ILO and Munich Re Foundation, *Publishers*
ISBN 978-85-7052-555-0

ESCOLA NACIONAL de SEGUROS

Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro
Volume II

ESCOLA NACIONAL de SEGUROS FUNENSEG

CNseg

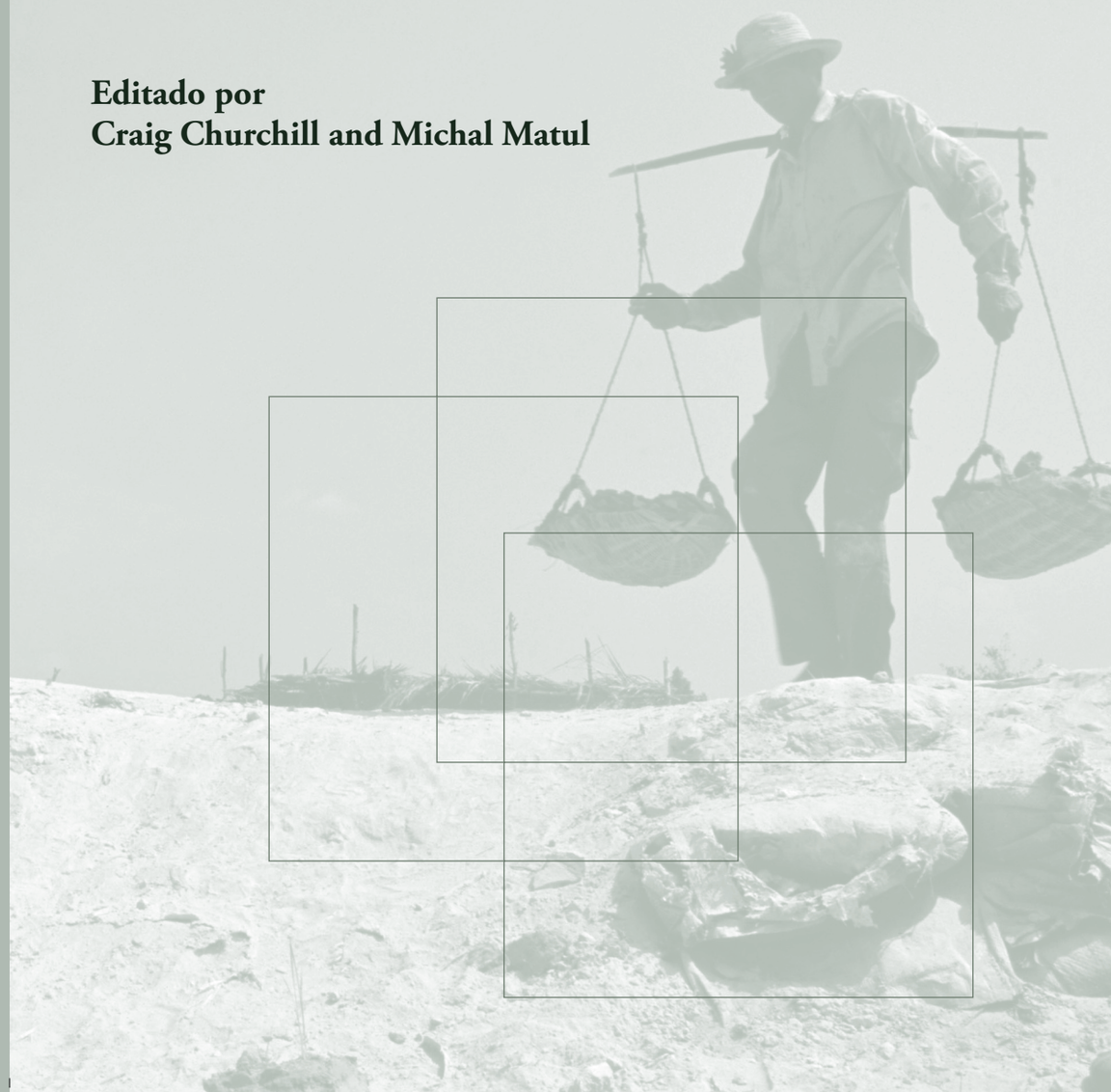
Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

micro insurance network

International Labour Office Geneva

Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro
Volume II

Editado por
Craig Churchill and Michal Matul



Protegendo a população de baixa renda
Um compêndio de microsseguro
Volume II

Protegendo a população de baixa renda

Um compêndio de microsseguro
Volume II

Editado por
Craig Churchill e Michal Matul

ESCOLA NACIONAL de SEGUROS
FUNENSEG

CNseg

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

micro insurance network

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" © 2012 Organização Internacional do Trabalho.

Tradução para o português © 2013 Escola Nacional de Seguros – Funenseg.

Traduzido e reproduzido de acordo com autorização.

Tradução para o português:
Sandra Mathias Maia

Editoração Eletrônica:
Info Action Editoração Eletrônica Ltda. – ME

Coordenação da edição brasileira:
Escola Nacional de Seguros – Funenseg
Diretoria de Ensino Superior e Pesquisa – Gerência de Planejamento, Desenvolvimento & Parcerias

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
Bibliotecária responsável pela elaboração da ficha catalográfica

P157 v. II

Protegendo a população de baixa renda: um compêndio de microsseguro/organizado por Craig Churchill ... /et al/; tradução de Sandra Mathias Maia. – Rio Janeiro: Funenseg, 2013.
660 p.; 28 cm

Tradução do inglês: "Protecting the Poor. A microinsurance compendium" v. II. A edição original foi publicada pela Secretaria Internacional do Trabalho, Genebra e Munich Re. Foundacion, em 2012.
ISBN do livro em inglês: 978-92-2-125744-8.
ISBN da tradução: 978-85-7052-555-0.

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. Sandra Mathias Maia, trad. III. Título: Um compêndio de microsseguro. IV. Título.

0013-1254 CDU 368-058:334.722

Foto da capa: L. Rain, © ILO

Índice

	Agradecimentos	xiv
	Tabela de acrônimos	xvi
	Introdução	1
	Craig Churchill e Dirk Reinhard	
Parte I	**Questões emergentes**	**7**
1	**Tendências atuais no microsseguro**	**8**
	Craig Churchill e Michael J. McCord	
1.1	A definição de microsseguro está se tornando operacional	8
1.2	Mais famílias de baixa renda possuem cobertura de seguro	11
1.3	Os públicos-alvo do microsseguro estão ficando mais diversificados	18
1.4	Provedores estão oferecendo uma gama de produtos crescente e diversificada	33
1.5	Há uma grande preocupação de que o seguro garanta valor para o segurado	37
1.6	Conclusão	38
2	**O potencial do microsseguro para proteção social**	**40**
	Yvonne Deblon e Markus Loewe	
2.1	Escopo e funções da proteção social	42
2.2	Proteção social nos países em desenvolvimento	46
2.3	Microsseguro como um instrumento de proteção social	49
2.4	Conclusão: A necessidade de uma abordagem sistemática	58
3	**Qual é o impacto do microsseguro?**	**60**
	Ralf Radermacher, Heidi McGowan e Stefan Dercon	
3.1	O que é impacto?	60
3.2	A literatura vigente	63
3.3	Impacto esperado e observado do microsseguro	65
3.4	Conclusão	83
4	**Microsseguro e mudança climática**	**84**
	Thomas Loster e Dirk Reinhard	
4.1	O impacto da mudança climática	85
4.2	Microsseguro e eventos meteorológicos	89
4.3	Desafios e soluções operacionais	100
4.4	Papel dos principais públicos-alvo	106
4.5	Conclusão	112

