microsseguro e também para auxiliar a seguradora a gerir a sua relação com os seus canais de distribuição.

As aplicações tecnológicas são um fator de sucesso crucial no reforço da eficácia da atividade de seguros. A automação foi introduzida em quase todas as áreas operacionais. Tal como ilustrado na Tabela 53, a automação poderia representar uma parcela significativa da melhoria da eficácia do microsseguro, isso sem mencionar a melhoria dos serviços aos clientes, da gestão e do treinamento de pessoal.

Tabela 53 **A automação dos processos transforma as operações de seguros**

Processo de negócio	*Oportunidade de automação*
Emissão de apólice e registro	– Os agentes podem submeter propostas ou pedidos de registro via Internet – Aceitação e emissão automatizadas – Arquivo e geração de documentos via imagem – Análise da concentração de riscos automatizada, melhor refletindo o nível de risco aceito
Cobrança de prêmios	– Faturamento automatizado para grupos de clientes – Envio de faturas e tratamento de inconsistências
Sinistros	– Aviso de sinistros automático – Acompanhamento disponível via Web – Maior agilidade no processamento e pagamento de sinistros via bancos locais e terminais remotos – Registro efetivo para processamento e estudos de histórico de sinistros
Estudos Atuariais e precificação	– Estudos de mortalidade – Análises de precificação – Seleção e consolidação de dados em âmbito nacional
Educação e treinamento	– Educação e treinamento da equipe via serviços da Internet – Técnicas eficazes de educação dos clientes

Algumas microsseguradoras já começaram o processo de automatização. Por exemplo, a *Microcare* (Uganda) e o *Opportunity Bank* (Malauí) emitiram cartões inteligentes (*smartcards*) para os seus segurados. Isto permite facilmente verificar que o prêmio está em dia e determinar o nível de cobertura que o cliente possui. Na ausência de sistemas de identificação nacional, os *smartcards* também confirmam se a pessoa que está tentando acessar os benefícios está realmente coberta pela apólice.

A *VimoSEWA* na Índia está testando um sistema de código de barras para gerenciar as informações dos clientes. Quando os clientes são registrados, eles recebem etiquetas autocolantes com um código de barras. Quando precisam avisar um sinistro, os clientes analfabetos colam o código de barras em um envelope pré-endereçado e o enviam à microsseguradora. O leitor de códigos de barra da *VimoSEWA* identifica qual cliente necessita de assistência e enviam o encarregado adequado. Também na Índia, a *Tata-AIG* esta treinando seus microagentes para utilizar um portal de Internet para recuperar e submeter informações sobre as contas dos clientes, tais como prêmios devidos e recebidos.

A Tecnologia não é somente de domínio das seguradoras; atualmente, os clientes também querem se beneficiar através da sua utilização para recebimento de produtos. Até mesmo o mercado de baixa renda tem cada vez mais acesso à tecnologia, como telefones celulares e Internet, que podem ser utilizados para agilizar as operações. De acordo com Prahalad (2003), "a proliferação de dispositivos sem fios entre os pobres é universal, desde a *Grameen Phone* em Bangladesh até a *Telefónica* no Brasil. Além disso, a disponibilidade de utilização de computadores em lojas a um preço muito baixo por hora e a oportunidade de reuniões por video-

conferência, usando computadores, estão contribuindo para aumentar a frequência de conectividade entre as pessoas da parte inferior da pirâmide. Na verdade, os serviços bancários estão utilizando ativamente a tecnologia para ampliar o alcance aos pobres (*ver Quadro 108*). O seguro provavelmente deve seguir este exemplo, à medida que as ações de educação sejam expandidas para a inclusão do uso da tecnologia.

Quadro 108 **Avanços tecnológicos nos serviços bancários para os pobres**

As instituições de microcrédito adotaram uma variedade de tecnologias para fornecer serviços aos pobres. Algumas das tecnologias mais promissoras também poderiam ser relevantes para a expansão do microsseguro, incluindo os assistentes eletrônicos pessoais (PDAs), os cartões inteligentes e o banco por celular.

O uso de **PDAs** pelo pessoal de campo proporciona às áreas vantagens de eficiência nas operações, redução de erros e prevenção à fraude. Em Bangladesh, o uso de PDAs com coletores de porta-a-porta reduziu três a quatro horas por dia de processamento de dados, e também o número de erros de gravação das transações em 90 por cento, quando comparado a sistemas baseados em papel. A tecnologia também tornou possível reduzir pela metade o tempo de processamento de empréstimos (de dois dias para um dia), e aumentou a observância de regras do produto, impedindo a violação das normas de transações.

Do mesmo modo, a **tecnologia do *smartcard***, como a que é utilizada pelo *Prodem FFP* na Bolívia, deve reduzir os custos operacionais de serviço nas zonas rurais. Os cartões de identificação do cliente têm informações, incluindo três gabaritos de impressões digitais e dados financeiros do sistema de informação gerencial do *Prodem*. Com leitores de impressão digital e de cartões inteligentes em suas 54 filiais, o *Prodem FFP* oferece aos seus clientes um rápido meio de processamento de transações financeiras. O *Prodem FFP* tem verificado uma série de benefícios após a implantação dos cartões inteligentes. A espera para consulta de saldos caiu significativamente já que muitos possuidores de cartões, que desejavam verificar seus saldos, podem agora fazê-lo sem ajuda. A adoção da tecnologia tem oferecido uma vantagem competitiva das MFI e atraiu depositantes que apreciam a velocidade e a rapidez do sistema.

O **banco por celular** é outro produto inovador com grande potencial. Para tirar vantagem sobre este potencial, a *Vodafone*, com a sua filial no Quênia, colaborou com um banco para a prestação de serviços aos clientes da *Faulu*, uma MFI queniana. Este serviço de telefonia móvel bancário possibilitou aos clientes efetuar transferências, retiradas e depósitos de dinheiro em estabelecimentos locais registrados e efetuar pagamentos de empréstimos de seus telefones.

Fonte: Adaptado de Churchill e Frankiewicz, 2006.

A tecnologia não pode superar todos os obstáculos que as operações de microsseguros enfrentam. No entanto, ela pode ajudar a otimizar o retorno sobre o investimento e a eliminar falhas operacionais, permitindo a comunicação e cooperação das partes interessadas em todo o mundo. Por exemplo, uma câmara global de registro de dados para estudos atuariais, precificação e resseguros poderá contribuir significativamente para expandir o alcance, melhorar os produtos, e também a sustentabilidade dos provedores.

2.3 Modelo de Negócios

O terceiro desafio para os prestadores de microsseguros, à medida que eles avançam, é desenvolver um modelo de negócio efetivo. Tal como ilustrado na Parte 4, todos os modelos atualmente em uso possuem vantagens e desvantagens. Obviamente, um modelo não será adequado em todas as circunstâncias e, consequentemente, o verdadeiro desafio é aprimorar as estratégias existentes, explorando os seus pontos fortes e superando suas deficiências.

O critério para o sucesso são modelos de negócio que trabalham tanto para os clientes quanto para outras partes interessadas, equilibrando a sustentabilidade de curto prazo e o crescimento de longo prazo. Uma vez que o mercado alvo para o microsseguro é relativamente novo, as seguradoras precisam adotar uma estratégia de desenvolvimento de mercado onde a rentabilidade esteja baseada em volume e relacionamentos de longo prazo.

Qualquer modelo de negócio de seguros deve reconhecer a necessidade de constituição de reservas e de resseguro. Certamente, as resseguradoras estão buscando ativamente a identificação do seu papel no microsseguro. O papel da resseguradora deverá estar centrado nos riscos de catástrofe, que muitas vezes são excluídos nos produtos de microsseguros. Se os riscos de catástrofe são excluídos, o seguro não estará presente para ajudar as pessoas quando elas mais precisarem dele; através da cobertura destes riscos, o resseguro pode desempenhar um papel importante no fortalecimento de uma cultura de seguros emergente.

Uma abordagem pró-resseguro também poderia ajudar a profissionalizar as atividades dos programas de microsseguros locais e de base comunitária. Apesar destes programas ainda agirem como a primeira linha de proteção para seus membros, uma seguradora local regulamentada poderia "ressegurar" estes programas. A seguradora autorizada pode fornecer o histórico financeiro para certos riscos e também a informação técnica que pode estar faltando aos programas comunitários. Isso representaria um novo modelo híbrido entre o modelo comunitário e o modelo de sócio-agente, enquanto, ofereceria uma maior variedade de produtos para os membros de baixa renda com maior profissionalismo.

O aparecimento de novos modelos e canais de distribuição representará um importante desenvolvimento para a futura expansão do microsseguro. O canal de distribuição é a identidade do microsseguro para o cliente, tanto para vendas quan-

to para serviços. O desenvolvimento do microsseguro depende em grande parte da qualidade e quantidade dos canais de distribuição. O principal canal utilizado hoje em dia, as instituições do microcrédito, possuem limitações. Certamente enquanto elas tiverem um papel contínuo na extensão do seguro aos pobres, para expandir consideravelmente o seu alcance será necessária a utilização de novos canais de distribuição. Particularmente, existe a necessidade de organizar a desorganização para oferecer o seguro em grupo. Envolvendo organizações sociais, tais como cooperativas, as associações de trabalhadores e assemelhadas, o acesso dos pobres ao seguro será extremamente facilitado.

Para envolver novos canais de distribuição no microsseguro, haverá um papel claro para os intermediários, tais como os corretores de seguro, que podem servir como tradutores entre distribuidores das bases e os tomadores de riscos corporativos. Compreendendo as prioridades, as necessidades e a linguagem de ambas as partes, o intermediário pode ajudar a melhorar a qualidade dos produtos e o relacionamento entre os parceiros.

No longo prazo, a cara do seguro irá mudar e se adaptar a este mercado. Graças à expansão maciça do acesso à Internet, as pessoas de baixa renda poderão comprar seguros diretamente das seguradoras e de seus agentes. Os canais de distribuição irão se expandir para além dos provedores de serviços financeiros, como as MFIs, e se tornarão onipresentes em lojas de varejo, agências de correios, hospitais e clínicas – em qualquer lugar onde possa haver uma relação com uma necessidade de gerenciamento de risco. Até mesmo os produtos serão modificados para responder mais adequadamente às necessidades diretas de segurados potenciais. As seguradoras estarão aptas a oferecer tais produtos porque a melhoria na distribuição permitirá que elas atinjam um grande número de segurados.

3 O panorama regulatório

A base para proporcionar serviços de gerenciamento de riscos aos pobres é a existência de uma fundamentação política regulatória e livre de corrupção. Sem isto, é impossível o alcance da sustentabilidade do microsseguro.

O seguro é e precisa ser uma indústria altamente regulada. Construir uma cultura de gerenciamento de risco é bastante difícil – é necessário apenas uma ou duas falhas para a destruição da companhia. Os supervisores do seguro são os responsáveis primários pela proteção ao consumidor, que se apresenta de duas formas principais: 1) proteção dos segurados em geral contra falhas da companhia de seguros e 2) proteção dos segurados individuais (ou dos segurados potenciais) contra vendas inescrupulosas e apólices com condições injustas. Como descrito no capítulo 5.2, há também um terceiro tipo de proteção ao consumidor – em relação à proteção daqueles que não podem obter o seguro – que representa uma função de desenvolvimento do mercado para reguladores de seguros. A extensão da disposição dos reguladores em abraçar esta causa terá uma influência significativa no tamanho futuro do microsseguro em suas jurisdições.

Uma parcela significativa do mercado de microsseguro está coberta atualmente por organizações fora do alcance dos supervisores. Enquanto não for adequada uma mudança de ótica por parte dos supervisores, os custos e os benefícios da supervisão do microsseguro informal precisam ser considerados: é melhor não ter nenhum acesso ao seguro ou ter acesso ao seguro não regulado? Alguns países possuem estruturas legais que levam bastante em conta as estruturas societárias e as exigências regulatórias. Por exemplo, nas Filipinas, o CARD criou uma associação de benefício mútuo para seus membros. Esta MBA possui uma gerência profissional, reservas, produtos e mercados limitados e uma relação com o sistema regulatório. Igualmente no Senegal, as mútuas de saúde foram incorporadas no quadro legal. Tal flexibilidade regulatória será necessária na direção de uma expansão maciça do microsseguro.

Os esforços para oferecer estruturas de negócio alternativas para o microsseguro são limitados pela habilidade das estruturas regulatórias em controlar o sistema e desempenhar seu papel de proteção ao consumidor. As reduzidas exigências de capital defendidas por alguns têm um grande potencial para a geração de abusos. Geralmente, os reguladores usam exigências de capital mínimo de duas maneiras: (1) para assegurar que uma companhia de seguros tenha capital suficiente para honrar suas obrigações futuras com os segurados e (2) para manter a eficiência do sistema de seguros impedindo excessos praticados por operadores ineficientes que eles não têm como supervisionar corretamente.

O equilíbrio entre a prudência e as barreiras de entrada é tênue. Uma estratégia híbrida que ligue os programas informais aos seguradores regulados pode ajudar a criar um alto nível da supervisão do sistema enquanto gera mais oportunidades para a oferta do microsseguro. Além disso, os programas auto-regulados das organizações cooperativas e mútuas precisam ser seriamente considerados como meios de estender o seguro aos pobres, sem sobrecarregar os supervisores do seguro.

É uma vantagem competitiva possuir um determinado nível de consistência em várias regiões e em base mundial, como as multinacionais, para a incorporação deste mercado, de modo que se possam executar processos em uma escala global. Embora a regulamentação em uma base global ou regional seja um objetivo nobre, mas improvável, é válido prever que haja um determinado nível de colaboração entre os reguladores que poderá resultar em melhorias e padronização para todas as nações. Através da Associação Internacional dos Supervisores de Seguros (IAIS), por exemplo, pode ser possível projetar e promover os regulamentos modelo para o microsseguro. Esta associação pode atuar como um órgão de padronização, recomendando níveis adequados de reservas, limites de solvência, etc. para o microsseguro.

Certamente, a expansão do microsseguro iria receber um grande impulso, caso as autoridades de seguros acreditassem que elas têm um papel ativo a representar na melhoria da inclusão nos mercados de seguros. Quão envolvidos devem estar os reguladores na promoção do microsseguro? Sua estratégia irá depender se

eles veem o mercado de baixa renda como uma ameaça à estabilidade financeira do setor segurador, ou como uma oportunidade de mercado que poderia reforçar potencialmente as companhias de seguros. Alguns países podem seguir a estratégia da Índia e exigir que as seguradoras comerciais sirvam o mercado de baixa renda, enquanto outros explorarão meios menos obrigatórios de conduzir seus mercados a uma maior inclusão. Em ambas as formas, a promoção do microsseguro por autoridades regulatórias deve ajudar a expandir a linha de produtos e o uso dos canais de distribuição pelas seguradoras para alcançar os pobres, enquanto abre oportunidades para tipos alternativos de seguradoras.