Parte II	**Seguro Saúde**	**113**
5	**Inovações e barreiras no microsseguro saúde**	**114**
	Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen e Jeanna Holtz	
5.1	Evidências do impacto do microsseguro saúde	115
5.2	Desafios da oferta e procura no microsseguro saúde	118
5.3	Inovações e intervenções no microsseguro saúde	124
5.4	O caminho a seguir	130
6	**Mecanismos de pagamento por terceiros no microsseguro saúde**	**134**
	Pascale LeRoy e Jeanna Holtz	
6.2	Criar e gerir um mecanismo de TPP	140
6.3	Conclusões	157
7	**A busca ilusória por estimativas sobre disposição de pagar por microsseguro saúde**	**160**
	David Dror e Ruth Koren	
7.1	Métodos de elicitação da DDP	162
7.2	Pesquisas sobre experimentos de DDP relevantes	164
7.3	Principais conclusões	167
7.4	Lições aprendidas e implicações para os profissionais	177
Parte III	**Seguro Vida**	**179**
8	**Poupança em microsseguro: Lições da Índia**	**180**
	Rob Rusconi	
8.1	Considerações sobre poupança e seguro	180
8.2	Produtos considerados	184
8.3	Principais lições aprendidas	191
8.4	Reflexões finais e caminho a seguir	200
9	**Aprimorar o microsseguro prestamista**	**201**
	John Wipf, Eamon Kelly e Michael J. McCord	
9.1	O que é seguro prestamista?	202
9.2	Quem se beneficia com o seguro prestamista?	204
9.3	Quantificar o valor da cobertura prestamista	209
9.4	Ampliar produtos existentes	213
9.5	Aspectos operacionais	217
9.6	Conclusões e recomendações	220
10	**Seguro funeral**	**223**
	Christine Hougaard e Doubell Chamberlain	
10.1	Questões da cobertura de funeral	223
10.2	Principais características da cobertura de funeral	229
10.3	Entregar valor	235
10.4	Conclusão	241
Parte IV	**Seguros Gerais**	**243**
11	**Desenhado para influenciar o desenvolvimento: Nova geração de seguro com base em indicadores para pequenos agricultores**	**244**
	Michael R. Carter	
11.1	Fundamentos do seguro agrícola com base em indicadores	245
11.2	Desenvolver contratos para minimizar o risco de base	251
11.3	Interligar seguro e crédito	256
11.4	Conclusão: Desenhado para influenciar o desenvolvimento	261
	Apêndice – Análise da simulação entre seguro com base em indicadores e autosseguro	262

12 Seguro de animais: Ajudar criadores de animais vulneráveis a gerenciar seus riscos 266
Anupama Sharma e Andrew Mude
12.4 Catalisar o mercado: Inovações para tornar o seguro de animais viável 273
12.5 Conclusão 280

Parte V Seguro e o mercado de baixa renda 281

13 A psicologia do microsseguro: Pequenas mudanças podem fazer uma enorme diferença 282
Aparna Dalal e Jonathan Morduch
13.1 Pequenas mudanças podem fazer uma enorme diferença 282
13.2 Estratégias 283
13.3 Conclusão 293

14 Práticas emergentes em educação do consumidor no gerenciamento de risco e seguro 295
Ido Dror, Aparna Dalal e Michal Matul
14.1 Conteúdo da educação do consumidor 296
14.2 Entrega de educação do consumidor 300
14.3 Sustentabilidade e modelo de negócios para educação do consumidor 303
14.4 Conclusão 308

15 Melhorar o valor para o cliente: Percepções da Índia, do Quênia e das Filipinas 309
Michal Matul, Clémence Tatin-Jaleran e Eamon Kelly
15.1 Estrutura e ferramenta de avaliação de valor para o cliente 310
15.2 Oportunidades de geração de valor 313
15.3 Estabelecer parâmetros: Mecanismos informais e programas de previdência social 326
15.4 Valor relativo de produtos em termos de país 328
15.5 Conclusões 338

16 Microsseguro que opera para a mulher 341
Anjali Banthia, Susan Johnson, Michael J. McCord e Brandon Mathews
16.1 Gênero e risco em famílias pobres 342
16.2 Gerenciamento de risco e estratégias de enfrentamento tradicionais 346
16.3 Microsseguro sensível ao gênero 350
16.4 Conclusão: Um apelo à ação 356

17 Formalizar o seguro informal inerente à migração: Explorar as ligações potenciais entre migração, remessas e microsseguro 360
Jennifer Powers, Barbara Magnoni e Emily Zimmerman
17.1 Considerações sobre demanda por seguro associado à migração 362
17.2 Estrutura: Os 3Hs do seguro associado à migração 363
17.3 Desafios legais e regulatórios 364
17.4 Oportunidades e desafios operacionais relativos ao seguro associado à migração e remessa 366
17.5 Conclusão 376

Parte VI Seguradoras e microsseguro 379

18 O microsseguro é um negócio rentável para as companhias de seguros? 380
Janice Angove e Nashelo Tande
18.1 Estrutura para avaliação da rentabilidade 381
18.2 Contexto e configuração do ambiente 383
18.3 Análise financeira e motores da rentabilidade 388
18.4 Conclusões e recomendações 408

19	**Ensinar elefantes a dançar: A experiência das seguradoras comerciais nos mercados de baixa renda**	**411**
	Janice Angove, Martin Herrndorf e Brandon Mathews	
19.1	Participação de seguradoras comerciais no microsseguro	412
19.2	Organização interna: Modelos de sucesso	418
19.3	Alcance externo: Construir relações com o mercado	426
19.4	Conclusão	437
20	**Sinergias entre Estado e mercado:Inspirações a partir do sucesso do microsseguro na Índia**	**439**
	Rupalee Ruchismita e Craig Churchill	
20.1	Visão geral da indústria	441
20.2	Produtos	446
20.3	Canais de distribuição	464
20.4	Conclusão: Catalisadores de sucesso	472
21	**Precificação de produtos de microsseguro**	**477**
	Denis Garand, Clémence Tatin-Jaleran, Donna Swiderek e Mary Yang	
21.1	O ciclo da precificação	478
21.2	Coletar e analisar dados	481
21.3	Definir premissas	486
21.4	Determinar o prêmio	488
21.5	Monitorar e avaliar a experiência do produto	492
21.6	Melhorar o prêmio	492
21.7	Exemplo resumo	493
21.8	Conclusão	495
Parte VII	**Canais de distribuição e intermediários**	**497**
22	**Novos obstáculos na distribuição do microsseguro**	**498**
	Anja Smith, Herman Smit e Doubell Chamberlain	
22.1	Repensar a distribuição	499
22.2	Comparar canais de distribuição	505
22.3	Temas emergentes	508
22.4	Daqui para frente	515
23	**Intermediários de microsseguro**	**517**
	Alex Bernhardt, Roland Steinmann e Michael J. McCord	
23.1	Intermediação de seguro: Convencional *versus* micro	518
23.2	Intermediários somente de microsseguro	524
23.3	Intermediários tradicionais com algumas atividades de microsseguro	531
23.4	O valor da intermediação de microsseguro	535
23.5	Conclusões	539
Parte VIII	**Infraestrutura e cenário para o microsseguro**	**541**
24	**A revolução da tecnologia em microsseguro**	**542**
	Anja Smith, Eric Gerelle, Michiel Berende e Grieve Chelwa	
24.1	Benefícios e riscos da tecnologia em microsseguro	542
24.2	Tecnologia de interface do cliente	545
24.3	Processamento das operações	553
24.4	Análise de dados	557
24.5	A promessa de telefones celulares	558
24.6	Conclusão	561