Por muito tempo existiu uma fraca relação com o setor bancário, que vem tirando proveito de uma ajuda significativa nos últimos dez anos, mas agora, o setor de seguros, em alguns países, está começando a receber alguma ajuda para o seu desenvolvimento. Isto conduzirá ao aumento da capacidade dos reguladores de seguros e permitirá, por sua vez, uma maior variedade de modelos de oferta de seguros, embora isto possa levar um pouco mais de tempo.

4 O ambiente para o microsseguro

Muitos fatores determinam se o microsseguro pode estar disponível, que produtos podem ser oferecidos, como serão oferecidos, e quais os custos e os benefícios. O ambiente em que o microsseguro opera é tão importante em ser considerado quanto os segurados, os fornecedores e os regulamentos.

4.1 Qualidade da assistência médica

O seguro saúde tem pouco valor se não há possibilidade de acesso a bons prestadores de assistência médica. Fora das áreas urbanas, a assistência médica frequentemente não está disponível. Os esforços do governo e dos doadores são frequentemente investidos nas cidades, deixando os pobres da zona rural com os médicos de pior qualidade ou sem médicos. Em alguns países, os sistemas públicos de saúde se dizem de livre acesso a todos, entretanto os pobres que precisam acessar estes serviços estão totalmente cientes da necessidade da oferecer um "presente" para o mínimo de assistência.

Os governos e a sociedade civil devem criar os sistemas saúde que garantam a qualidade, a igualdade e a transparência. A participação dos pacientes no processo de controlar ou de gerenciar os prestadores de serviços de saúde locais é uma forma de garantir que sejam respondidas as necessidades do mercado, que é uma vantagem principal dos programas de seguro saúde de base comunitária. Se forem suportadas por organizações de ponta, as MHOs podem abrir o sistema aos produtos eficazes de seguro saúde, melhorar o cuidado com os necessitados e permitir que os governos se concentrem na população verdadeiramente desprovida e que somente pode ser coberta pela proteção social.

4.2 Dados para o gerenciamento de riscos

As limitações dos sistemas de monitoração de saúde nos países em desenvolvimento também têm um grande impacto na habilidade das companhias de seguros em compreender o risco do mercado de baixa renda e, por conseqüência, no cálculo apropriado dos prêmios. Onde estes sistemas existem, os dados sobre morbidade e mortalidade filtrados nas bases de dados nacionais refletem geralmente os segmentos mais ricos do mercado, por serem compostos por pessoas que possuem meios para pagar por cuidados médicos e acessar os sistemas que registram as informações sobre os riscos críticos de forma adequada. As doenças e as mortes entre a população pobre muitas vezes não fazem parte destas estatísticas nacionais, devido ao fato dos pobres confiarem em cuidados médicos informais ou retornarem ao seu lar na zona rural para morrer. Isto conduz a um forte carregamento nos produtos de microsseguros, ou a um excedente sobre os prêmios de risco muito otimista – sendo que nenhum deles auxilia o desenvolvimento do microsseguro.

Dados melhores irão resultar em melhores cuidados médicos, na melhoria das informações para gerenciamento do governo e nas exigências dos reguladores de seguro, muitos dos quais revisam os cálculos dos prêmios de seguros antes da aprovação do produto. Isto irá melhorar a base sobre a qual os cálculos de risco são efetuados.

Um desafio particular da gestão da informação em alguns países em desenvolvimento recai sobre o fato da inexistência de um sistema de identificação nacional. Isto aumenta consideravelmente o potencial para a fraude no seguro – uma pessoa falecida identificada indevidamente como um segurado, um paciente hospitalizado utilizando a cobertura da apólice de um terceiro e várias outras maneiras em que uma pessoa não segurada pode ser coberta como um segurado. O significativo custo destas fraudes é refletido nos prêmios. Este problema não está limitado ao seguro e à medida que os países avançam na implantação de sistemas de identificação nacionais confiáveis, ocorrerá a melhoria do setor financeiro em geral.

4.3 Condições macroeconômicas e o desenvolvimento de mercados financeiros

Economias fracas com hiperinflação e desvalorização constante da moeda criam fortes barreiras para o investimento de longo prazo e minam assim o negócio de seguro de vida. As fracas infra-estruturas de operação bancária dificultam o controle eficiente dos recursos financeiros. O microsseguro eficaz e diversificado depende de economias fortes com mercados financeiros e infra-estruturas eficientes. Esforços bem concebidos pelos governos nesta área terão um impacto positivo na expansão de produtos de seguro.

Um aspecto frequentemente negligenciado em relação ao microsseguro é o potencial de acumulação de grandes volumes de capital e reservas pelas microsseguradoras. A acumulação de qualquer capital investido é altamente desejável nos

países em desenvolvimento. Entretanto, ao contrário de outros mercados, as seguradoras tendem a construir capital de longo prazo, que promove o crescimento do mercado de investimento de longo prazo, criando uma situação ideal para o desenvolvimento da infra-estrutura física. A maioria das companhias de seguros possui uma estratégia de investimento baseada em um modelo de casamento entre ativos e passivos e, uma vez que seus passivos podem ser devidos durante 15 ou 30 anos, as oportunidades de investimento apropriadas são encontradas geralmente em títulos do governo, nos projetos de desenvolvimento de transportes e habitação. Não é uma coincidência que nos países onde os setores do seguro e de previdência são bastante desenvolvidos, os mercados de investimento de longo prazo também são vibrantes e existe uma sólida infra-estrutura física.

4.4 Riscos de catástrofe

Os riscos de catástrofes climáticas, de HIV/AIDS, de gripe aviária e outros ainda por vir, terão um grande e dramático impacto no fornecimento de seguros, em especial no microsseguro. Normalmente, a população de baixa renda é a primeira a sofrer perdas em eventos catastróficos. Como sua renda é pequena, estas pessoas vivem em áreas de alto risco onde outros não viveriam. Elas aceitam riscos que as tornam mais suscetíveis às doenças e têm menos habilidade de lidar com a ocorrência de catástrofes. Os seguradores e os resseguradores precisam reconhecer o efeito dos riscos catastróficos no mercado de baixa renda e de trabalhar no desenvolvimento de mecanismos eficientes para ajudar os pobres a estarem preparados para estes riscos e a se recuperarem após a sua ocorrência.

Devido à falta de preservação do ambiente em todo o mundo, o clima está se tornando imprevisível. Os desastres naturais resultantes destas agressões têm atingido duramente as comunidades agrícolas. Os governos e o setor segurador estão sendo pressionados a oferecer proteção para estas perdas; apesar disso, somente 20 por cento da produção agrícola mundial – safras e pecuária – são segurados atualmente (Kasten, 2004). Uma estratégia inovadora para a extensão da proteção financeira aos pequenos agricultores, pastores e produtores é o seguro baseado em indicadores. De fácil implantação, ele abandona o modelo do seguro agrícola individual para a cobertura de uma área de cultivo agrícola extensiva. Isto geraria um cuidado coletivo com o ambiente, na comunidade segurada, relevante e essencial para auxiliar na redução das perdas.

As questões sanitárias sobre HIV/AIDS, novas correntes de vírus mutantes da gripe, má nutrição e outras doenças serão agravadas no futuro. Embora o microsseguro não consiga resolver estas questões sozinho, ele pode ser uma importante ferramenta na luta contra estes flagelos se estiver preparado e adaptado. Por exemplo, o papel das seguradoras na construção da infra-estrutura apropriada, como cuidados médicos preventivos, se tornará mais proeminente à medida que produtos apropriados de gerenciamento de riscos sejam oferecidos a estes mercados.

5 **Abraçando o futuro**

Se pudéssemos prever o futuro com absoluta certeza, os futurólogos seriam redundantes. Eles consideram o desenvolvimento histórico e atual, e as expectativas de futuro para identificar as tendências emergentes. Os atuários são os futurólogos do seguro – analisam a experiência anterior e preveem o futuro usando modelos matemáticos e estatísticos de mortalidade e morbidade. Entre os autores e os leitores de capítulos deste livro estão consultores atuariais que estão aconselhando técnicos de microsseguros. Que futuro eles conseguem enxergar para o microsseguro enquanto olham em sua bola de cristal?

– Expansão da tecnologia aonde até a população de baixa renda tem fácil acesso aos produtos de seguro através de computadores, celulares e *smartcards*. Para seguradoras isto melhorará sensivelmente o acesso ao mercado.
– Aumento da consciência em relação aos benefícios do seguro no mercado de baixa renda. As pessoas apreciarão a utilidade do seguro e o aumento de suas expectativas irá criar um mercado mais atento.
– Uma melhor distinção entre o papel dos sistemas de proteção social do governo e a cobertura oferecida por outros mecanismos de seguros. Isto ajudará a esclarecer quais soluções de gerenciamento de risco serão apropriadas para quais setores da população.
– O espectro da mudança de clima global, de doenças emergentes e de outros eventos catastróficos potenciais estará em todos os planos de longo prazo.

No curto prazo, em alguns países, o microsseguro, embora desesperadamente necessário, não se espalhará maciçamente; nem oferecerá uma variedade de produtos e de serviços que poderiam ajudar à população de baixa renda. Estes países simplesmente não estão criando um ambiente que permita a existência de mercados bem sucedidos de microsseguro. Onde as circunstâncias estão melhorando – com economias estáveis, o desenvolvimento de mercados financeiros, melhoria na qualidade dos serviços de saúde, supervisores de seguros com uma agenda do desenvolvimento de mercado, etc. – o microsseguro crescerá. Tal mudança provavelmente levará mais tempo caso não seja apoiada pelos legisladores, doadores e pela comunidade internacional. Certamente, o aumento da proteção de riscos para os pobres não é apenas uma questão local, visto que as epidemias e os desastres podem ter efeitos em onda através do planeta, justificando um maior papel das agências internacionais e corporações multinacionais.

Para segurar os pobres, os clientes, os reguladores, os legisladores, as seguradoras e as organizações sociais devem trabalhar em conjunto com uma finalidade comum e um espírito implacável:

– As **seguradoras** devem esforçar-se para entender as mudanças nas necessidades dos clientes e para adaptar seus produtos e serviços de acordo com

tais mudanças, aprimorando continuamente a relação de custo benefício para os clientes.

– Os **reguladores** devem promover uma agenda de desenvolvimento para mercado de seguros de inclusão, encontrando o equilíbrio correto entre proteger os consumidores e expandir o acesso.
– Os **legisladores** precisam criar um ambiente possível que inclua a infra-estrutura necessária para o fornecimento do microsseguro.
– As **organizações sociais**, incluindo organizações de empregadores e trabalhadores, cooperativas, ONGs e outras associações podem representar um papel importante na organização dos trabalhadores da economia informal que não têm acesso à proteção social e outros tipos de microsseguro.
– Por último, **bilhões de pessoas pobres** que não possuem uma maneira formal de lidar com o risco devem responder positivamente aos esforços dos fornecedores e dos reguladores em aceitar a cultura do seguro e a sua capacidade para fornecer a liberdade, a segurança e o bem-estar financeiros.

Por si só, o microsseguro não irá reduzir a pobreza. Entretanto, se a proteção do risco é conjugada eficazmente com esforços para realçar a produtividade, juntos eles podem trazer grandes benefícios para aliviar a pobreza e atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio. O microsseguro será bem sucedido quando já não for mais necessário. Como disse o antigo presidente da *Delta Life*, Monzurur Rahman, "Nós queremos ver o dia em que não exista mais o microsseguro, apenas o seguro."

Apêndice I

Descrição dos provedores de microsseguro

Ativistas para Alternativas Sociais (*ASA – Activists for Social Alternatives*)

Instituições de microsseguro e microcrédito: Exemplos da Índia
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm e Namerta, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 15

Fundada em 1986, a ASA opera no estado indiano de Tamil Nadu, oferecendo microcrédito e uma variedade de serviços não financeiros aos seus clientes. A compra de seguro está intimamente ligada à contratação de empréstimos com a organização, que efetuou cerca de 55.000 empréstimos em 2004. Embora tenha experimentado operações de auto-seguro, a ASA trabalha atualmente com as companhias de seguros privados que assumem todos os riscos do seu produto de seguro de vida. Ela também está licenciada para operar como agente de uma seguradora para vender produtos diferentes, mas tem mantido o foco no atendimento às necessidades dos grupos de baixa renda. Sete funcionários estão envolvidos nas operações de seguros em tempo integral.

AIG Uganda
AIG Uganda: Membro da American International Group
Michael J. McCord, Felipe Botero e Janet S. McCord, abril de 2005, Estudo de Caso Nº 9

A AIG Uganda, uma companhia de seguros privada com fins lucrativos, é parte de um dos maiores grupos seguradores do mundo. Lançou seu primeiro produto de microsseguro em Uganda, em 1997, após ter sido contatada pela FINCA Uganda, uma MFI. Desde então, expandiu suas operações de microsseguros a 26 MFIs, incluindo uma na Tanzânia e uma no Malauí. Oferece um produto de acidentes pessoais em grupo com benefícios para invalidez, morte acidental e de garantia de dívida. Em 2003, a AIG Uganda cobria 1,6 milhões de pessoas – prestamistas das MFIs e suas famílias. A empresa utiliza um modelo sócio-agente em suas operações de microsseguros e todas as MFIs, com exceção de uma, obriga a contratação de seguro para os seus prestamistas.

Organização para Seguros Mútuos All Lanka (***ALMAO – All Lanka Mutual Insurance Organization***)
ALMAO e YASIRU, Sri Lanka
Sven Enarsson e Kjell Wirén, outubro de 2005, Estudo de Caso Nº 22

A Organização para Seguros Mútuos All Lanka (ALMAO) foi licenciada como uma companhia de seguros de vida em 2002. Em 2005, a ALMAO também obteve uma licença para fornecer produtos de seguros em geral. A empresa oferece atualmente produtos de microsseguros de longevidade, vida, acidente e proteção de empréstimos. A empresa está ligada ao movimento Sanasa, uma rede de associações de crédito e poupança em todo o Sri Lanka. O antecessor da ALMAO foi criado em 1991 para oferecer cobertura para uma série de riscos a pessoas pobres. Desde o seu registro como uma companhia de seguros, a carteira de produtos da ALMAO mudou significativamente e seus produtos mais antigos estão em vias de ser gradualmente eliminados. Estes produtos mais antigos também incluíam seguros de invalidez, hospitalização, morte e previdência, cobrindo 47.000 pessoas. Até agora seus novos produtos dotais não têm sido bem sucedidos.

Association d'Entraide de Femmes (AssEF)
AssEF, Benin
Olivier Louis dit Guérin, dezembro de 2005, Estudo de Caso Nº 20

A Association d'Entraide de Femmes (AssEF), uma cooperativa de microcrédito, foi criada em 1999 para atender a mulheres de baixa renda em áreas carentes da capital e dos seus arredores. A AssEF está constituída por cerca de 130 associações e fundos de crédito e poupança. Seu produto de seguro saúde tinha 2.300 beneficiários ao final de 2004. A maioria dos clientes da AssEF trabalha com vendas, alimentação, comércio de produtos básicos, vendas de tecidos, joias e artesanato. Seu produto de microsseguro de saúde opcional é somente para membros e possui benefícios para internação e ambulatório. Os serviços podem ser acessados através de uma rede referenciada de saúde e existe uma co-participação para todos os serviços. O seguro é fornecido internamente com o apoio técnico do programa da OIT-STEP (OIT).

Comitê para o Progresso Rural de Bangladesh (***BRAC – Bangladesh Rural Advancement Committee***)
Microsseguro de saúde: Um estudo comparativo dos três exemplos em Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem e Nabil Ahmed, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 13

O BRAC tem oferecido seguro saúde para as populações rurais pobres desde 2001, quando iniciou o projeto *MHIB – Micro Health Insurance for Poor Rural Women* (microsseguro saúde para mulheres pobres da zona rural de Bangladesh. O pro-

grama opera em 98 sub-distritos e possuía mais de 12.000 famílias associadas em 2004. Ele oferece três produtos de seguros: um pacote geral anual, um pacote dirigido a mulheres grávidas e um produto orientado para crianças em idade escolar. Os serviços de saúde são fornecidos essencialmente através da rede de ONG's associadas da comunidade de profissionais de saúde, paramédicos e clínicas, mas pode ocorrer encaminhamento a outros prestadores, quando os casos estão além da capacidade da rede. Existe a co-participação dos segurados, mas os "ultra-pobres" estão isentos de pagamento de prêmio para o pacote geral.

Bienestar Magisterial (BM)
Microsseguro de saúde: Uma comparação entre quatro programas de gestão pública, América Latina
Jens Holst, novembro de 2005, Estudo de Caso Nº 18

O **Bienestar Magisterial** é um regime de seguro saúde obrigatório em El Salvador para professores de tempo integral na folha de pagamento do Ministério da Educação e suas famílias. Criado em 1969, cobria cerca de 75.000 pessoas em 2003. O principal pacote de benefícios inclui cuidados preventivos de saúde, cuidados ambulatoriais especializados, encaminhamento e internação e atendimento de emergência. Os serviços preventivos de saúde são fornecidos através de cerca de 100 médicos da família que orientam os membros através do sistema, caso cuidados especializados sejam necessários. Os médicos e instituições são contratados pelo programa para o atendimento. O pagamento dos prestadores é baseado em uma variedade de sistemas diferentes, tais como o pagamento de uma taxa para um grupo de diagnósticos relacionados ou uma diária. O financiamento do sistema se dá através de contribuição direta. Não há co-participação.

CARD Associação de Benefício Mútuo – MBA (CARD Mutual Benefit Association – MBA)
CARD MBA, Filipinas
Michael J. McCord e Grzegorz Buczkowski, dezembro de 2004, Estudo de Caso Nº 4

O CARD MBA é uma instituição de seguro que iniciou suas operações em 1999. O sistema funciona em três regiões do país, oferecendo seguro de vida, com prestamista e invalidez integrados, juntamente com um fundo de previdência de poupança de longo prazo que não possui um elemento de distribuição de risco. Em 2003, cerca de 580.000 vidas estavam seguradas pelo programa. O CARD MBA é uma das três organizações irmãs, cujo objetivo é o de melhorar a qualidade de vida das mulheres pobres, particularmente daquelas que residem nas zonas rurais. Ele oferece seguros para pessoas que contraem empréstimos do Banco CARD, cuja cobertura é obrigatória. As vendas, cobrança de prêmios e o pagamento de sinistros são terceirizados para as organizações irmãs pelo pagamento de uma taxa.

Empreendimento Fiduciário Cristão Zâmbia (CETZAM – Christian Enterprise Trust Zambia)[1]

Assistência técnica para a promoção do microsseguro: A experiência do Opportunity International
Richard Leftley, junho 2005, Estudo de Caso Nº 11

O CETZAM é uma ONG de microcrédito fundada em 1995 para combater a pobreza através do desenvolvimento das microempresas. Ele ofereceu inicialmente um produto para prestamistas e atualmente também oferece o seguro funeral e de bens. Havia cerca de 5.000 segurados em 2004. O CETZAM atua como agente de uma companhia de seguros do setor privado. Os produtos de seguro de vida prestamista e de funeral são obrigatórios para as pessoas que contraem empréstimos com a organização.

Columna
Columna, Guatemala
Carlos Herrera e Bernardo Miranda, dezembro de 2004, Estudo de Caso Nº 5

A Columna, uma companhia de seguros criada na Guatemala em 1993, opera basicamente através das uniões de crédito e cooperativas do país servindo os trabalhadores da economia informal. O seu antecessor foi o programa de seguro de vida da Federação Nacional de Cooperativas de Crédito da Guatemala, que se iniciou em 1970. A maioria dos clientes da Columna pertence às uniões de crédito e cooperativas afiliadas, mas alguns clientes aderem individualmente ou através de ONGs parceiras. Embora a Columna possuísse mais de 500.000 clientes em 2003, e oferecesse uma gama de produtos desde o seguro automóvel ao seguro contra assaltos, apenas alguns produtos podem ser considerados como microsseguros. São eles: prestamista e planos de previdência, que são obrigatórios para as pessoas que contraem empréstimos de qualquer união de crédito ou cooperativas parceiras da Columna, e o produto de seguro de vida opcional que oferece benefícios em caso de morte ou invalidez.

CRMST – Coordination régionale de mutuelles de santé de Thiés
Seguro saúde mútuo, CRMST, Senegal
Klaus Fischer, Ibrahima Hathie, Issa Sissouma, setembro de 2006, Estudo de Caso Nº 24

A Coordenação de Thiès é uma associação de 39 organizações mútuas de saúde, com cerca de 75.000 beneficiários no final de 2005 (cerca de 70.000 no ano anterior), que oferece cobertura para todas as doenças aos indivíduos nas institui-

[1] O CETZAM também é abordado na *Madison Insurance*, Zâmbia, Estudo de Caso Nº 10, por Lemmy Manje.

ções públicas de saúde. No final dos anos 80, a Thiès foi o berço do rápido crescimento do movimento das MHOs na África Ocidental, que hoje inclui centenas de sistemas. As MHOs são entidades tomadoras de risco independentes, em sua maioria baseadas em áreas rurais. A Coordenação possui um papel importante no apoio às MHOs, agindo como intermediária entre as MHOs e outras partes interessadas, contribuindo para o desenvolvimento de novas MHOs e para a contratação dos prestadores de serviços de saúde. Ela está sujeita à lei das associações, que reconhece a forma da "união regional", o que corresponde à estrutura da Coordenação.

Delta Life
Delta Life, Bangladesh
Michael J. McCord e Craig Churchill, fevereiro de 2005, Estudo de Caso Nº 7

A Delta Life é uma companhia de seguros fundada em 1986. Ela começou a oferecer produtos de seguros para grupos de alta e média renda e depois, em 1988, inspirada no *Grameen Bank*, lançou um produto opcional de microsseguro orientado para pessoas de baixa renda da economia informal. Atualmente, o programa oferece uma gama de produtos dotais, e possuía 859.000 segurados de baixa renda em 2002. Os produtos oferecidos são percebidos pelos clientes e funcionários mais como produtos de poupança de longo prazo do que como um seguro. Certos grupos ocupacionais são excluídos da aquisição de determinados produtos e a maior parte dos seus clientes de microsseguros vive em áreas rurais.

La Equidad Seguros
La Equidad Seguros, Colômbia
Gloria Almeyda e Francisco de Paula Jaramillo, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 12

La Equidad Seguros, estabelecida na Colômbia em 1970, oferece uma variedade de produtos de seguros, tanto para as necessidades individuais como institucionais, mas também foca os grupos de baixa renda. Ela é formada por parcerias e controlada por cooperativas de todo o país. Entre seus muitos produtos, dois produtos grupais podem ser considerados microsseguros. Ambos cobrem morte e invalidez e são distribuídos através das organizações parceiras de La Equidad Seguros. Um desses produtos está disponível apenas para clientes de uma instituição de microcrédito, a *Women's World Foundation* (WWF). A WWF atua como um agente, responsável pelo marketing, pela cobrança de prêmios e pela condução dos sinistros. O outro produto é um similar voltado para as cooperativas parceiras de La Equidad. Havia cerca de 30.000 microssegurados em 2004, em sua maioria, microempresários informais ou trabalhadores de baixa renda.

FINCA Uganda
AIG Uganda: Membro da American International Group
Michael J. McCord, Felipe Botero e Janet S. McCord, abril de 2005, Estudo de Caso Nº 9

A atenção em torno da primeira parceria entre a FINCA Uganda, inicialmente uma ONG de microcrédito (agora uma instituição financeira regulamentada) e a AIG Uganda serviu para lançar o modelo sócio-agente como uma forma eficaz e potencialmente lucrativa de oferta de seguros para o mercado de baixa renda. Em 2003, embora 26 MFIs tivessem apólices de grupo com a AIG Uganda abrangendo 1,6 milhões de vidas, a FINCA foi o condutor inicial do desenho e melhoria do produto.

Grameen Kalyan (GK)
Microsseguro saúde: Um estudo comparativo dos três exemplos em Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem e Nabil Ahmed, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 13

O programa de seguro saúde da Grameen Kalyan iniciou em 1996. Cerca de 58.000 famílias, em sua maioria membros do Grameen Bank, compraram seguros em 2004. O sistema oferece um produto anual que abrange os serviços de saúde preventiva e curativa. A assistência é prestada através das 28 clínicas do programa e por profissionais de saúde comunitários em oito distritos. Cada clínica tem uma equipe de cerca de 10 empregados. Existe o pagamento de co-participação para todos os serviços à exceção de serviços de prevenção, de planejamento familiar e de educação para a saúde, que são fornecidos através de agentes de saúde da comunidade.

Federação Internacional de Seguro Cooperativo e Mútuo (ICMIF – International Cooperative and Mutual Insurance Federation)
Lições aprendidas com as dificuldades
Federação Internacional de Cooperativas e Mútuas de Seguro (ICMIF), janeiro de 2005, Estudo de Caso Nº 6

A ICMIF é uma associação internacional de seguradoras que opera sob os princípios do movimento cooperativo e o mutualismo democrático. Fundada em 1922, tem atualmente 141 membros em 67 países, compreendendo mais de 300 companhias de seguros. Os principais serviços prestados pela ICMIF a seus membros são o resseguro, o desenvolvimento, a inteligência de mercado, os investimentos, a conferência bienal global e treinamento. Este estudo de caso considera as experiências de nove membros não nomeados (ou ex-membros) que experimentaram graves problemas ao longo dos anos. Ao analisar as suas experiências, o estudo

cria um quadro sobre as vulnerabilidades de uma seguradora. Embora estas empresas não possam, estritamente falando, ser chamadas de microsseguradoras, as lições que aprenderam são aplicáveis à todos os seguros para os mercados de baixa renda.

Karuna Trust
Karuna Trust, Karnataka, Índia
Ralf Radermacher, Olga van Putten-Rademaker, Verena Müller, Natasha Wig e David Dror, novembro de 2005, Estudo de Caso Nº 19

Fundada em 1987, a Karuna Trust é uma ONG polivalente dedicada ao desenvolvimento e à saúde rural no estado indiano de Karnataka. Em 2002, lançou um programa piloto de seguro saúde para complementar o sistema público de saúde. O seu produto de seguro saúde integrado oferece benefícios para transporte de emergência para hospitais, medicamentos durante a internação e de perda de renda durante a hospitalização e a recuperação pós-cirúrgica. Mais de 61.000 pessoas estavam cobertas em 2004, embora a organização tenha experimentado uma queda significativa no ano seguinte. Inicialmente, o prêmio do produto era totalmente subsidiado (pelo PNUD), mas muitos clientes mostraram resistência a adquirir o seguro quando este passou a ser pago. O produto é oferecido em parceria com uma companhia de seguros de estatal.

Madison Insurance
Madison Insurance, Zâmbia
Lemmy Manje, maio de 2005, Estudo de Caso Nº 10

A Madison Insurance começou a oferecer produtos de seguros em 2000, em parceria com instituições de microcrédito. Em 2003, existiam mais de 30.000 participantes em sua apólice grupal de vida prestamista e seguro funeral. A compra de apólices de seguro é obrigatória para as pessoas que contraem empréstimos nas instituições financeiras parceiras.

MAFUCECTO
MAFUCECTO, Togo
Catherine Tremblay, Marisol Quirion, Suzanne Langlois e Frank Klutsé, outubro de 2006, Estudo de Caso Nº 25

Embora inicialmente criada em 1989 pela rede de união de crédito (FUCEC) para oferecer produtos de seguro de vida personalizados através das cooperativas da rede, a MAFUCECTO enfrentou problemas porque as uniões de crédito achavam a cobertura demasiadamente cara. Em 2003, o desejo de melhorar os servi-

ços e a satisfação dos parceiros levou a rede a efetuar uma completa reorganização na MAFUCECTO e introduzir novos processos e produtos, com o financiamento e a assistência técnica de entidades internacionais. O objetivo do projeto era a criação de uma companhia de seguros para a sub-região e fornecer produtos seguros comuns para as seis redes de união de crédito. Porém, até o momento, apenas produtos de seguro de vida prestamista são oferecidos através da rede.

União de Cooperativas de Poupança e Crédito do Maláui (***MUSCCO – Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives***)
MUSCCO, União de Cooperativas de Poupança e Crédito do Maláui
Sven Enarsson e Kjell Wirén, março de 2005, Estudo de Caso Nº 8

Fundada em 1980, a MUSCCO é uma federação que atende às necessidades de suas cooperativas de crédito e poupança associadas. No seu melhor momento, em 2000, a MUSCCO trabalhava com três cooperativas com 66.000 membros. Ela oferece produtos de microsseguro para prestamista e possuía 56.000 segurados em 2003. As uniões de crédito da MUSCCO têm como público alvo grupos de baixa renda, pequenos agricultores e funcionários públicos. Seus produtos são exclusivamente para os membros das cooperativas e são obrigatórios para eles. Algumas das operações de seguro são conduzidas pelas cooperativas parceiras, mas a gestão dos riscos é controlada pela federação.