25 Acesso ao seguro e regulação do setor financeiro 563
Arup Chatterjee
25.1 Inclusão financeira e seguro 564
25.2 Papel prudencial e papel de desenvolvimento – há uma trade-off? 565
25.3 Intervenções regulatórias por meio de estruturas políticas facilitadoras 568
25.4 Tratamento de MCCOs e provedores informais 578
25.5 Reconhecer canais de distribuição alternativa 580
25.6 Acesso ao seguro e proteção do consumidor 585
25.7 Conclusão 588

26 Protegendo os consumidores e, ao mesmo tempo, promovendo o microsseguro 590
Rodney Lester e Katharine McKee
26.1 Características do mercado de microsseguro inerentes à proteção do consumidor 592
26.2 Rumo a uma estrutura de proteção do consumidor de microsseguro 596
26.3 Desenvolver e implementar regimes especiais de proteção do consumidor de microsseguro 603
26.4 Proteção do consumidor não legislativa e não regulatória 607
26.5 Boas práticas emergentes 609

Apêndice 611
Sobre os autores 612
Bibliografia 621

Relação de tabelas

1.1 Alcance estimado do microsseguro: Milhões de riscos cobertos 11
2.1 Visão geral dos programas de proteção social organizados pelos vários *players* 47
3.1 Estrutura de avaliação do impacto e comprovação dos estudos analisados 67
4.1 Projeções de eventos meteorológicos e climáticos extremos 86
4.2 Possíveis efeitos da mudança climática nos ramos de seguro, 2030-2050 88
4.3 Dimensões do seguro: Escala, produtos, beneficiários 95
6.1 Resumo das informações do estudo de caso 135
6.2 Possíveis vantagens e desvantagens dos mecanismos de TPP 140
6.3 Vantagens e desvantagens dos diferentes métodos de pagamento 144
7.1 Vantagens e desvantagens dos diferentes métodos de elicitação 163
7.2 Visão geral dos dados, locais e métodos de elicitação de DDP usados 165
7.3 Associação entre renda e DDP 168
7.4 Associação da DDP com parâmetros socioeconômicos 171
7.5 Efeito da disponibilidade de saúde sobre a DDP 172
7.6 Efeito das despesas com saúde sobre a DDP 174
8.1 Principais características dos produtos avaliados 185
9.1 Principais indicadores de desempenho para a cobertura prestamista 209
9.2 Custo-benefício de programas de seguro prestamista (classificados por coeficiente de sinistros) 211
10.1 Estratégias de enfrentamento da Thembi 228
10.2 Tipos de provedores de seguro funeral 229
12.1 Tipos de risco em subsistência da pecuária 267
12.2 Eventos cronológicos na história do seguro da Índia 269
12.3 Comparação de diferentes técnicas para identificação de animais 274
12.4 Experimentos do seguro baseado em indicadores no seguro de animais 276
12.5 Parâmetros de desempenho para LPS, Andhra Pradesh, Índia 278
13.1 Resumo de recomendações 294
14.1 Áreas de conteúdo da CARE Índia 297
14.2 Modelos de negócios – pontos fortes e desafios 306

14.3 Exemplos de indicadores de monitoramento e avaliação 307
15.1 Produtos incluídos no teste da ferramenta de avaliação de valor do cliente 314
15.2 Produtos incluídos na análise PACE, Quênia 329
15.3 Produtos incluídos na análise PACE, Índia 333
15.4 Produtos incluídos na análise PACE, Filipinas 336
17.1 Características gerais dos modelos 3Hs 364
17.2 Parceiros em marketing e distribuição de microsseguro associados à migração 371
17.3 Resumo de oportunidades e desafios dos modelos 3Hs 375
18.1 Estrutura para avaliação da rentabilidade de iniciativas em microsseguro 382
18.2 Visão geral das iniciativas em microsseguro 384
18.3 Coeficientes de lucro bruto do seguro 389
18.4 Volumes de prêmio e vidas cobertas 393
18.5 Aumento em prêmios e taxas de renovação 394
18.6 Coeficientes de sinistros brutos 400
18.7 Coeficientes de despesa 403
19.1 Atividades de microsseguro de seguradoras comerciais e suas ações de sucesso 418
19.2 Várias abordagens para estruturar os negócios 426
20.1 Fazendo os subsídios funcionarem 443
20.2 Comparação entre os quatro maiores programas de seguro saúde de massa 462
21.1 Fontes potenciais de dados para precificar um produto de saúde para uma cooperativa de agricultores 484
21.2 Erros comuns ao produzir estimativas de seguro saúde a partir de dados limitados 486
21.3 Amostra dos cálculos do prêmio de risco 488
21.4 Organização B, sinistros de saúde estimados 494
21.5 Organização B, resultados de incidência 494
22.1 Perspectivas sobre sucesso em distribuição 501
22.2 Resumo dos modelos de companhias de seguros consideradas 502
22.3 Características dos canais de distribuição 505
22.4 Pontos fortes e fracos dos canais de distribuição 508
23.1 Principais diferenças entre intermediação de seguro e de microsseguro 522
24.1 Principais tipos de tecnologia em microsseguro 544
24.2 Tecnologia em adesão do cliente e pagamento do prêmio 546
25.1 Princípios do G-20 para inovação em inclusão financeira: Exemplos regionais do setor de seguros 569
25.2 Definições regulatórias de produtos de microsseguro 573
25.3 Canais de distribuição alternativa e questões regulatórias 581

Relação de figuras

1.1 Riscos de microsseguro cobertos na Colômbia 13
1.2 Motivações da seguradora para começar a operar com microsseguro 21
1.3 Canais de distribuição para seguradoras comerciais 25
1.4 Participação na Conferência Internacional de Microsseguro 33
1.5 Evolução de produtos e processos de microsseguro 34
1.6 A cadeia do efeito demonstração da evolução do mercado de microsseguro 39
2.1 A lacuna existente na cobertura de proteção social em um típico país em desenvolvimento 41
2.2 A função promocional da proteção social: Quebrando o círculo vicioso da pobreza e vulnerabilidade 43
2.3 Possíveis papéis do microsseguro como um intrumento de proteção social 53
4.1 Mudança de temperatura global e continental 86
6.1 Mecanismo TPP 137
6.2 Modelo integrado de tratamento e financiamento 138
6.3 Modelo de reembolso 138
11.1 O contrato de seguro com base no índice de precipitação pluviométrica estilizado 248
11.2 Previsão de produção utilizando dados de satélite 254

11.3 Cálculos do VCI utilizando NDVI máximo e mínimo 255
11.4 Garantir a tecnologia tradicional 263
11.5 Interligar seguro e crédito para adoção de tecnologia 264
14.1 Mapa conversacional do Hollard 299
14.2 Jogo CHAT 301
15.1 Modelo de geração de valor para o cliente 311
15.2 Estrutura da análise PACE de valor agregado 312
15.3 Avaliação PACE do gerenciamento de risco informal e NHIF no Quênia 328
15.4 Avaliação PACE de valor para o cliente, Quênia 331
15.5 Análise PACE de valor para o cliente, Índia 334
15.6 Análise PACE de valor para o cliente, Filipinas 338
16.1 Eventos e riscos do ciclo de vida da mulher pobre 341
16.2 Exemplos de estratégias de risco e implicações 350
19.1 Modelo para desenvolver iniciativas sustentáveis em microsseguro 418
20.1 Total de prêmios dos setores rural e social das companhias de seguros gerais (2009-10) 444
20.2 Aumento da cobertura do NAIS (2001-09) 449
20.3 Desempenho do NAIS (2001-09) (em US$ milhões) 450
20.4 Evolução cronológica dos programas de seguro saúde de massa para o pobre na Índia 460
20.5 Os cinco principais produtos oferecidos pelas IMFs 468
21.1 Processo iterativo do ciclo de precificação 479
21.2 Determinar o prêmio 488
22.1 Inovação em todo o processo de distribuição 500
23.1 Cadeia de suprimento da distribuição do produto 519
23.2 Canais de distribuição 520
23.3 Várias estruturas de cobertura de resseguro 533
25.1 Alavancas regulatórias e de supervisão para melhorar o acesso ao seguro 570

Relação de Caixas de Texto

1.1 Oferta e demanda de microsseguro na África do Sul 15
1.2 Origens do microsseguro 19
1.3 Crítica da abordagem BdP 22
1.4 A Iniciativa Acesso ao Seguro 27
2.1 A Lei Nacional de Seguro Saúde de Gana 54
2.2 Os fundos de risco social do Vietnã 56
3.1 Impacto dos programas de seguro saúde social 65
3.2 Impacto do Programa de Seguro Saúde "Yeshasvini" da Índia 71
3.3 Seguro, crédito e adoção de tecnologia no Malaui 73
4.1 Cobertura baseada em indicador pluviométrico da ICICI Lombardi, Índia 89
4.2 Seguro de seca, Malaui 92
4.3 HARITA (Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation), Etiópia 93
4.4 CLIMBS (Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services), Filipinas 96
4.5 MiCRO (Microinsurance Catastrophic Risk Organization), Haiti 97
4.6 Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF) 99
4.7 Seguro agrícola catastrófico para eventos climáticos, México 100
4.8 SystemAgro, abordagem PPP na Turquia 111
5.1 Aumentar os benefícios de associados na Índia 125
5.2 Facilitar os pagamentos de prêmio 128
5.3 Tecnologia móvel para conectar médicos a pacientes rurais 130
6.1 Compreender o vocabulário: "sem pagamento" e mecanismo de TPP 135
6.2 Modelos de sinistros nos programas de HMI 139
6.3 Experiência da GRET-SKY com capitação 146

6.4 Um copagamento para limitar a utilização excessiva pelos clientes induz risco moral pelos provedores 148
6.5 Combater fraude sem identificação de fotografia 150
6.6 Monitorar a qualidade do serviço de saúde 151
6.7 Melhorar a qualidade do tratamento 153
6.8 A função da administração de sinistros 155
6.9 Equilíbrio entre prêmio e pagamentos por capitação 157
8.1 Experimentação de canal no Max Vijay 198
9.1 Impacto sobre clientes 205
9.2 Seguro prestamista como uma vantagem competitiva no Camboja 207
9.3 Fluxos de benefício no seguro prestamista 208
10.1 Mapeamento do seguro funeral 224
10.2 Por que ter várias apólices de seguro funeral? 227
10.3 Distribuição alternativa: Pep-Hollard, África do Sul 233
10.4 Distribuição alternativa: CODENSA Mapfre, Colômbia 234
10.5 A importância dos sinistros: Alternative Insurance Company (AIC), Haiti 238
10.6 O papel da pesquisa de mercado no desenvolvimento de produtos funeral-plus 240
12.1 Estratégia de gerenciamento de risco em pecuária da Basix, Índia 271
12.2 Melhorar a viabilidade do seguro de animais na IFFCO-Tokio 275
12.3 Cobertura de animais baseada em indicadores na Mongólia 277
12.4 Pagar o prêmio depois do vencimento? 279
14.1 Áreas de conteúdo do Swedish Cooperative Centre and Microfinance Opportunities 298
15.1 Definição de valor para o cliente e processo de geração de valor 310
15.2 Preferências por copagamentos maiores (e prêmios menores) na PWDS na Índia 320
15.3 Modelo 1-3-5 de liquidação de sinistro do CARD 321
15.4 Processo de melhoria de valor para o cliente na MicroEnsure 322
15.5 Processo de melhoria de valor para o cliente na Uplift 324
15.6 Valor para o cliente a partir de mecanismos informais de compartilhamento de risco no Quênia 326
16.1 BancoSol da Bolívia negocia para oferecer melhores benefícios para a mulher 351
16.2 La Equidad da Colômbia organiza benefícios de seguro vida para proteger crianças 353
16.3 Banco SEWA na Índia: Pioneiro em microsseguro sensível ao gênero 355
17.1 Seguro de repatriação e morte acidental da SegurCaixa 363
17.2 Uma análise do seguro compulsório de trabalhadores estrangeiros na Indonésia 367
17.3 A forma certa de comercializar? Planos médicos para as famílias do migrante da Guatemala na América do Norte 368
17.4 Seguros Futuro: Reconhecendo a necessidade de educação do consumidor 369
17.5 SparxX da Pioneer Life 370
17.6 Clubes de Poupança e Bem-Estar da Pioneer 371
18.1 Medida da rentabilidade 382
18.2 Implicações regulatórias dos prêmios 397
18.3 Criar uma força de vendas dedicada 399
18.4 Redefinir preço do risco 401
18.5 Resseguro de riscos climáticos 403
19.1 Aumento da diversidade de produtos por parte de seguradoras comerciais 413
19.2 Distribuição inovadora utilizada por seguradoras comerciais 414
19.3 Prática em microsseguro da Zurich para o “consumidor emergente” global 417
19.4 Reações variadas da alta administração 420
19.5 Criar espaço para erros e aprender 422
19.6 Processo de aprendizagem iterativo 423
19.7 Microsseguros em companhias de seguros multinacionais 425
19.8 Atender ao mercado onde ele estiver 428
19.9 Construir uma cascata de confiança 429
19.10 Usar tecnologia 430
19.11 Vantagem do pioneiro 431

19.12	Filosofia de parceria da Hollard	432
19.13	Imagem e reputação dos parceiros	433
19.14	Importância de contar com total adesão do parceiro	434
19.15	Parcerias e produtos que atendem às necessidades dos parceiros	435
20.1	Obrigações dos setores rural e social	441
20.2	Bilhetes meteorológicos para a época de colheita	451
20.3	Indicadores meteorológicos para grupos não agrícolas	453
20.4	Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS)	455
20.5	Contratar na falta de TPA	458
20.6	RSBY: Entregar em escala	461
20.7	Oportunidade na crise?	469
20.8	Novos canais de distribuição e tecnologia	471
21.1	Consequências de erros crassos em precificação	478
21.2	Barreiras culturais da WTP	482
21.3	Limitações financeiras e de liquidez de famílias de baixa renda	483
21.4	Processos influenciam despesas	490
21.5	Precificação: Organização A	493
21.6	Precificação: Organização B	494
23.1	Posição política da WFII sobre microsseguro	523
23.2	Intermediários como formadores de mercado: MicroEnsure nas Filipinas	536
24.1	Grupo de Trabalho sobre Tecnologia da Microinsurance Network	545
24.2	Pagamentos de prêmio por meio de dedução de crédito do celular: O caso do AKSItext	548
24.3	O papel da tecnologia em vendas e cobrança do prêmio: O caso de Kilimo Salama	548
24.4	Produto M-PESA de dinheiro móvel no Quênia	550
24.5	Evolução dos sistemas de *software* na DHAN Foundation	553
24.6	Normas sobre transmissão de dados eletrônicos: O caso das normas da ACORD	556
24.7	Seguro móvel Mi Life em Gana	559
25.1	Tomar medidas ativas para desenvolver um mercado de microsseguro na Índia	567
25.2	Desenvolver uma estratégia nacional em microsseguro: A experiência brasileira	571
25.3	A evolução da definição do microsseguro no Peru	574
25.4	Estrutura proposta para companhias de microsseguro dedicadas na África do Sul	577
25.5	Formalizar o seguro informal nas Filipinas	578
25.6	Criar um regime flexível de distribuição: Tecnologia e inclusão financeira	583
25.7	Os seis resultados em TCF para o consumidor	586
25.8	Normas e produtos de microsseguro: Filipinas	587
26.1	O que pode dar errado? Conclusões da pesquisa sobre o consumidor do Quênia	594
26.2	Indicadores de desempenho social, especialmente relevantes para proteção do consumidor	599
26.3	Normas sul-africanas sobre consultoria	606