Opportunity International (OI)
Assistência técnica para a promoção do microsseguro: A experiência da Opportunity International
Richard Leftley, junho de 2005, Estudo de Caso Nº 11

A Opportunity International, uma ONG internacional criada em 1971, atende a mais de 800.000 prestamistas em todo o mundo. Sua missão é proporcionar oportunidades para as pessoas em pobreza crônica para transformar suas vidas através da criação de postos de trabalho, incentivando as pequenas empresas e o fortalecimento das comunidades. Ela trabalha com bancos e ONGs MFIs de 30 países. Como resultado da procura por parte dos clientes, a organização tem prestado assistência técnica desde 2002 para o desenvolvimento de produtos de microsseguros. Embora a OI tenha iniciado suas atividades de microsseguro na África, hoje ela estende suas atividades para outras partes do mundo. Em 2005, os parceiros da Opportunity cobriam cerca de 2.700.000 pessoas de baixa renda. Recentemente, ela criou a "Agência de Microsseguro" como um corretor de seguros a serviço dos pobres.

Pulse Holdings Ltd.
Madison Insurance, Zâmbia
Lemmy Manje, maio de 2005, Estudo de Caso Nº 10

A *Pulse* é uma MFI que iniciou suas atividades em 1995 com o apoio da CARE Internacional para enfrentar a pobreza urbana através da oferta de microcrédito. Em 2001, se estabeleceu como uma organização independente, a *Pulse Holdings Limited*. Ela oferece dois tipos de empréstimos e dois produtos para emergências. Localizada na capital, tinha cerca de 2.000 clientes em 2004. Ela oferece microsseguro em parceria com a *Madison Insurance*, mas, em vez de receber uma comissão, a *Pulse* possui um acordo de divisão de lucros com a seguradora.

Seguro Basico de Salud (SBS)
Microsseguro de saúde: Uma comparação entre quatro programas de gestão pública, América Latina
Jens Holst, novembro de 2005, Estudo de Caso Nº 18

O Seguro Basico de Salud era um programa público de seguro saúde na Bolívia criado em 1999. Era voltado para pessoas pobres urbanas e rurais e os benefícios do pacote eram oferecidos às mulheres grávidas, crianças menores de cinco anos de idade e pessoas com algumas doenças transmissíveis. O atendimento de saúde era fornecido, principalmente, através de serviços de saúde pública. O programa era financiado por impostos, com complementação para determinados programas, sem co-participação pelos usuários. Os prestadores de saúde eram pagos pelos governos municipais, de acordo com uma taxa de remuneração por serviço. Em 2003, o Seguro Basico de Salud se incorporou ao Seguro Universal Materno Infantil.

Seguro Integral (SI)
Microsseguro de saúde: Uma comparação entre quatro programas de gestão pública, América Latina
Jens Holst, novembro de 2005, Estudo de Caso Nº 18

O Seguro Integral é um programa público de seguro saúde do Paraguai, iniciado em 2002. Com o tempo, a cobertura poderá ser estendida a todas as regiões e pessoas, mas atualmente o grupo alvo para o projeto piloto são as mulheres em idade fértil e crianças abaixo de cinco anos da região de Caazapá. Desde 2004, os beneficiários possuem atendimento de saúde básica através de prestadores inseridos no sistema público de saúde. Existe um sistema de referência para acesso a serviços de nível secundário e terciário de saúde. O financiamento do programa vem do ministério da saúde, dos governos estaduais e da administração municipal, bem como de contribuições mensais dos associados. Não há co-participação.

Seguro Materno-Infantil (SMI)
Microsseguro de saúde: Uma comparação entre quatro programas de gestão pública, América Latina
Jens Holst, novembro de 2005, Estudo de Caso Nº 18

O Seguro Materno-Infantil, criado em 1998, era um programa público de seguro saúde no Peru com o foco nas necessidades de saúde de mulheres grávidas, mães recentes e crianças com menos de cinco anos. Ele se fundiu com Seguro Integral de Saúde em 2001, cujo alvo é um público mais amplo. O Seguro Materno-Infantil foi projetado para lutar contra algumas das causas as mais importantes da mortalidade. Em seu ápice em 2001, o programa cobria 22 distritos de saúde e tinha em torno de 350.000 beneficiários. Os serviços de saúde eram fornecidos por prestadores públicos (entre centros de saúde e hospitais), onde os associados estivessem registrados. A base de financiamento do programa eram principalmente os impostos. Entretanto, no momento do registro, os associados tinham que pagar uma taxa, embora esta tenha sido dispensada para a grande maioria. O pagamento do prestador era feito através de um sistema de taxa de serviço com limites de frequência de uso. Não havia co-participação.

ServiPerú
ServiPerú, Peru
Máximo U. Rodriguez e Bernardo Miranda, janeiro de 2004, Estudo de Caso Nº 1

Em consequência das mudanças na regulamentação e no mercado no início dos anos 90, a seguradora cooperativa SEGUROSCOOP não poderia mais manter sua licença. Então, em 1994, ela se reformulou como ServiPerú, uma corretora de seguros e prestadora de serviços que funcionava como uma ligação entre as cooperativas e as companhias de seguro. Ela oferece um produto integrado de seguro saúde e assistência funeral e tinha aproximadamente 94.000 beneficiários em 2003. Existe o pagamento de co-participação em todos os benefícios de saúde cobertos. Além do produto integrado de microsseguro, a ServiPerú oferece o seguro automotivo, previdência e vida prestamista.

Shepherd
Instituições de microsseguro e microcrédito: Exemplos da Índia
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm e Namerta, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 15

A Shepherd, uma ONG indiana, foi criada em 1995 e opera no estado de Tamil Nadu. É uma rede de grupos autônomos e atua como facilitador ou intermediário entre os grupos e as instituições formais (tais como bancos). Ela oferece três produtos de seguro de vida, bem como produtos de seguro para rebanhos, morte

acidental, bens e saúde, e tinha aproximadamente 15.000 beneficiários em 2004. Seguindo o modelo sócio-agente, a Shepherd está ligada a duas companhias de seguros estatais, que assumem todo o risco dos produtos.

Sociedade para Serviços Sociais (SSS – Society for Social Services)
Microsseguro de saúde: Um estudo comparativo entre três exemplos em Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem e Nabil Ahmed, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 13

A Sociedade para os Serviços Sociais é uma ONG polivalente que fornece microcrédito e uma série de serviços sociais. Seu programa de seguro saúde, iniciado em 1996, atende a seis distritos secundários e possuía aproximadamente 27.000 famílias associadas em 2004. Ela oferece um produto anual de seguro para assistência a saúde. A adesão ao programa é compulsória para pessoas que obtêm empréstimos da ONG. O atendimento médico da SSS é fornecido através de um hospital urbano, 16 clínicas rurais e por profissionais de saúde. Existe pagamento em co-participação para determinados serviços, mas existe a possibilidade de subsídios integrais para os "ultra-pobres". Os serviços são prestados por profissionais de saúde da comunidade, por parteiras tradicionais e por profissionais médicos qualificados que, embora baseados no hospital urbano, deslocam-se periodicamente até as clínicas.

Spandana
Instituições de microsseguro e microcrédito: Exemplos da Índia
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm e Namerta, setembro de 2005, Estudo de Caso Nº 15

Spandana é uma ONG indiana criada em 1992. Ela opera, entre outros lugares, no município de Guntur e oferece microcrédito, tendo seguido inicialmente o modelo da Grameen, desenvolvendo depois seu próprio modelo de oferta de crédito. Ela começou a oferecer seus primeiros produtos de microsseguro em 1998. Em 1994, passou a oferecer um produto integrado para cobertura de vida prestamista, morte do cônjuge e de bens com um determinado limite. A morte e a destruição causadas por epidemias e desastres naturais foram excluídas da cobertura. O produto era compulsório para as pessoas que contraíam empréstimos na Spandana, e existiam aproximadamente 390.000 segurados em 2004. Seu programa de auto-seguro não foi regulamentado.

Fundo de Assistência Mútua Tao Yeu May (TYM – Tao Yeu May's Mutual Assistance Fund)
Fundo de Assitência Mútua TYM, Vietnam
Nhu-An Tran e Tan See Yun, junho de 2004, Estudo de Caso Nº 3

O Fundo de Assistência Mútua TaoYeu May é uma réplica do projeto da Grameen que foi lançado em 1993 pela União Vietnamita das Mulheres. Ele funciona basicamente nas províncias do norte. Seu principal negócio é microcrédito para mulheres, mas também tem oferecido um produto integrado de prestamista, saúde, invalidez e assistência funeral desde 1996. Havia aproximadamente 68.000 pessoas (devedores e cônjuges) seguradas pela TYM em 2004. O programa de microcrédito da TYM, operando na base de auto-seguro, visa a fornecer o suporte financeiro em períodos de crise; entretanto, não existe a pretensão de cobertura de todas as despesas associadas com a crise.

Seguradora de Vida Tata-AIG (*Tata-AIG Life Insurance Company*)
Tata-AIG Life Insurance Company Ltd., Índia
James Roth e Vijay Athreye, setembro de 2005, estudo de caso Nº l4

Tata-AIG é uma companhia de seguros de vida privada com fins lucrativos, organizada como um empreendimento misto entre um grande conglomerado indiano e o *American International Group*. A companhia iniciou suas operações de microsseguros em 200l para atender à regulamentação de seguro indiana e, atualmente, oferece três produtos opcionais de seguro e previdência através das ONGs e dos microagentes associados. Havia mais de 13.000 microssegurados em 2005. A Tata-AIG colaborou com mais de 50 ONGs e a maioria das vendas e serviços é feita através destas, diretamente ou indiretamente. Em seu modelo de microagente, a Tata-AIG recebe recomendações das ONGs sobre membros da comunidade que podem se tornar bons agentes para o produto de microsseguro (microagentes). A ONG então auxilia os agentes através de treinamento e suporte administrativo. Os produtos para pessoas de baixa renda da zona rural são opcionais.

Taytay Sa Kauswagan (TSKI)
Assistência técnica para a promoção do microsseguro: A experiência da Opportunity Internacional
Richard Leftley, junho de 2005, Estudo de Caso Nº 11

A Taytay Sa Kauswagan é uma ONG de microcrédito fundada em 1986. A organização oferece atualmente um seguro compulsório de vida e de prestamista para todos os tomadores de empréstimo através de uma companhia de seguros local. Aproximadamente 900.000 pessoas estavam cobertas em 2005.

TUW SKOK
TUW SKOK, Polônia
Craig Churchill e Terry Pepler, maio de 2004, Estudo de Caso Nº 2

A TUW SKOK é a principal provedora de seguro das uniões de crédito na Polônia. Seu antecessor foi criado em 1993 e a TUW SKOK iniciou suas operações em 1998. Ela oferece um produto de riscos patrimoniais, um produto de poupança e três produtos de morte acidental e invalidez, que podem ser considerados microsseguros. Ela tinha aproximadamente 93.000 segurados de baixa renda e um total de associados de aproximadamente 925.000 em 2003. Todos os produtos de microsseguros da TUW SKOK são vendidos como o seguro de grupo. A organização terceiriza muitas atividades tais como os serviços atuariais e as vendas, que são feitas através das uniões de crédito. Adicionalmente, a organização também oferece uma linha de produtos de seguro para as uniões de crédito, incluindo o seguro de depósito.

Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF)
L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière, Guiné
Bruno Gautier, Allan Boutbien e Bruno Galland, outubro de 2005, Estudo de Caso Nº 17

A Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière é uma rede de organizações mútuas de saúde. Estabelecida em 1999, a rede representa as MHOs nos negócios com seus vários parceiros. As MHOs oferecem os produtos de seguro saúde, que cobriam em torno de 14.000 pessoas em 2005. O foco dos produtos são os grupos de baixa renda rurais e urbanos. O seguro oferecido pelas MHOs cobre o custo de transporte para hospitais, cuidados de internação e em alguns pacotes até mesmo o cuidado a pacientes não hospitalizados. Os serviços de saúde cobertos são fornecidos somente em instalações públicas de saúde.

Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM)
L'Union Technique de la Mutualité Malienne, Mali
Klaus Fischer, Issa Sissouma, Ibrahima Hathie, agosto de 2006, Estudo de Caso Nº 23

A Union Technique de la Mutualité Malienne, uma organização superior das MHOs, foi criada em 1998 com o suporte da Mutualité Française. Trinta e duas MHOs são associadas à UTM, cobrindo aproximadamente 40.000 pessoas. O benefício de seguro cobre basicamente entre 60 e 75 por cento das taxas cobradas do usuário para acesso aos serviços oferecidos em instituições de saúde pública. Adicionalmente, a UTM também desenvolveu um produto padrão de microsseguro saúde que ela administra. As MHOs têm a opção de oferecer o pro-

duto padrão do seguro saúde ou produtos sob medida. Cada MHO é reconhecida legalmente como uma *mútua*, uma instituição independente de propriedade de seus associados. As MHOs são os principais provedores do seguro e tomadores do risco. A UTM é registrada como uma instituição mútua de segundo nível, de propriedade das MHOs associadas em primeiro nível. A UTM fornece o suporte às MHOs, atuando como intermediária entre as MHOs e outras partes interessadas, ajudando no desenvolvimento de novas MHOs, contratando prestadores de serviços de saúde e desenvolvendo novos produtos. A UTM também possui certa função supervisora sobre as operações das MHOs individuais.

Vimo SEWA – Associação de Mulheres Autônomas (Vimo SEWA – Self-Employed Women's Association)
VimoSEWA, Índia
Denis Garand, outubro de 2005, Estudo de Caso Nº 16

A Associação de Mulheres Autônomas é uma liga indiana para mulheres autônomas fundada em 1972 no estado de Gujarat. Ela criou um departamento especial para o seguro em 1992, a VimoSEWA, que atua como uma corretora de seguro. A VimoSEWA oferece um produto opcional de vida, saúde e bens que cobria mais de 110.000 pessoas em 2004. O produto de seguro oferecido pela VimoSEWA sofreu várias mudanças e agora é oferecido em parceria com duas companhias de seguros do setor privado.

Yeshasvini Trust
Yeshasvini Trust, Karnataka, Índia
Ralf Radermacher, Natasha Wig, Olga van Putten-Rademaker, Verena Müller e David Dror, novembro de 2005, Estudo de Caso Nº 20

A Associação Cooperativa de Serviço de Saúde de Agricultores Yeshasvini (*Yeshasvini – Co-operative Farmers Health Care Trust*) é uma instituição de caridade em Karnataka. As atividades de microsseguros da Yeshasvini se iniciaram em 2002, com a colaboração de autoridades estatais e cooperativas. Ela oferece seguro saúde, cobrindo aproximadamente 1,45 milhões de pessoas em 2004. Os benefícios são limitados, principalmente, à cirurgia, mas também incluem cuidados e exames de pacientes não hospitalizados, em determinadas circunstâncias. Os benefícios, que são fornecidos gratuitamente aos clientes, podem ser usados somente em hospitais associados credenciados. Certas atividades são terceirizadas, mas o risco é controlado internamente. A distribuição do produto é feita através das cooperativas locais.

Fundo Mútuo de Previdência Yasiru (***Yasiru – Mutual Provident Fund***)
ALMAO e YASIRU, Sri Lanka
Sven Enarsson e Kjell Wirén, outubro de 2005, Estudo de Caso Nº 22

O Fundo Mútuo de Previdência Yasiru (Yasiru) é um provedor de microsseguro no Sri Lanka, registrado como associação especial em 2000. O Yasiru estava inicialmente ligado ao ACCDC, uma rede de organizações de base comunitária em sete distritos, mas agora, a microsseguradora possui parcerias com diversas outras ONGs. O Yasiru oferece um produto de microsseguro integrado de acidente, invalidez, vida e internação, cobrindo aproximadamente 24.000 pessoas em 2004. O produto de microsseguro é voltado para toda a família, que pode escolher entre cinco níveis diferentes de cobertura.

Apêndice II

Sobre os autores

Mosleh Uddin Ahmed é um perito contador qualificado no Reino Unido e consultor independente em microsseguros e remessas de migrantes. Mosleh possui mais de 15 anos de experiência em microcrédito em Bangladesh, Índia, Paquistão, Nepal e Sri Lanka. Ele trabalhou como Diretor Vice-Presidente da Gono-Grameen Bima da Seguradora de Vida Delta, em Bangladesh e como auditor financeiro para o Programa de Emprego Rural (*Rural Employment Sector Programme – RESP*) em Bangladesh, um programa de atenuação da pobreza financiado pela SIDA. Atualmente, é Presidente do Centro de Pesquisa de Microsseguro – uma organização sem fins lucrativos baseada no Reino Unido e em Bangladesh. Ele é membro do Grupo Parlamentar dos Partidos do Reino-Unido sobre o Microfinanças (*UK All Party Parliamentary Group on Microfinance)*, do Clube de Microfinanças de Londres (*London Microfinance Club*) e do *PlanetFinance* do Reino Unido.

Gloria Almeyda começou sua carreira internacional em uniões de crédito (UC) na CUNA Mutual como estagiária da Universidade EAFIT em seu país de origem, a Colômbia. Mais tarde, ela entrou para as operações técnicas internacionais da WOCCU e trabalhou na América Latina, Ásia e África. Após seu retorno à Colômbia, ela se tornou Diretora-Executiva da EDUCONAL – uma corporação técnica da federação nacional das UC na Colômbia. Ela também liderou o programa de microempresas da Desarrollo Integral e colaborou com outras instituições relacionadas com a política, promoção e desenvolvimento de microempresas. Atualmente, ela é Coordenadora Regional para a América Central/Caribe e México, no Centro para Desenvolvimento e Educação Inter-Cultural (CIED) da Universidade de Georgetown.

Felipe Botero trabalha no setor de seguros há mais de 20 anos. Como especialista em tecnologia da informação, Felipe tem acompanhado a evolução da tecnologia desde os tempos do processamento noturno por lote e dos computadores *mainframe*, até hoje, com o processamento direto e o auto-atendimento dos clientes com base no advento mundial da Internet. Ao longo de sua carreira na MetLife, com sede na cidade de Nova York, Felipe tem dado suporte aos sistemas de vida, saúde, invalidez e anuidades. Ao cursar o programa de MBA em Finanças da Universidade de Nova York, Felipe ficou interessado em microfinanças e tem se dedicado ao desenvolvimento da prática do microsseguro na MetLife.

Grzegorz Buczkowski é o presidente da TUW SKOK, uma companhia de seguros mútua de riscos patrimoniais (desde 1997) e da TU SKOK Zycie SA, uma companhia de seguros de vida do sistema de uniões de crédito polonês (desde 2003). Ele possui 16 anos de experiência em uniões de crédito polonesas, tendo iniciado como Oficial de Relações Internacionais na Fundação Polonesa de Uniões de Crédito. Passou cinco anos como diretor da TU SKOK Benefit SA, uma operação conjunta de seguro da CUNA *Mutual Group* e da Fundação Polonesa de Uniões de Crédito. Buczkowski possui Mestrado em Literatura Inglesa e MBA pela Universidade de Gdansk, Polônia e MBA pela Universidade Strathclyde, Glasgow, Escócia. Em 2001, ele recebeu um dos primeiros prêmios da WOCCU – *Young Credit Union Professional Awards* (Prêmio Jovem Profissional de União de Crédito).

Doubell Chamberlain está à frente do Acesso à Prática de Serviços Financeiros da Genesis Analytics e possui Mestrado em Economia (cum laude) pela Universidade de Stellenbosch. Ao longo dos últimos cinco anos, ele já trabalhou em inúmeros projetos relativos ao desenvolvimento de estratégias para a extensão dos serviços financeiros (incluindo o seguro) para os pobres do sul da África e da análise e avaliação de impactos regulatórios sobre vários componentes do setor financeiro e não financeiro. Ele está atualmente conduzindo um estudo multinacional sobre o impacto da regulamentação da Prevenção à Lavagem de Dinheiro/Combate ao Financiamento do Terrorismo (AML/CFT) no acesso aos serviços financeiros em países em desenvolvimento, bem como um estudo de IDRC sobre o desenvolvimento dos princípios de regulamentação do microsseguro.

Arup Chatterjee é Vice-Diretor da *Insurance Regulatory And Development Authority* – IRDA (Autoridade de Regulação e Desenvolvimento de Seguro) da Índia e atualmente trabalha como Assessor para a *International Association of Insurance Supervisors* – IAIS (Associação Internacional dos Supervisores de Seguros), na Suíça. Além de licenciatura com grau de honra em Economia, ele possui mestrado em economia internacional e em negócios internacionais. Sua experiência inclui uma mistura rara de operações em seguros com a experiência em regulação e supervisão de seguros. Esta combinação tem ajudado na obtenção de uma visão profunda sobre desenvolvimento e regulamentação dos seguros em mercados emergentes.

Craig Churchill entrou para o Programa Social de Finanças da OIT, em 2001. Craig possui experiência em microfinanças tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, tendo anteriormente trabalhado para a *Get Ahead Foundation*, na África do Sul, para a ACCION *International*, para a *MicroFinance Network* e para a Calmeadow. Em sua posição atual, ele se concentra principalmente sobre o papel dos serviços financeiros que os pobres podem utilizar para gerenciar seus riscos e diminuir sua vulnerabilidade, incluindo o microsseguro. Ele atua como presidente Grupo de Trabalho sobre Microsseguro do CGAP e no conselho editorial do *MicroBanking Bulletin* e do *Journal of Microfinance*. Craig foi autor e editor de dezenas de artigos, monografias e notícias sobre vários temas de microfinanças, incluindo o microsseguro, a fidelização de clientes, desenvolvimento organizacional e gestão, governança, metodologias de empréstimo e regulação e supervisão.

Monique Cohen é presidente da Microfinance Opportunities, uma organização sem fins lucrativos fundada em 2002. É reconhecida como especialista sobre o mau uso de serviços financeiros e de avaliação de clientes, incluindo pesquisas de mercado e avaliação de impacto em microfinanças. A Dra. Cohen foi pioneira na introdução da educação financeira para as pessoas pobres nos países em desenvolvimento. Ela desenvolveu e dirigiu o projeto AIMS na USAID em Washington, onde atuou como Assessora Técnica Sênior no Instituto de Desenvolvimento de Microempresas, 1994-2002. Ela é co-autora com Jennefer Sebstad dos livros "Microfinanças, gestão de riscos e pobreza" e "Reduzindo a Vulnerabilidade: A procura por microsseguros". Frequentemente, a Dra. Cohen tem publicado artigos sobre microfinanças e leciona no Programa Boulder de Formação em Microfinanças. Monique Cohen é PhD pela Clark University, em Massachusetts.

David Dror tem uma experiência em segurança social que remonta a meados da década de 70, quando foi responsável pela negociação de um acordo global para a reforma do setor privado de empregadores em Israel e um sistema de indexação de salários de abrangência mundial. Ele também ocupou posições chave no Conselho do Instituto Nacional de Seguro e atuou como delegado para a Conferência Internacional do Trabalho (Genebra). De 1981 a 2003, Dror trabalhou para a OIT. A partir de 1989, seu trabalho se concentrou na aplicação do seguro saúde, como médico e, mais tarde, como pesquisador, incluindo o desenvolvimento inovador de opções pró-pobres para a ampliação do seguro saúde nos países de baixa renda. O conceito da "Social Re" que ele desenvolveu oferece uma nova abordagem para o financia-

mento sustentável da saúde comunitária. Desde sua aposentadoria na OIT, e com PhD e DBA, voltou-se para a docência em duas universidades, conduzindo e supervisionando pesquisas e a implementação do apoio técnico aos programas de seguro saúde para os pobres na Índia, África do Sul e outras regiões.

Iddo Dror é doutorando da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais da Universidade de Genebra, onde pesquisa a oferta de microsseguro de saúde nos países em desenvolvimento. Além da pesquisa, Iddo está ativamente envolvido no desenvolvimento de competências de gestão para organizações internacionais, notadamente através de um programa inovador de MBA com especialização em organizações internacionais (cf. www.iomba.ch) que ele ajudou a criar e ainda coordena.

Sven Enarsson (BA de Economia pela Universidade de Estocolmo) começou a trabalhar na cooperação para o desenvolvimento em 1970. Trabalhou em projetos na África por 15 anos, como trabalhador de campo, líder de projeto e representante regional do Centro Cooperativo Sueco. Empregado do Centro Cooperativo Sueco de 1986 a 2003, trabalhou principalmente no desenvolvimento de poupanças urbanas e rurais, cooperativas de crédito e poupança na África Oriental e Ocidental. Também apoiou cooperativas bancárias no Quênia e, ultimamente, tem estado envolvido com finanças e seguros cooperativos. Atualmente, Sven trabalha como consultor.

Klaus Fischer é professor de finanças da Universidade Laval, no Canadá. Sua pesquisa se concentra em instituições financeiras, com especial ênfase em intermediários financeiros mútuos, microfinanças e seguros nos países em desenvolvimento. Publica artigos em revistas acadêmicas e profissionais apresentando resultados fundamentais e aplicados à pesquisa. É importante ressaltar suas recentes atividades como líder de um projeto de três anos envolvendo pesquisadores da América do Sul, África e Ásia e, como principal pesquisador em esforços de pesquisa de um time patrocinado pelo Banco Mundial, tanto em relação a assuntos da rede de organizações quanto em relação à regulamentação e supervisão dos intermediários financeiros mútuos.

Benedicte Fonteneau é socióloga e pesquisadora sênior da Universidade Católica de Leuven (Bélgica). Suas áreas de pesquisa incluem organizações sem fins lucrativos, programas de microsseguro, HIV/AIDS, organizações de base comunitária, bem como o acesso à saúde e sistemas de saúde. Utilizando métodos de pesquisa fundamental e aplicada, ela analisa tópicos de criação e organização das associações que lidam com assuntos relacionados à saúde (por exemplo, o acesso ao atendimento de saúde, seguro saúde, prevenção e tratamento) e suas relações com o setor de saúde nos níveis micro (prestadores) e macro (autoridades sanitárias). Ela dá especial ênfase à influência da cooperação internacional neste contexto. Sua pesquisa está concentrada na África Ocidental.

Bruno Galland é Diretor de Pesquisa do CIDR na área de programas de microsseguro participativo e de desempenho dos serviços de saúde. O CIDR está envolvido no desenho, execução e avaliação de programas de microsseguro de saúde em vários países africanos. Ao documentar e analisar as experiências de tais programas, o CIDR contribui para aumentar o conhecimento e a competência dos agentes locais. Bruno Galland publicou diversos guias práticos e documentos, e organizou diversos treinamentos em outras organizações, incluindo o Ministério Francês para Assuntos Externos, a GTZ, a OIT/STEP e CGAP.

Denis Garand (FCIA, FSA) trabalhou por quase 20 anos para uma companhia de seguros cooperativa canadense como Atuário para Grupos, Diretor de Marketing e Vice-Presidente de Seguro em Grupo, e também como conselheiro para o desenvolvimento de seguradoras cooperativas. Desde 2001, Denis é consultor independente, com foco na indústria canadense de seguro em grupo e programas de microsseguros internacionais. Suas missões no Canadá incluem

análises, gestão de capital, treinamento, desenvolvimento de produtos, precificação, fusões, abertura de companhias de seguros e desenvolvimento do primeiro estudo canadense sobre a incidência da invalidez. Participou de missões internacionais para a BeringPoint, CGAP, OIT, GTZ, CCA e ICMIF na Índia, Paquistão, Nepal, Sri Lanka, Bangladesh, Filipinas, Benin, Ruanda e Barbados, relacionadas a todos os aspectos do microsseguro.

Christian Jacquier (engenheiro e PhD) é o coordenador do programa global da OIT "Estratégias e Ferramentas contra a Pobreza e a Exclusão Social" (www.ilo.org/step). Como especialista na extensão da proteção social, Jacquier ajudou a lançar o conceito de "microsseguro" em 1999, através de um artigo na revisão da ISSA (Dror-Jacquier). Atuou como o coordenador da Aliança Internacional para a Extensão da Proteção Social, composta pela OIT, ISSA, ICMIF, AIM, ICA, IHCO e WIEGO (www.social-protection.org) e é membro da WIEGO, uma rede global de pesquisa em matéria de política que visa à melhoria das condições dos trabalhadores pobres, especialmente mulheres, na economia informal.