Agradecimentos

A presente publicação se beneficia do conhecimento de dezenas de inovadores em microsseguro do mundo inteiro que, generosamente, compartilharam suas experiências, incluindo sucessos e fracassos. Em particular, gostaríamos de agradecer a contribuição das seguintes organizações:

África e Oriente Médio	*Ásia e o Pacífico (exceto Índia)*	*Índia*	*América Latina e Caribe*	*Outras/globais*
Britak (Quênia)	Allianz (Indonésia)	Bajaj Allianz	ACE (Brasil)	Aga Khan Agency
Cooperative Insurance Company (Quênia)	CARD MBA (Filipinas)	BASIX	AIC (Haiti)	Microfinance (AKAM)
HARITA (Etiópia)	CBHI (Laos)	CARE Foundation	Alico (Colômbia)	Allianz
Hollard (África do Sul)	China Life CLIMBS (Filipinas)	CARE India	Aseguradora Rural (Guatemala)	Aon Affinity
Jamii Bora Trust (Quênia)	FICCO MBA (Filipinas)	Centre for Insurance Risk Management (CIRM)	Bradesco (Brasil)	Cenfri
Kenya Orient Metropolitan (África do Sul)	First Microinsurance Agency (Paquistão)	Dhan Foundation	Colseguros (Colômbia)	Guy Carpenter
Microfund for Women (Jordânia)	GRET (Camboja)	HDFC Ergo	FUNDASEG (Colômbia)	MicroEnsure
Mutual and Federal (África do Sul)	Groupama (Vietnã)	ICICI Lombard	Fonkoze (Haiti)	Micro Insurance Academy
National Hospital Insurance Fund (Quênia)	Malayan (Filipinas)	ICICI Prudential	Mapfre (Brasil)	MicroInsurance Centre
Old Mutual (África do Sul)	Philam Life (Filipinas)	IFFCO-Tokio	Mapfre (Colômbia)	Microinsurance Network
Pioneer Assurance (Quênia)	PICC (China)	Max New York Life (MNYL)	QBE (Brasil)	Munich Re
Sanlam Sky (África do Sul)	TSKI (Filipinas)	Palmyrah Workers Development Society (PWDS)	Seguros Futuro (El Salvador)	PlaNet Guarantee
Syngenta Foundation (Quênia)	Vision Fund (Camboja)	Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)	Solidaria and La Equidad (Colômbia)	Swiss Re
UMSGF (Guinea)		SBI Life	SINAF (Brasil)	Zurich
UNACOOPEC (Costa do Marfim)		Swayam Shikshan Prayog (SSP)	Zurich (Bolívia)	
		Tata AIG		
		Uplift		
		VimoSEWA		
		Weather Risk Management Services (WRMS)		
		Yeshesvini		

Este livro foi escrito sob os auspícios da Microinsurance Network, anteriormente conhecida como Grupo de Trabalho sobre Microsseguro do CGAP. Como uma associação de doadores composta de sócios, agências multilaterais, provedores de seguros e proteção social, formuladores de políticas e acadêmicos, a Network fornece uma

plataforma para compartilhamento de informações e coordenação de público-alvo com o objetivo de promover o desenvolvimento e a difusão dos serviços de seguros para pessoas de baixa renda.

A Network constituiu um Conselho Editorial composto de cinco pessoas que ficou responsável por dar forma ao esboço completo do livro, ajudando a identificar autores e revisores, e também ofereceu comentários em vários capítulos. O Conselho – Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Michael McCord (MicroInsurance Centre), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation) e Rupalee Ruchismita (CIRM) – ofereceu importantes contribuições e orientações.

Este livro não teria sido possível sem o apoio financeiro, técnico e logístico da Munich Re Foundation; em especial, de Martina Mayerhofer, Dirk Reinhard e Thomas Loster. As Conferências Anuais de Microsseguro da Munich Re Foundation, copatrocinadas pela Microinsurance Network, permanecem como uma fonte contínua de inspiração e conhecimento, garantindo material de grande valia para o livro.

Embora a origem dos recursos para o livro tenha sido da Munich Re Foundation, também gostaríamos de agradecer aos demais doadores que ofereceram recursos para o desenvolvimento do conteúdo, principalmente a Bill e Melinda Gates Foundation, que contribuiu em muitos dos capítulos por meio de seu apoio da Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Alguns capítulos também contaram com o apoio das seguintes instituições: Consultative Group to Assist the Poor (CGAP), FinMark Trust, Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Ministério de Relações Exteriores de Luxemburgo, Swiss Development Cooperation (SDC) e USAID.

Mais de 50 pessoas participaram como coautores dos capítulos deste livro, e cerca de 80 pessoas estiveram envolvidas nas revisões. Para agradecer a colaboração de todos, cada capítulo traz especificado autores e revisores. Nossos colegas da Facility Inovação em Microsseguro da OIT merecem uma menção especial por sua participação incansável na redação, na revisão e no processo de edição.

Dezenas de outras pessoas e instituições ajudaram na administração, nas provas tipográficas, no layout e na diagramação. Nos bastidores, Abigail Gray, Lauren Peterson e David Saunders prestaram assistência administrativa, editorial e técnica inestimável. Contribuições importantes também foram as de Nalina Ganapathi, do Programa Financeiro Social da OIT, de Charlotte Beauchamp e Alison Irvine, do Departamento de Publicações da OIT, e de Anton Sandbiller, do Departamento de Publicações da Munich Re. O responsável pela preparação tipográfica foi Andrew Lawson, do Departamento de Idiomas da Munich Re, o layout e a tipografia ficaram a cargo de Marcus Maurer, Anja Gindele e Andreas Töll. Muito obrigado a todos.

Por fim, dedicamos este livro à memória de nosso companheiro José Navarro, um atuário e humanitário, cuja paixão por proteger os pobres continua a inspirar todos nós.