Rudiger Krech (MPH, PhD) é o encarregado do Departamento de Proteção Social da GTZ. Entrou para a GTZ, em 2003 e é indicado para inúmeras forças tarefas nacionais e internacionais sobre proteção social, sendo também membro da delegação alemã na Comissão Econômica e Social das Nações Unidas. Entre 1992 e 2003 trabalhou no Serviço Regional da OMS para a Europa, onde coordenou a estratégia européia da OMS "Saúde para Todos no Século 21" e foi o ponto focal da OMS para a *Europe on Ageing*. Anteriormente, trabalhou em psiquiatria infantil antes de assumir uma posição como professor acadêmico para saúde no trabalho social em uma universidade alemã. Dr. Krech possui experiência profissional em ciências da educação, medicina e saúde pública.

Richard Lacasse é atualmente diretor do Programa para a América Latina e Caribe da SOCODEVI, uma ONG canadense especializada em desenvolvimento cooperativo na África, Ásia e América Latina. Com mestrado em gestão cooperativa, durante os últimos vinte anos, Richard Lacasse desenvolveu uma sólida experiência no planejamento e execução de programas de desenvolvimento e na construção de parcerias orientadas para o domínio local e o desenvolvimento econômico. Ele possui reconhecida experiência em desenvolvimento organizacional cooperativo, combinando as necessidades de uma sólida participação democrática e de governança com atividades econômicas viáveis.

Alexia Latortue lidera o trabalho do CGAP para a melhoria da eficácia do financiamento para o microcrédito. Gerenciou o *Microfinance Donor Peer Reviews*, em 2002, e agora oferece serviços estratégicos e técnicas para agências de financiamento. A Sra. Latortue tem escrito extensivamente sobre a eficácia da ajuda ao microcrédito. É o ponto focal para o Grupo de Trabalho sobre Microsseguro do CGAP. Anteriormente, a Sra. Latortue trabalhou com a *Development Alternatives, Inc.* Passou três anos no Haiti, gerenciando serviços técnicos para instituições financeiras e trabalhando em questões de infra-estrutura da indústria. A Sra. Latortue possui mestrado em desenvolvimento econômico na Escola de Direito e Diplomacia Fletcher, da Universidade de Tufts. Ela é fluente em francês, crioulo e alemão.

Richard Leftley entrou para a *Opportunity International*, em 2002, como gerente de desenvolvimento de produtos de seguro, tendo anteriormente trabalhado como corretor de resseguros na *Benfield Greig*. Richard foi pioneiro na introdução de produtos de seguro no âmbito da Rede Opportunity, com resultados impressionantes: no final de 2005, uma gama de produtos de seguro estava disponível para mais de 2,6 milhões de clientes da Opportunity e seus familiares na África, Ásia e América Latina. Em 2004, Richard se tornou Vice-Presidente de Planejamento e Operações e lidera uma equipe de consultores especializados para a prestação de assistência técnica a parceiros da Opportunity em 29 países. Durante 2005, a *Opportunity*

International lançou a Agência de Microsseguro para oferecer o acesso aos produtos de seguro a um maior número de clientes; como Presidente da agência, Richard criou a organização e está definindo sua orientação estratégica.

Dominic Liber é Diretor da *Quindiem Consulting* e atuário qualificado com vários anos de experiência no desenvolvimento de produtos de seguro de vida, gestão de riscos, e estratégia para seguradoras, resseguradoras, empresas, ONGs, microfinanceiras, membros da indústria e outras empresas de consultoria. Ele tem estado amplamente envolvido no desenvolvimento de soluções para riscos de mercados de baixa renda, bem como no desenvolvimento de modelos de preficicação para uma série de riscos de saúde, invalidez, vida e empresariais, incluindo riscos relacionados com a AIDS. Atua como representante do Comitê de AIDS da Sociedade Atuarial da África do Sul e é autor de diversos manuais e guias de gestão de riscos em microsseguros e microcrédito.

Roland Lindenthal está no momento licenciado do Ministério Alemão para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (BMZ). De 2003 a 2005, foi Consultor Sênior para política social e política de mercado de trabalho e emprego no *United Nation Support Facility for Indonesian Recovery* – UNSFIR (Suporte das Nações Unidas à Recuperação da Indonésia). Antes desta nomeação, chefiou o Departamento de Governança do PNUD no Zimbábue (2001-2002) e foi Vice-Chefe da Divisão das Nações Unidas no BMZ (1996-2000). De 1991 a 1996, trabalhou para o Departamento de Desenvolvimento Empresarial da OIT em Genebra. Lindenthal possui mestrado em Economia.

Philippe Marcadent é Coordenador Técnico do Programa da Organização Internacional do Trabalho, "Estratégias e Instrumentos contra a Exclusão Social e a Pobreza" (STEP). Também é encarregado da política de desenvolvimento para a economia informal do Departamento de Seguridade Social da OIT. Ele lidera o desenvolvimento de pesquisas, políticas e projetos, a produção de instrumentos e publicações, bem como o fornecimento de pareceres técnicos relacionados com a extensão da proteção social. Antes de entrar para o Programa da STEP em 1998, trabalhou durante 12 anos como especialista em vários programas de cooperação técnica que visam a combater a pobreza na África e na América Latina. Ele é economista especializado em desenvolvimento.

Michael J. McCord é Presidente do *MicroInsurance Centre*, uma organização dedicada à criação de parcerias para oferta de produtos de seguros especialmente desenvolvidos para mercados de baixa renda. Michael combina sua experiência como auditor de um banco comercial americano, CEO de uma MFI em Uganda, Diretor Regional de programas de microcrédito na África e, agora, no *MicroInsurance Centre*, para oferecer seu conhecimento profundo sobre desenvolvimento e gestão de produtos de microsseguros. Suas especializações incluem o desenvolvimento institucional, desenvolvimento de novos produtos, e avaliação e análise de programas de microsseguro. Tem escrito vastamente sobre microsseguro e também sobre temas variados como piloto de testes, implantação e retroalimentação para instituições de microcrédito, contabilidade e de análise das MFI e sobre a função das leis.

Gerry Noble (MB, DCH, DObs, DTM&H) é um médico irlandês e especialista no financiamento de saúde, com dez anos de experiência em gestão e desenvolvimento de sistemas de saúde na África sub-saariana. Fundou a Microcare, uma microsseguradora de saúde que disponibiliza produtos de saúde de qualidade acessíveis aos grupos de baixa renda em Uganda. Uma rede central de banco de dados Oracle com balcões de *check-in* nas clínicas e cliente com *SmartCards*, a Microcare integra a verificação *on-line* da identidade do cliente e o processamento de sinistros em tempo real com a gestão centralizada de seguros. Isso evita a fraude, contempla o gerenciamento de custos e monitora a qualidade dos cuidados de saúde.

Zahid Qureshi é Presidente da *International Development & Communication Services, Inc.* (ID&CS). Sua experiência inclui 23 anos em um grupo de empresas de seguros e serviços financeiros na América do Norte e 12 anos de desenvolvimento de seguros em vários mercados para a ICMIF, uma organização internacional com sede na Europa que possui seguradoras associadas em cerca de 70 países. Sua entrada no trabalho de desenvolvimento ocorreu em São Francisco, como estagiário na *The Asia Foundation*, que promove instituições democráticas e de auto-ajuda. Anteriormente, ele atuou como editor em dois jornais diários. Zahid possui mestrado em jornalismo (com ênfase em relações internacionais) e em Literatura Inglesa.

Ralf Radermacher é economista da Universidade de Colônia, na Alemanha. Trabalhando no Departamento de Estudos Cooperativos, ele está envolvido em pesquisa e ensino nas áreas de seguro saúde para os pobres, instituições de microcrédito e cooperativas. Em sua pesquisa, ele combina métodos qualitativos e quantitativos, bem como economia experimental. Seu principal interesse é o microsseguro saúde; o foco atual do seu trabalho é a Índia. Ralf Radermacher também trabalha como consultor autônomo na área de microsseguros.

Gabriele Ramm gerencia a parceria público-privada de microsseguro entre a Allianz e a GTZ na Índia e na Indonésia. Como consultora sênior da GTZ, ela tem focado a proteção social na economia informal e no microsseguro. Anteriormente, Gaby Ramm foi Diretora de Programa da GTZ na Índia, conduzindo projetos de redução da pobreza, que incluíam microcrédito e microsseguros. Seu trabalho anterior para a Fundação Friedrich Naumann no Nepal e no Paquistão incluía projetos sobre as relações laborais, seguridade social, descentralização política e treinamento de jornalistas ambientais. Ela também trabalhou para a televisão alemã (WDR), a Fundação para o Desenvolvimento Internacional (agora *InWent*) e na Associação Alemã de Educação para Adultos. Gaby tem publicado vários estudos e artigos sobre microsseguro / proteção social e alfabetização visual. Ela possui mestrado em Ciências Políticas/comunicação de massa e engenharia.

James Roth tem focado seu trabalho no desenvolvimento de serviços financeiros para os pobres. Seu doutorado na Universidade de Cambridge se concentrou na variedade e profundidade dos serviços financeiros disponíveis para os pobres em municípios Sul Africanos. Posteriormente seu trabalho incidiu sobre a seleção, pesquisa e promoção de instrumentos e instituições financeiros inovadores. Ele tem auxiliado governos e organizações doadoras no desenvolvimento de políticas conducentes para uma setor financeiro inclusivo, incluindo trabalhos em fundos garantidores de crédito, microcrédito e microsseguro. De 2000 a 2004, trabalhou para o Programa de Financiamento Social OIT em Genebra. Em 2004, ele foi o Diretor de Assistência Técnica em um projeto de microsseguros em Bangalore, Índia, financiado pela GTZ e a OIT. Atualmente, ele é sócio do *The Microinsurance Centre*, uma empresa de consultoria especializada.

Stuart Rutherford é pesquisador, escritor e professor de microcrédito há vinte e cinco anos. Seu interesse está em compreender como as pessoas pobres gerenciam seu dinheiro, daí o título de seu trabalho mais conhecido "Os pobres e seu dinheiro". Ele tem lecionado no Programa de Formação em Microfinanças Boulder e no Instituto para o Desenvolvimento de Políticas e Administração na Universidade de Manchester, no Reino Unido, onde é professor convidado. Viveu por muitos anos em Bangladesh, onde foi membro do conselho da *Association for Social Advancement* – ASA, e fundou a SafeSave, uma MFI altamente flexível que oferece serviços financeiros a moradores de comunidades carentes. Atualmente, está pesquisando a Grameen II, uma recente e grande reformulação dos produtos do Grameen Bank e vive no Japão.

Priyanka Saksena é economista de saúde. Obteve licenciatura na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e graduou-se na Universidade McGill. Sua pesquisa, até agora, tem se concentrado na modelagem de sistemas de seguro saúde social e no custeio de programas de microsseguros de saúde.

Valerie Schmitt-Diabate é especialista em proteção social do programa da OIT/STEP, lidando com questões técnicas relacionadas com o desenho, implementação e gestão de sistemas de microsseguro. Baseada em Genebra, ela trabalha em estreita parceria com equipes da STEP na África e na Ásia. Ela também é responsável (com uma equipe de peritos de microsseguros e peritos de ICT) pelo desenvolvimento de uma plataforma eletrônica para microsseguro e proteção social, que fornece ferramentas técnicas e oportunidades para a troca de experiências entre os profissionais. Antes de entrar para a STEP em 2003, Valerie trabalhou no setor de seguro saúde na França. Ela é graduada na *Hautes Études Commerciales* (Jouy-en-Josas, França) e possui mestrado em economia na Delta (Paris, França).

Jennefer Sebstad é especialista em desenvolvimento com 25 anos de experiência na África e na Ásia em programas para expansão da renda, do emprego e oportunidades para construção de ativos para pessoas de baixa renda. Trabalhou como pesquisadora, avaliadora e doadora nas áreas de microcrédito, desenvolvimento de empresas e programas de sustento. Seu último trabalho incluiu a pesquisa sobre a demanda por microsseguro no Nepal, Quênia, Tanzânia e Uganda, o desenvolvimento de guias para a pesquisa sobre a demanda por microsseguro e educação financeira relacionada com a gestão de riscos e seguros. Ela possui mestrado em planejamento urbano na UCLA e licenciatura na Universidade de Michigan.

Sabine Trommershäuser é Especialista Sênior do Departamento de Proteção Social da GTZ e coordena projetos no campo do microsseguro. Ela ingressou na GTZ em 1997como especialista no mercado de trabalho na Europa Oriental e foi chefe do Departamento de Proteção Social da GTZ até sair em licença-maternidade em 2004. Anteriormente, trabalhou no Programa Internacional da OIT para a Erradicação do Trabalho Infantil (IPEC), em Genebra, na Suíça e para o Banco Cooperativo Alemão em Frankfurt, na Alemanha. Estudou Economia na Universidade de Giessen e possui pós-graduação no Instituto para a Economia Mundial de Kiel, na Alemanha.

Thomas Wiechers está estudando para o seu mestrado em Economia na Universidade de Marburg, Alemanha. Ele é estudante pesquisador no projeto "Fortalecendo as Unidades de Microsseguro Saúde para os Pobres da Índia" e trabalha como autônomo para a GTZ no campo do microsseguro, da proteção social e do desenvolvimento de sistemas financeiros. Estudou administração empresarial na Universidade de Colônia, na Alemanha e trabalhou em várias organizações e empresas no campo do intercâmbio da juventude internacional, desenvolvimento sustentável e responsabilidade social das empresas como voluntário e ou autônomo.

Martina Wiedmaier-Pfister é participante ativa do Grupo de Trabalho sobre Microsseguro do CGAP por conta de um projeto setorizado da GTZ sobre desenvolvimento de sistemas financeiros encomendados pelo BMZ. Em 2003, ela desenvolveu estudo sobre a "Regulação e Supervisão de Microsseguro", seguido de um estudo nacional sobre microsseguros realizado no Sri Lanka. Nesta função, ela representa atualmente a GTZ nos fóruns internacionais e na cooperação com a Associação Internacional dos Supervisores de Seguros (IAIS), bem como com outras agências de apoio dedicadas ao microsseguros. Sua contribuição para este livro ocorreu por indicação da GTZ. Ela possui mestrado em gestão empresarial e trabalhou durante dez anos no setor bancário cooperativo na Alemanha antes de se dedicar ao desenvolvimento de sistemas financeiros nos países em desenvolvimento em 1992.