Craig Churchill e Michal Matul
Programa Financeiro Social, Setor de Emprego
Organização Internacional do Trabalho
Genebra, Suíça

Tabela de acrônimos

AABY	Aam Admi Bima Yojana (Índia)
ACORD	Associação para Pesquisa e Desenvolvimento das Operações de Cooperativa
AD&D	morte acidental e invalidez
ADB	Banco Asiático de Desenvolvimento
AIC	Alternative Insurance Company (Haiti)
AIC	Agriculture Insurance Corporation (Índia)
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG	American International Group
AIO	Organização de Seguro Africana
AKAM	Agência de Microfinanças Aga Khan
AKDN	Rede de Desenvolvimento Aga Khan
ALMAO	Organização Mútua de Seguros All Lanka (Sri Lanka)
APRA	Autoridade Australiana de Regulamentação Prudencial
ASR	Seguradura Rural (Guatemala)
ATP	capacidade de pagar
AWS	estações meteorológiccas automáticas
BIP	Produto de Seguro de Base
BG	jogo de licitação
BHI	seguro saúde básico
BMZ	Ministério Federal para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (Alemanha)
BoP	base da pirâmide (BdP)
BPL	abaixo da linha da pobreza
BRS	Fundação Belgian Raiffeisen
CARD	Centro para Agricultura e Desenvolvimento Rural (Filipinas)
CaribRM	Caribbean Risk Managers Limited
CARICOM	Comunidade Caribenha
CBHI	seguro saúde baseado na comunidade
CCIS	Programa de Seguro Compreensivo de Culturas
CCRIF	Facility de Seguro de Risco de Catástrofe do Caribe

CDA	Autoridade de Desenvolvimento Cooperativo
Cenfri	Centro de Regulamentação e Inclusão Financeira
CEO	Diretor-Executivo
CGAP	Grupo Consultivo de Assistência ao Pobre
CHAT	Escolher Juntos Planos de Saúde
CHF	fundo de saúde comunitário
CIC	Cooperative Insurance Company (Quênia)
CIF	Confederação de Instituições Financeiras (África Ocidental)
CIGNA	Connecticut General Life Insurance Company of North America
CIRC	Comissão Reguladora de Seguro da China
CIRM	Centro de Seguro e Gerenciamento de Risco (Índia)
CLIMBS	Cooperativa de Seguro de Vida e Serviços de Benefícios de Mútuas (Filipinas)
COP	Conferências das Partes
CRED	Centro para Investigação sobre Epidemiologia de Desastres
CSC	centros de serviços comuns
CSR	responsabilidade social corporativa
CV	avaliação contingente
DBCV	avaliação contingente com limite duplo
DC	técnica de escolha dicotômica
DECSI	Instituição de Crédito e Poupança Dedebit
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
DGA	Denis Garand & Associates
DHAN	Fundação para o Desenvolvimento da Ação Humana
DNA	ácido desoxirribonucleico
DRP	Produto de Resposta à Catástrofe
DRTV	televisão de resposta direta
ENT	ouvido, nariz e garganta
EPSS	Empresa Promotora de Serviços de Saúde (Guatemala)
EU	União Europeia
EUDN	Rede Europeia de Pesquisa e Desenvolvimento
FAIS	Lei de Prestação de Serviços Consultivos e Intermediários Financeiros (África do Sul)
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FAQ	perguntas mais frequentes
Fasecolda	Federação de Seguradores Colombianos
FEWS NET	Rede de Sistemas Precoces de Alerta de Fome
FGD	grupo de discussão
FICCO	Primeira Cooperativa Comunitária

FIDES	Federação Interamericana de Empresas de Seguros
FINCA	Fundação para Assistência à Comunidade Internacional
FINO	Rede de Informações Financeiras e Operações
FMiA	Primeira Agência de Microsseguro (Paquistão)
FMD	febre aftosa
FSA	Autoridade de Serviços Financeiros
FSB	Conselho de Estabilidade Financeira
FUNDASEG	Fundação de Seguradores Colombianos
GDP	produto interno bruto
GESS	Extensão da Previdência Social Global (OIT)
GFDRR	Facility para Risco e Redução de Catástrofe Global
GFEP	Programa de Educação Financeira Global
GIIF	Facility de Seguro baseado em Indicadores Globais
GIZ	Sociedade para a Cooperação Internacional (Alemanha)
GNP	produto nacional bruto
GoI	Governo da Índia
GPRS	serviço geral de rádio por pacote
GRET	Grupo de intercâmbio e pesquisa tecnológica (Camboja)
GTZ	Sociedade para Cooperação Técnica (Alemanha)
HARITA	Transferência de Risco do Chifre da África para Adaptação
HH	família
HIS	plano de seguro saúde
HIV	vírus da imunodeficiência
HMI	microsseguro saúde
HR	recursos humanos
IAA	Associação Internacional de Atuários
IAIS	Associação Internacional de Supervisores de Seguros
IBLI	seguro de pecuária baseado em indicadores
IC	Comitê de Seguros (Filipinas)
ICARD	Centro Internacional para o Desenvolvimento Agrícola e Rural
ICMIF	Federação Internacional Cooperativas e Mútuas de Seguros
ICP	princípios básicos de seguro
ICRISAT	Instituto Internacional de Investigação de Culturas para os Trópicos Semiáridos
ICT	tecnologia da informação e comunicação
ICU	assistência intensiva
ID	identificação
IDB	Banco de Desenvolvimento Interamericano (BID)
IEI	seguro de despesas com internação
IFAD	Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola

IFC	Cooperação Financeira Internacional
IFFCO	Cooperativa de Fertilizantes para Agricultores Indianos
IFMR	Instituto de Gestão Financeira e Pesquisa (Índia)
IFPRI	Instituto Internacional de Pesquisa sobre Política Alimentar
ILAL	Programa para Garantir a Vida e a Subsistência (Índia)
ILO	Organização Internacional do Trabalho
IMF	Fundo Monetário Internacional
INR	Rúpia Indiana
IOM	Organização Internacional para Migração
IP	internação
IPCC	Painel Intergovernamental sobre Mudança Climática
IRAM	Instituto de Pesquisa e de Aplicações de Métodos de Desenvolvimento (Moçambique)
IRDA	Autoridade Reguladora de Seguros e Desenvolvimento (Índia)
IRDP	Programa Integrado de Desenvolvimento Rural
IRI	Instituto Internacional de Pesquisa do Clima e da Sociedade
IT	tecnologia da informação
ITGI	Tokio General Insurance Company, Ltd. (Índia)
JBT	Fundo Jamii Bora (Quênia)
JBY	Janashree Bima Yojana (Índia)
KES	Xelim Queniano
KFW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau (Alemanha)
KPI	principais indicadores de desempenho
LIC	Life Insurance Corporation (Índia)
LIC	países de baixa renda
LIS	Programa de Seguro de Pecuária (Índia)
LPS	Programa de Proteção aos Animais (Índia)
MAS	Manipal Arogya Suraksha Yojana (Índia)
MBA	associação mútua de benefício
MCCO	organizações mútuas, cooperativas e baseadas na comunidade
MCDI	Desenvolvimento de Assistência Médica Internacional
MCII	Iniciativa em Seguro Meteorológico da Munich
MFI	instituição de microfinanças
MFIC	Microfinance International Corporation
MGA	entidade de gestão geral
MIA	Micro Insurance Academy
MiCRO	Organização de Risco Catastrófico de Microsseguro
MIS	sistema de informações gerenciais
MNAIS	Programa Nacional Modificado de Seguro Agrícola (Índia)
MNO	operadora de rede móvel

MNYL	Max New York Life
MOLISA	Ministério do Trabalho, Seguro e Assuntos Sociais (Vietnã)
MTA	agente de transferência pecuniária
NABARD	Banco Nacional para a Agricultura e o Desenvolvimento Rural (Índia)
NAIS	Programa Nacional de Seguro Agrícola (Índia)
NASFAM	Associação Nacional dos Pequenos Agricultores do Malaui
NCMS	Novo Programa Médico Cooperativado (China)
NCMSL	National Collateral Management Services Limited
NDVI	índice de vegetação divergente normalizado
NGO	organização não governamental
NHIF	Fundo Nacional de Seguro Saúde (Gana)
NHIF	Fundo Nacional de Seguro Hospitalar (Quênia)
NIC	carteira de identidade
NICE	National Insurance Corporation of Eritrea
NSCB	Conselho Nacional de Coordenação Estatística (Filipinas)
NSSF	Fundo Nacional de Previdência Social (Quênia)
OE	formatos abertos
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEI	seguro de despesas ambulatoriais
OOP	gastos extras
OP	ambulatório/ambulatorial
PA	agente-parceiro
PACC	Programa de Atenção a Contingências Meteorológicas (México)
PACE	produto, acesso, custo, experiência
PACS	principais sociedades de crédito agrícola
PC	cartão de pagamento
PHFI	Fundação de Saúde Pública da Índia
PHP	Pesos Filipinos
PIA	agente parceiro intermediário
PICC	People's Insurance Company of China
PoS	ponto de venda
PPP	parceria público-privada
PRADAN	Assistência Profissional para Ação de Desenvolvimento
PWDS	Sociedade de Desenvolvimento dos Trabalhadores de Palmyrah (Índia)
RCT	teste de controle aleatório
REST	Sociedade de Auxílio de Tigray (Etiópia)
RFID	dispositivo de identificação por radiofrequência
RMB	Yuan Chinês

ROSCA	associação de poupança e crédito rotativo
RP	preferências reveladas
RPLI	Rural Postal Life Insurance (Índia)
RSBY	Rashtriya Swasthya Bima Yojana (Índia)
SaaS	*Software* como um Serviço
SACCO	organização de cooperativas de poupança e crédito
SACCOL	Confederação de Cooperativas de Poupança e Crédito
SAHB	Departamento Estadual de Pecuária (Índia)
SAIA	Associação Sul-Africana de Seguros
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Peru)
SCC	Centro de Cooperativas da Suécia
SDA	agência designada pelo estado (Índia)
SDC	Agência Suíça para Desenvolvimento e Cooperação
SEC	Comissão de Valores Mobiliários
SECP	Comissão de Valores Mobiliários do Paquistão
SEED	Save, Earn, Enjoy Deposits
SEEP	Rede de Educação e Promoção para Pequenas Empresas
SEGURO	Solvência/estabilidade, Eficiência, Governança, Entendimento do Produto, Capital baseado no risco e Alcance
SES	condição socioeconômica
SEWA	Associação de Mulheres Autônomas (Índia)
SFDA	Agência de Desenvolvimento de Pequenos Agricultores (Índia)
SICL	Sanasa Insurance Company, Ltd.
SI-CUN	Rede de União de Crédito de Autosseguro
SI-MFI	Instituição de microfinanças de autosseguro
SHEPHERD	Promoção de Autoajuda para a Saúde e o Desenvolvimento Rural
SHG	grupo de autoajuda
SIM	módulo de identidade do subscritor
SINCAF	Sindicato Carioca de Fiscais de Renda
SKDRDP	Programa de Desenvolvimento Rural Sri Kshetra Dharmasthala
SKY	Sokhapheap Krousar Yeung (Saúde para Nossas Famílias, Camboja)
SLDB	Conselho Estadual de Desenvolvimento da Pecuária (Índia)
SMS	serviço de mensagem instantânea
SP	preferências declaradas
SRF	fundo de risco social
SSP	Swayam Shikshan Prayog (Índia)
SSS	Sarva Shakti Suraksha
SSS	*Software* da Previdência Social (Fundação DHAN, Índia)
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados (Brasil)
TA	assistência técnica

TCF	tratar o cliente de forma justa
TIOLI	abordagem “pegar ou largar”
TPA	administrador terceirizado
TPD	invalidez total e permanente
TPP	pagamento de terceiros
TSKI	Taytay Sa Kauswagan, Inc. (Filipinas)
UEMOA	Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental
UMASIDA	Umoja wa Matibabu Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam (República Unida da Tanzânia)
UMSGF	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (Guiné)
UM	Nações Unidas
UNDP	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VCI	índice de condição da vegetação
VHC	aldeia campeã de saúde
VHI	Seguro Saúde do Vietnã
VOIP	voz sobre protocolo de internet
WASP	servidor de acesso remoto
WBCIS	Programa de Seguro de Culturas baseado no Clima
WFII	Federação Mundial de Intermediários de Seguros
WFP	Programa Mundial de Alimentos
WHO	Organização Mundial da Saúde (OMS)
WMO	Organização Mundial de Meteorologia
WRMS	Serviços de Gerenciamento de Risco Meteorológico (Índia)
WTP	disposição de pagar
WWB	Banco Mundial das Mulheres
XBRL	Linguagem de Relatório Comercial Extensível
XML	Linguagem de Marcação Extensível

Introdução

Craig Churchill e Dirk Reinhard

Os cidadãos mais pobres dos países mais pobres estão, normalmente, expostos a riscos maiores. Terremotos, enchentes, secas, doenças, crimes, tudo tende a afetar o pobre de forma mais contundente. Vulnerabilidade e pobreza caminham juntas; entretanto, o microsseguro oferece a promessa de interromper uma parte do ciclo que associa todos esses riscos.

Jonathan Morduch, 2006

Cinco anos após a publicação do primeiro volume do *Protegendo a população de baixa renda: Um compêndio de microsseguro*, os editores sentiram que era hora de analisar desenvolvimentos e conquistas recentes, e refletir sobre qual é a posição do mercado hoje.

Os anos seguintes testemunharam uma transformação significativa. Em 2008, o lançamento da Facility Inovação em Microsseguros da OIT, financiada inicialmente pela Bill & Melinda Gates Foundation, aumentou, consideravelmente, o número de atividades pilotos e de pesquisa sobre seguro. Em 2009, o Grupo de Trabalho sobre Microsseguro do CGAP passou a Microinsurance Network a fim de formalizar seus esforços em compartilhar experiências e colaborar com melhorias. Além disso, em 2009, a Iniciativa Acesso ao Seguro foi lançada – o segundo desdobramento da Network depois da Facility – para ajudar a fortalecer o entendimento de Supervisores de Seguros e sua capacidade de criar um ambiente mais favorável para o seguro inclusivo. Provedores de microsseguros também evoluíram. Embora muitos dos esquemas discutidos no primeiro livro tenham envolvido pequenas organizações, agora o envolvimento é ativo por parte dos governos e da indústria de seguros, o que contribui para alcançar escala significativa.

O trecho acima de Morduch fala sobre a promessa do microsseguro de contribuir para quebrar o círculo vicioso da vulnerabilidade e pobreza. Conforme descrito ao longo deste livro, estão sendo feitos importantes progressos para o cumprimento desta promessa, embora ela ainda seja uma aspiração. A promessa do microsseguro pode ser vista em vários níveis, uma vez que ela favorece os trabalhadores pobres e seus prestadores de serviços, e contribui de forma mais ampla para o desenvolvimento econômico.

Benefícios para os trabalhadores pobres

Em termos de família, a contribuição potencial do microsseguro para quebrar o círculo vicioso da pobreza exerce tanto um papel protetor quanto produtivo (por exemplo, Collins et al., 2009; Dercon, 2005; Cohen e Sebstad, 2005). Existem muitos desafios na avaliação de tais benefícios, mas a evidência inicial apresentada nos Capítulos 3 e 15 revela que alguns desses benefícios estão sendo alcançados.

Do lado protetor, o seguro pode proteger os segurados das consequências financeiras de vários riscos, incluindo doença e morte. Se um risco é segurado, o pobre pode lidar de forma mais eficiente ao experimentar grandes perdas. Pagamentos regulares de prêmios pequenos são mais fáceis de arcar do que as grandes despesas urgentes que acompanham crises.