John J. Wipf trabalhou para uma seguradora cooperativa canadense de 1988-1997, nos departamentos Atuarial em Grupo e Atuarial Empresarial. Durante esse tempo ele também realizou várias missões como Consultor Atuarial nas Filipinas para uma seguradora cooperativa e como Assessor Regional na Ásia para a ICMIF. Desde 1997, John vive nas Filipinas e trabalhou como Consultor Atuarial em vários projetos de microsseguro nas Filipinas, Gana, Indonésia, Viet-

nam, Camboja e Índia. Ele é especialista em modelagem atuarial, desenho de produtos e precificação, desenvolvimento atuarial e softwares de administração e planejamento de negócios de microsseguro. John também tem se envolvido em vários projetos para estudo de invalidez de longo prazo no Canadá.

Kjell Wirén vive em Estocolmo, Suécia. Depois concluir seu bacharelado na Universidade de Uppsala, Kjell entrou para a Folksam em 1971. Na Folksam, ele tem trabalhado principalmente com seguros gerais, com exceção dos quatro anos que passou na Divisão de Vida. Em 1985, foi nomeado Gerente de Produto não-vida e em 1993 passou a ser responsável por todos os Seguros Gerais na Folksam. Durante seu período na Folksam, Kjell também esteve envolvido como consultor no trabalho de desenvolvimento da Folksam na África Oriental e Ocidental. Atualmente, Kjell trabalha como Consultor Sênior para o CEO e é também responsável pelas atividades internacionais da Folksam. Kjell é autor, juntamente com Sven Enarsson, de dois estudos de casos em microsseguros, no Malauí (2004) e no Sri Lanka (2005).

Bibliografia

African Reinsurance Corporation (Africa Re). 2003. Annual Report, em: www.africa-re.com (acessado em 3 de março de 2006).

Ahmed, M.; Islam, S.; Quashem, M.; Ahmed, N. 2005. *Health microinsurance: A comparative study of three examples in Bangladesh,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 13 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Ahuja, R.; Jütting, J. 2004. "Are the poor too poor to demand health insurance?", no *Journal of Microfinance* (Provo, UT), Vol. 6, No. 1.

Albrecht, P. 1992. *Zur Risikotransformations-theorie der Versicherung: Grundlagen und Ökonomische Konsequenzen* (Karlsruhe, Veröffentlichungen des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim), Vol. 40.

Aliber, M. 2001. "Rotating savings and credit associations and the pursuit of self-discipline", em *African Review of Money Finance and Banking,* Vol. 51, No. 72.

Almeyda, G.; de Paula Jaramillo, F. 2005. *La Equidad Seguros, Colombia,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 12 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing resources for health: The case of user fees revisited,* CMH Working Paper Series, No. WG3: 6 (Geneva and Cambridge, MA, Commission on Macroeconomics and Health), em: www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf.

Asian Development Bank (ADB). 1997. *Governance: Sound development management – The elements of good governance* (Manila).

Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African Countries* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

–. 1999. "Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, nonprofit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon", em *Social Science and Medicine,* No. 48, pp. 881-896.

–; Sock, M. 2000. *An external evaluation of the Nkoranza Community Health Financing Insurance Scheme, Ghana,* Technical Report No. 50, Mar. (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

–; Diop F.; Bennet S. 2005. *Determinants of the financial stability of mutual health organisations: A study in the Thiès region of Senegal* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

Bennett, S. 2004. "The role of community-based health insurance within the health care financing system: A framework for analysis", em *Health Policy and Planning,* Vol. 19, No. 3, pp. 147-158.

Bennis, W. 1993. *Beyond bureaucracy: Essays on the development and evolution of human organization* (San Francisco, CA, Jossey Bass Wiley).

Bester, H., Chamberlain, D., Hawthorne, R., Malherbe, S., Walker, R. 2004. "Making insurance markets work for the poor in South Africa", estudo de escopo (Johannesburg, Genesis Analytics).

Brown, W.; Churchill, C.F. 1999. *Providing insurance to low income households – Part I: A primer on insurance principles and products* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.).

–; –. 2000. *Providing insurance to low income hollseholds – Part II: Initial lessons from microinsurance experiments for the poor* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.).

–; Green, C.; Lindquist, G. 2000. *A cautionary note for microfinance institutions and donors considering developing microinsurance products* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.), em: www.usaidmicro.org/pdfs/mbp/a_cautionary_note_for _microfinance_institutions.pdf.

Burke, W.W. 1992. *Organization development: A process of learning and changing* (Reading, MA, Addison-Wesley), 2ª. edição.

Busse, R. 2002. "Role of subsidies in microinsurance: Closing the 'recovery gap'", em D. M. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, World Bank; Geneva, OIT), pp. 277-291.

Carrin, G. 2002. "Social health Insurance in developing countries: A continuing challenge", em *International Social Security Review,* Vol. 55, No. 2.

Centre for MicroFinance (CMF). 2005. *Fifth Semi-Annual Report on Pilot Testing of Microinsurance Services to Poor Clients of MFIs in Nepal (Kathmandu),* Fev.

Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). 2003. *Programme expérimental d'assurance maladie du GRET au Cambodge – Mission d'evaluation* (Autrêches), julho 2005.

Chamberlain, D.; Smith, A.; Walker, R. 2006. *Distribution of insurance through retail outlets:South African case study* (Johannesburg, Genesis Analytics).

Chemonics. 2006. "Catching the technology wave: Mobile phone banking and text-a-payment in the Philippines", em: http://www.chemonics.com/projects/content/GCash.pdf.

Churchill, C. 2005. "What is microinsurance?", apresentação na Conferência de Microsseguros, Munich Re Foundation and CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Germany, Out.

–; Liber, D.; McCord, M. J.; Roth, J. 2003. *Making insurance work for microfinance institutions: A technical guide to developing and delivering microinsurance* (Geneva, OIT).

–; Pepler, T. 2004. *TUW SKOK, Poland,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 2 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Frankiewicz, C. 2006. *Making microfinance work: Managing for improved performance,* (Geneva,OIT).

Cohen, M.; McCord, M. J.; Sebstad, J. 2003· *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa* (Nairobi, MicroSave-Africa).

–; Sebstad, J. 2005. "Reducing vulnerability: The demand for microinsurance", no *Journal for International Development,* Vol. 17, 3ª edição), pp. 397-474.

Concertation. 2004. "Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique: synthèse des travaux de recherche dans II pays" (Dakar, La Concertation).

Consultative Group to Assist the Poor (CGAP) Working Group on Microinsurance. 2003. "Preliminary donor guidelines for supporting microinsurance", resumo, 8 de Out. 2003, em: www.microfinancegateway.org/files/13836_Dra_fc_Donor_Guidelines.pdf.

–. 2004. *Building inclusive financial systems: Donor guidelines on good practice microfinance* (Washington, DC.), em: www.cgap.org/docs/donorguidelines.pdf.

Cook, T.; CGAP staff. 2005. "Maximising aid effectiveness in microfinance", Donor Brief No. 22 (Washington, DC, CGAP), em: www.cgap.org/docs/DonorBrief_22.pdf.

Co-operators Group, Ltd. 2005. Board of Directors Manual (Canada).

Criel, B.; Aïssatou, N.B.; von Roenne, F. 2002. *Le projet PRIMA en Guimée Conakry: Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (Bruxelas, Medicus Mundi/Ministere de la Sante Publique de Guinee/GTZ/DGCI, IMT).

Defilippis, J. 2001. "The myth of social capital in community development", em *Housing Policy Development,* Vol. 12, No. 4, pp. 781-806.

Dercon, S. (ed.). 2005. *Insurance against poverty* (Oxford, Oxford University Press).

Derriennic, Y.; Wolf, K.; Kiwanuka-Mukiibi, P. 2005. *An assessment of community-based health financing activities in Uganda* (Bethesda, USAID/PHRplus).

Department for International Development/ Financial Deepening Challenge Fund (DFID/FDCF). 2004. *Support for development of pro-poor insurance,* Theme Paper No.2, Maio.

Develtere, P.; Doyen, G.; Fonteneau, B. 2004. *Microinsurance and health care in developing countries* (Leuven, CERA Foundation).

Dixon, A.; Langenbrunner, J.; Mossialos, E. 2002. "Facing the challenges of health care financing", anais preparados para a USAID Conference "Ten Years of Health Systems Transition in Central and Eastern Europe and Eurasia", Washington, DC, Julho.

Dkhimi, F. 2005. *Les mutuelles de santé: Une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain. Le cas du projet CIDR en Tanzanie,* Mémoire de DESS Développement (Coopération et Action Humanitaire), Université Paris I Panthéon Sorbonne.

Dror, D. 2001. "Reinsurance of health insurance for the informal sector", em *Bulletin of the World Health Organization* (Geneva), No. 79, pp. 672-678.

–; Jacquier, C. 1999. "Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded", em *International Social Security Association Review* (Geneva), Vol. 52, No.1, Jan.-Mar., pp. 71-97.

–; Preker, A. (eds.). 2002. *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, World Bank; Geneva,OIT).

–; Armstrong, J.; Kavalakonda, V. 2005a. "Why micro health insurance units cannot forego reinsurance", em *Journal of Insurance and Risk Management,* Vol. IV, No. 07, pp. 2-29.

–; Soriano, E. et al. 2005b. "Field based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in Philippines", em *Health Policy,* Vol. 73, Issue 3,8 Set., pp. 263-271.

Dtilfer, E. 1995. *Betriebswirtschaftslehre der Genossenschaften und vergleichbarer Kooperative* (Göttingen), 2ª edição.

Enarsson, S.; Wiren, K. 2005. *MUSCCO, Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No.8 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; –. 2006. *ALMAO and YASIRU, Sri Lanka,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 21 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Eschenburg, R. 1972. "Genossenschaftstheorie als Konflikttheorie", em E. Boettcher (ed.): *Theorie und Praxis der Kooperation: Schriften zur Kooperationsforschung* (Tübingen), A. Studien, Vol. 3, pp. 55-71.

Esman, M.; Uphoff, N. 1984. *Local organizations: Intermediaries in rural development* (Ithaca, NY; London, Cornell University Press).

Farr, J. 2004. "Social capital: A conceptual history", em *Political Theory,* Vol. 32, No.1, pp. 6-33.

Fernando, N. 2004. *Micro success story? Transformation of nongovernmental organizations into regulated financial institutions* (Manila, ADB).

Financial Diaries. 2005. "Investigating the financial lives of the poor" (Johannesburg, FinMark Trust), em: www.financialdiaries.com.

Financial Sector Charter. 2003 (África do Sul).
Financial Services Board. 2003. Insurance Amendment Act, 2003 (África do Sul).

FinMark Trust. 2006. "Preliminary principles for expanding consumer financial literacy in South Africa", em: www.finmark.org.za/ documents/ 2006/FEBRUARY/C_ CFinLit.pdf.

Fischer, K.; Sissouma, I.; Hathie, I. 2006a. *L'Union Technique dela Mutualité Malienne, Mali,* CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices, Case Study No. 23 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Hathie, I., Sissouma, I. 2006b. *Mutual health insurance, CRMST, Senegal,* CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices, Case Study No. 24 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Fokoma, F. 2004. "Assessment of the demand for micro insurance products in Sri Lanka: Microinsurance a safety net in risky waters. Documentação do progresso e desenvolvimento da Yasiru Mutual Provident Society. Uma iniciativa de microsseguros da ONG SLPSM, do Siri Lanka, Rabobank Foundation and Interpolis" (Rabobank Foundation: Columbo/ Utrecht), mimeo.

Fonteneau, B. 2004. *Les défis des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest* : *cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité* (Bruxelas,VLIR-DGIS).

Fonteneau, B. et al.. 2004. *Processus d'appui ala dynamique de développement des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest,* Programme STEP-OIT, Papéis de trabalho (Geneva).

Galland, B. 2005a. "Contribution des ménages a faibles revenues pour la micro assurance maladie" (CIDR). Draft.

–. 2005b. "Micro insurance management mutual health organizations: Operational issues", apresentação na Conferência de Microsseguros, Munich Re Foundation and CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Alemanha; Out.

Garand, D. 2005. *VimoSEWA, India,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study No. 16 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Gautier, B.; Boutbien, A.; Galland, B. 2005. *L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière, Guinea,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 17 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Genesis Analytics. 2005. *A regulatory review of formal and informal funeral insurance markets in South Africa* (Johannesburg, FinMark Trust).

Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2005. *Social health insurance: A contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection,* Discussion Paper, Division 4300, Health, Education and Social Protection, Sector Project "Systems of Social Protection", Eschborn, Nov.

–; International Labour Office (OIT); World Health Organization (OMS). 2005. "Evaluation report – PhilHealth organized Group Interface (POGI)" (Geneva).

Goodwin-Groen, R. 2003. *The 7 C's for improving technical service delivery to microfinance institutions* (Washington, DC, SEEP Network).

–; CGAP staff; Ritchie, A. 2005. "Building capacity for retail microfinance", Donor Brief No. 24 (Washington, DC, CGAP), at: www.cgap.org/docs/DonorBrief_24.pdf.

Guérin, O. 2006. *AssEF, Benin,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 20 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Hanel, A. 1992. *Basic aspects of cooperative organizations and cooperative self-help promotion in developing countries* (Marburg).

Herrera, C.; Miranda, B. 2004. *Columna, Guatemala,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. j (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Holst, J. 2005a. *Health microinsurance: A comparison of four publicly run schemes, Latin America,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 18 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–. (ed.). 2005b. *Protefao Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS – Atuais desafios e perspectives dos sistemas de saúde na America Latina e no Caribe/Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA Actuales desafios y perspectives de los sistemas de salud en America Latina y el Caribe* (Eschborn/Brasilia, GTZ/PAHO/OIT/Ministério de Saúde).

Huber, G.; Hohmann, J.; Reinhard, K. 2003. *Mutual health organizations (MHO) – five years experience in West Africa: Concerns, controversies and proposed solutions* (Eschborn, GTZ, Division 4300, Health, Education, Social Security – Social Health Insurance in Developing Countries).

Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA). 2002. *Insurance Regulatory and Development Authority* (Obligations of Insurers to Rural Social Sectors) Regulations (Hyderabad).

–. 2005. *Insurance Regulatory and Development Authority, Microinsurance Regulations* 2005, IRDA/M1/3/2005 (Hyderabad).

Inter-American Development Bank (IADB). *1999. Domestic violence against women,* Technical Note No.7 (Washington, DC).

International Alliance for the Extension of Social Protection. 2005. *The Geneva Consensus* (Geneva).

International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF). 2005. *Lessons learnt the hard way,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No.6 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

International Labour Office (OIT). 2000. *World Labour Report: Income security and social protection in a changing world* (Geneva).

–. 2001. *Social security: A new consensus* (Geneva).

–. 2002a. *Decent work and the informal economy,* Report VI, International Labour Conference, 90th Session (Geneva).

–. 2002b. *Women and men in the informal economy: A statistical picture* (Geneva).

–. 2002C. *Social security: Standards for the XXIst Century* (Geneva, OIT International Labour Standards Department).

–. 2003/2004. *Consolidated database of the inventories of micro insurance schemes* (Geneva, OIT/STEP).

–. 2004. India: *An inventory of micro insurance schemes* (Geneva, OIT/STEP).

–. 2005p. *Community-based schemes. India: An inventory of microinsurance schemes* (Geneva, OIT/STEP).

–. 2005b. *Social protection as a productive factor,* paper for the Governing Body, Committee on Employment and Social Policy, 294th Session (Geneva).

–. 2006a. *The end of child labour: Within reach.* Global Report under the Follow-up to the OIT Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work 2006, International' Labour Conference, 95th Session (Geneva).

–. 2006b. *Changing the paradigm: Social security as global social investment* (Geneva, OIT Social Security Department).

– (OIT/STEP); GTZ. Forthcoming. *The role of micro-insurance as a tool to face risks in the context of social protection.*

Jakab, M; Krishnan, C. 2004. "Review of strengths and weaknesses of community financing", in A.Preker and G. Carrin: *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* (Washington, World Bank).

Jamison, D.; Breman, J.; Measham, A.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D.; Jha, P.; Mills, A.; Musgrove, P. (eds.). 2006. *Priorities in health* (Washington, DC, World Bank), at: http:// media.worldbank.org/secure/dcpp/pdf/complete.pdf.

Jütting, J. 2002. *Social risk management in rural areas of low-income countries: An economic analysis of community-based health insurance schemes* (Bonn, University of Bonn, Faculty of Agriculture).

–. 2003. "Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from rural Senegal", in *World Development,* Vol. 32, No.2, PP.273-288.

Kasten, E. 2004. "Agriculture and agricultural insurance", apresentação para a ICMIF Agricultural Insurance Network, Tunis, Tunisia.

Kiwara, M.; Fungu, H. 2005. "Microfinance in micro health insurance schemes: Experiences from Tanzania", em *Journal of Insurance and Risk Management,* Vol. IV, No.7, Dez.

Kovan, R. 2006. *Strategies for unions to provide benefits and financial services to workers: case studies from the US experience,* Social Finance Programme Working Paper (Geneva, OIT).

Laidlaw, A.F. 1974. "The cooperative sector: Intersectoral relationships – Applying the cooperative sector concept in different countries and economic systems", apresentação para o instituto de liderança, University of Missouri.

Latortue, A.; Cohen, M.; McCord, M.; Churchill, C.; CGAP staff. 2003. "Microinsurance: A risk management strategy", Donor Brief No. 16 (Washington, DC, CGAP), at: www.cgap.org/docs/DonorBrief_16.pdf.

Leach, J. 2005. "The regulator's dilemma", apresentação na Microinsurance Conference, Munich Re Foundation and CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Alemanha, Out.

Leftley, R. 2002. *An overview of insurance product design within the opportunity international network,* Opportunity International, Technical Services Division (mimeo).

–. 2005. *Technical assistance for the promotion of micro insurance: The experience of Opportunity International,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study, No. II (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Manje, L. 2005. *Madison Insurance, Zambia,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No.10 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Manski, C. 2000. "Economic analysis of social interactions", em *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 14, No. 3, Summer, PP.115-136.

Matul, M. 2004. *Understanding demand for micro-insurance in Georgia* (Warsaw, Microfinance Center).

–. 2006. *Market for microinsurance in Ukraine:Low-income households needs and market development projections* (Warsaw, Microfinance Center).

–; Tounitsky, V. 2006."The market for microinsurance in Ukraine" (Warsaw, Microfinance Center) draft.

Mayoux, L. 2005. *Microinsurance Newsletter* (CGAP Working Group on Microinsurance), N.7, Junho.

McCord, M.J. 2000. "Microinsurance: A case study of an example of the mutual model of micro insurance provision, UMASIDA" (Nairobi, MicroSave).

–. 2001. *Microinsurance: A case study of an example of the provider model of microinsurance provision: GREY, Cambodia* (Nairobi, MicroSave).

–. 2004. *An example of systematic new product development for life microinsurance,* MicroInsurance Centre Briefing Note No.4.

–. 2005. "Microinsurance: Sustainable risk management for the low income market", paper presented at the Financial Sector Development Conference, 23-24 Junho.

–; with Mutesasira, L; Mukwana, P; Sekiranda, A. 2000. *Microinsurance in Uganda: A case study of an example of the partner-agent model of micro insurance provision – AIG/FINCA Uganda-Group Personal Accident Insurance* (Nairobi, MicroSave).

–. Hashemi, S.; Isern, J. 2001. *Microinsurance: A case study of an example of the full service model of mtcroinsurance provision, SelfEmployed Women's Association* (SEWA – India) (Nairobi, MicroSave).

–; Buczkowski, G. 2004. *CARD MBA, The Philippines,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 4 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Churchill, C. 2005. *Delta Life, Bangladesh,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 7 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Botero, E; McCord, J.S. 2005a. *AIG Uganda: A member of the American International Group of companies,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No.9 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Ramm, G.; McGuinness, E. 2005b. *Microinsurance demand and market prospects: Indonesia. UNDP-GTZ-Allianz Group* (The Microinsurance Centre) mimeo.

Mekong Economics Ltd. 2003. *The demand for risk managing financial services from poor women in Tural areas: The case of Vietnam* (Hanoi, OIT), final report.

Microfinance Information eXchange (The MIX). www.mixmarket.org acessada em 21 de Abril de 2006

MicroSave Briefing Note No.6. (undated). "The relative risks to the savings of poor people", em: www.microsave.org.

Millinga, A. 2002. *Assessing the demand for microinsurance in Tanzania* (Nairobi, MicroSave-Africa).

Morduch, J. 2006. "Microinsurance: The next revolution?" em A. Banerjee, R. Benabou and D. Mookherjee (eds.): *What have we learned about poverty?* (Oxford, Oxford University Press).

Munich Re Foundation; CGAP Working Group on Microinsurance; International Labour Office (OIT). 2006. *Summary Report of the 2005 Microinsurance Conference "Making Insurance Work for the Poor: Current Practices and Lessons Learnt",* organizado pela Munich Re Foundation e CGAP Working Group on Microinsurance, Munich, Schloss Hohenkammer, 18-20 de Out. de 2005.

Musau, S.N. 1999. *Community-based health insurance: Experiences and lessons learned from East Africa* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

Neumann, M. 1973. "Konflikt- oder Harmonietheorie der Genossenschaften", em *Zeitschrift fur das gesamte Genossenschaftswesen,* Vol. 23, No. 1, pp. 46-62.

Newbrander, W.; Brenzel, L. 2002. "Creating a favorable market environment for microinsurance at the community level", em D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, World Bank; Geneva, OIT), pp. 303-312.

Organisation for Econornic Co-operation and Development (OECD). 2004. *Principles of corporate governance* (Paris).

Perez, I. 1999. *Estudio de caso: Regimen subsidiado de salud, empresa solidaria de salud "Co-Esperenza"* (Boyaca, Colombia, OIT/STEP).

Piron, L. 2004. *Rights-based approaches to social protection* (London, ODI).

Porteous, D. 2004. *Making financial markets work for the poor* (Johannesburg, FinMark Trust).

Portes, A. 1998. "Social capital: Its origins and applications in modern sociology", in *Annual Review of Sociology,* Vol. 24, pp.1-24.

Prahalad, C. K. 2005. *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits* (Upper Saddle River, NJ, Wharton School Publishing).

Preker, A; Carrin, G. 2004. *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* (Washington, DC, World Bank).

Putnam, R. D. 1995. "Bowling alone: America's declining social capital", em *Journal of Democracy,* Vol. 6, No.1, Jan., pp. 65-78.

Radermacher, R.; van Putten-Rademacher, O.; Muller, V.; Wig, N.; Dror, D. 2005a. *Karuna Trust, Karnataka, India,* CGAP Working Group on Microinsurance: Good and Bad Practices, Case Study No. 19 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Wig, N.; van Putten-Rademacher, O.; Muller, V.; Dror, D. 2005b. *Yeshasvini Trust, Karnataka, India,* CGAP Working Group on Microinsurance: Good and Bad Practices, Case Study No. 20 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Ranson, M.; Bennett, S. 2002. "Role of central governments in furthering social goals through microinsurance units", em D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, World Bank; Geneva, OIT), pp. 245-266.

Reinmuth, D.; Weihe, T.; James, C. 1990. *Insuring development: Through popular-based insurance* (Washington, DC, North American Association of the International Cooperative Insurance Federation and US Overseas Cooperative Development Committee).

Revathy, L. N. 2006. "Sankat Haran policy only on IFFCO, IPL products", em *The Hindu,* Jan.

Rodriguez, M.; Miranda, B. 2004. *ServiPerú, Peru,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study No. 1, (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Roth, J. 1995. "Silence is golden for insurance sharks", em *Mail and Guardian* (South Africa), 3 de Fev.

–. 2002. *Informal micro-finance schemes: The case of funeral insurance in South Africa,* OIT Social Finance Working Paper No. 22 (Geneva, OIT).

–; Athreye, V. 2005. *TATA-AIG Life Insurance Company Ltd., India,* CGAP Working Group on Microinsurance: Good and Bad Practices Case Study, No. 14 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

–; Churchill, C.; Ramm, G.; Namerta. 2005. *Microinsurance and microfinance institutions:Evidence from India,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study No. 15 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Rutherford, S. 2000. *The poor and their money* (New Delhi, Oxford University Press).

Scheil-Adlung, X. 2004. *Indonesia: Advancing social health protection for the poor,* Joint UNSFIR/OIT Jakarta Working Paper, UNSFIR Working Paper Series, No. 04/01 (Jakarta).

Schinzler, H. 2005. "Welcome address to the 2005 Microinsurance Conference, Munich, 2005", apresentação para a Microinsurance Conference, Munich Re Foundation and CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Alemanha, Out.

Sebageni, G. 2003. *Assessing demand for microinsurance in Uganda* (Nairobi, MicroSave-Africa).

Sebstad, J.; Cohen, M. 2001. *Microfinance: Risk management and poverty* (Washington, DC, CGAP).

–; –; McGuinness, E. 2005. *Guidance for research on the demand for microinsurance* (Washington, DC, Microfinance Opportunities), draft

Siegel, P.; Alwang, B. J.; Canagarajah, S. 2001. *Viewing microinsurance as a social risk management instrument,* Social Protection Discussion Paper Series, No.116 (Washington, DC, World Bank, Social Protection Unit, Human Development Network).

Simkhada, N.; Guatam, S.; Misha, M.; Acharya, 1.; Sharma, N. 2000. *Research on risk and vulnerability of rural women in Nepal* (Kathmandu, Nepal, Center for MicroFinance).

Smith, M.; Melzer, I. 2004. *Towards a benchmark for access to life insurance in LSM 1-5* (Johannesburg, FinMark Trust).

Sobel, J. 2002. "Can we trust social capital?", em *Journal of Economic Literature,* Vol. 40, pp. 139-154.

South African Insurance Association (SAIA), Johannesburg, em: www.saia.co.za.

Szubert, D. 2004- "Understanding the demand for microinsurance in Albania: Results of exploratory qualitative study" (Warsaw, Microfinance Centre) mimeo.

Tabor, S. R. 2005. *Community-based insurance and social protection policy* (Washington, DC, World Bank, World Bank Institute).

Thomas, G. E. 2004. "Care or cure: Loss prevention in health insurance", a presentation to the Tariff Advisory Committee at the International Actuarial Association, Health Section Colloquium, Dresden, Alemanha.

Tran, N.; Yun, T. S. 2004. *TYM's Mutual Assistance Fund, Viet Nam,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study No.3 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Tremblay, C.; Quirion, M.; Langlois, S.; Klutze, F. 2006. *MAFUCECTO, Togo,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study No. 25 (Geneva, OIT Social Finance Programme).

Tuladhar, J. 2003. "Health micro-insurance Schemes – towards gender equality", anais apresentados na OIT/STEP training of trainers regional workshop, New Delhi, Out.

Uldrich, J.; Newberry, D. 2003. *The next big thing is really small: How nanotechnology will change the future of your business* (Crown Business Briefing Series).

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2000. *Domestic violence against women and girls* (Florence, Innocenti Research Centre).

United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). 1977. *Cooperative insurance: A suitable form of insurance for developing countries, study* (TD/B/C.3/138).

–.2003. *Selected issues in corporate governance: Regional and country experiences* (United Nations, New York and Geneva).

Van Bastelaer, T. 2000. *Does social capital facilitate the poor's access to credit? A review of the microeconomic literature,* Social Capital Initiative Working Paper No. 9 (Washington, DC, World Bank).

Vaté, M.; Dror, D. 2002. "To insure or not to insure? Reflections on the limits of insurability", em D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, World Bank; Geneva, OIT), pp. 125-152.

Velasco, C.; del Granado, A. 2004. "Resultados del Market Research para la programa financiera" (Bolivia, ProMujer) mimeo.

Vierheller, R. 1977. "Manager-Dominanz und Mitglieder-Motivation in der Genossenschaft", em *Zeitschrift fiir das gesamte Genossenschaftswesen,* Vol. 27, No.3, pp. 199-222.

–. 1983. *Demokratie und Management Grundlagen emer Managementtheorie genossenschaftlich-demokratisch verfaflter Unternehmen* (Göttingen, Marburger Schriften zum Genossenschaftswesen), Vol. 59.

Weber, A. 2002. "Insurance and market failure at the microinsurance level", em D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, World Bank; Geneva, OIT), pp. 204-222.

Which.co.uk, "UK endowment mis-selling", em: http://www.which.net/endowmentaction/index.html.

Wiegandt, A.; Van der Vennet, J.; Diallo, A.; Criel, B. 2002. "La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando. La difficulté de l'approche parcenariale", em B. Criel et al. (eds.): *Le projet PRIMA en Guinee Conakry:Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (Brussels, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinee/GTZ/DGCI, IMT).

Woolcock, M. 1998. "Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework", em *Theory and Society,* Vol. 27, No.2, pp. 151-208.

World Health Organization (**OMS**). 2004. *Social health insurance,* reportado pelo Secretariat, Executive Board 115a. Session, Provisional Agenda Item 4.5, 2 de Dez.

– Cambodia. 2003. *Social health insurance in Cambodia, proposal for a master plan,* preparado em colaboração com o Ministry of Health, Camboja e OMS Camboja.