Do lado produtivo, o seguro pode ser um meio pelo qual os pobres podem acumular uma quantia em poupança, por exemplo, por intermédio de uma apólice de seguro vida de longo prazo que lhes permita conquistar bens. Como alternativa, o seguro pode ajudar a liberar o acesso a insumos produtivos, como crédito, cobrindo alguns dos riscos (por exemplo, seca, chuvas excessivas e morte de animais) que um credor não queira assumir. Há também o efeito paz de espírito em que o pobre pode se sentir menos obrigado a reservar recursos improdutivos em poupança de contingências sob o colchão, caso esteja segurado, e, por conseguinte, pode fazer investimentos maiores, possivelmente em riscos mais altos, atividades de maior lucro.

Benefícios para os provedores

Uma grande variedade de organizações está envolvida na oferta de seguro para famílias de baixa renda. Embora tais organizações tenham uma série de motivações e interesses, todas podem, ou pelo menos deveriam, ser capazes de se beneficiar da provisão de seguros para os trabalhadores pobres.

O seguro pode ajudar cooperativas, sindicatos, organizações não governamentais (ONGs), grupos de autoajuda e demais organizações interessadas, principalmente, auxiliando seus membros a gerenciar riscos para alcançar seus objetivos sociais. Deste modo, o seguro pode ser uma ferramenta ideal para complementar outros serviços que eles podem estar oferecendo, incluindo prevenção de sinistro, educação financeira e poupança e empréstimos de emergência.

O microsseguro pode ajudar organizações mais voltadas para o comércio a ingressar em um novo mercado ou expandir seus serviços para um mercado já existente. Por exemplo, o microsseguro oferece às seguradoras uma estratégia de base da pirâmide (BdP) (Prahalad, 2005) para que eles alcançem e atendam, efetivamente, à próxima geração de segurados hoje. Para os canais de venda, por exemplo, varejistas, companhias de serviços públicos e fornecedores de insumos agrícolas, o microsseguro não é apenas uma fonte adicional de receita; entretanto, se desenvolvido corretamente, pode também gerar volume de vendas adicional para seus principais negócios.

Até governos podem se enquadrar nesta categoria de provedor. Sempre que houver um interesse em estender a cobertura de proteção social para populações excluídas, como trabalhadores da economia informal, o microsseguro pode ser um caminho para se alcançar este objetivo. Além disso, o crescimento do microsseguro deve fornecer aos governos meios mais eficientes de estender proteção social, oferecendo melhor cobertura contra a ameaça crescente de catástrofes naturais e atingindo objetivos de política pública, incluindo vários dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Churchill, 2006).

Benefícios para a comunidade e o país

Vários estudos têm demonstrado um nexo de causalidade entre o desenvolvimento da indústria de seguros em geral – não especificamente microsseguro – e o desenvolvimento econômico nacional (Arena, 2006; Haiss e Sumegi, 2008). Isso é conseguido, em parte, por meio de apoio à atividade empresarial. Por exemplo, ao permitir que empresas operem com menos volatilidade, o seguro pode promover estabilidade econômica. Desde que seguradoras e resseguradoras tenham um incentivo para reduzir sinistros, elas contribuem para o desenvolvimento ao promover medidas de redução de risco. O seguro pode ser usado para gerenciar certos riscos enfrentados por credores e devedores de forma mais eficiente do que outros instrumentos financeiros, facilitando, assim, o acesso ao crédito e estimulando o esforço empreendedor. O seguro também facilita o investimento em risco mais alto, oportunidades de negócios de maior retorno, ajudando a avaliar e a gerenciar exposições de alto risco. O investimento em atividades de maior retorno, por sua vez, contribui para maior produtividade e crescimento econômico.

De forma mais abrangente no âmbito da economia, ao mobilizarem poupança de longo prazo, as seguradoras são uma importante fonte de financiamento de longo prazo que pode ser aplicado em iniciativas, como, por exemplo, melhorias de infraestrutura, bem como podem agir como um importante incentivador para o desenvolvimento de mercados de títulos e ações. Como investidores importantes em mercados de ações, as seguradoras podem obrigar as empresas listadas em bolsa a adotar medidas mais rígidas de governança corporativa e maior transparência. Em resumo, de acordo com Brainard (2008), "O resultado líquido de mercados de seguros que funcionem bem deve ser melhor precificação do risco, maior eficiência na alocação total de capital e *mix* de atividades econômicas, e maior produtividade."[1]

Um item importante até hoje ausente da literatura é, portanto, a possível contribuição específica do microsseguro para ampliar e fortalecer a indústria de seguros em geral. As indústrias de seguros nos países desenvolvidos se estabeleceram, em grande parte, sobre uma base sólida junto às linhas de varejo, talvez com raízes que podem

[1] Para mais detalhes a respeito do impacto do desenvolvimento do seguro sobre o desenvolvimento econômico, ver USAID (2006), Brainard (2008) e Skipper (1997).

ter sua origem em associações mútuas ou de seguro de vida de trabalhadores de indústrias. Os setores de seguros em muitas economias emergentes e em desenvolvimento evoluíram na segunda metade do século XX e se concentraram, principalmente, em clientes corporativos, com pouco esforço empreendido para criar a infraestrutura necessária para as linhas de varejo ou pessoal.

Considerando que muitos países pularam esta fase inicial de desenvolvimento do seguro e saltaram para linhas mais sofisticadas, os setores de seguros podem ser fracos e não muito bem desenvolvidos. O microsseguro, no entanto, pode proporcionar uma oportunidade para esses países se reconstruírem do zero e criarem uma base de seguros de varejo, além de, em última análise, darem uma contribuição mais pujante para o desenvolvimento econômico geral do país. É interessante notar que países em desenvolvimento onde a indústria de seguros não tinha uma base de varejo sólida, como, por exemplo, a Índia e a África do Sul, surgiram entre os líderes de microsseguro.

A contribuição do microsseguro para a comunidade e o país se estende além da sua participação na ampliação da indústria de seguros. Como o microsseguro está situado na interseção entre proteção social e inclusão financeira – dois itens importantes da pauta do G-20 –, sua contribuição para o desenvolvimento econômico será maior quando essas duas forças estiverem bem coordenadas. Por exemplo, parcerias público-privadas parecem ser uma forma importante de obter o melhor dos dois mundos, embora seja mais fácil dizê-lo do que fazê-lo. Da mesma forma, conforme sugerido por Dercon (2011), transferências de caixa que garantam um fluxo de renda estável para famílias de baixa renda podem ser complementadas pelo seguro para ajudar também essas mesmas famílias a gerenciarem o risco com mais eficiência.

É improvável que o microsseguro, por si só, quebre o círculo da pobreza; entretanto, no conjunto de ferramentas para reduzir a pobreza, ele é uma ferramenta valiosa. Quando combinado com prevenção e atenuação de riscos, e complementado por outros serviços financeiros de gerenciamento de riscos, tais como poupança e empréstimos de emergência, o seguro pode desempenhar um papel importante em múltiplos níveis para, de forma eficiente, gerenciar riscos, reduzir vulnerabilidade e, espera-se, contribuir para a redução da pobreza.

Público-alvo

Conforme descrito no Capítulo 1, para que o microsseguro tenha sucesso é necessário o comprometimento de uma série de públicos-alvo. Sem a cooperação de profissionais do seguro, canais de distribuição, formuladores de políticas e supervisores, provedores de assistência técnica e de serviços, doadores, organizações da comunidade e acadêmicos seria extremamente difícil oferecer soluções de sustentabilidade em seguros para um grande número de famílias de baixa renda. Este livro destina-se, portanto, a pessoas de qualquer um desses grupos que queiram aprender com a experiência e estejam ansiosas para aproveitar os conhecimentos sobre como oferecer cobertura viável e de valor para trabalhadores pobres.

Estrutura do livro

Este livro está organizado em oito partes. A Parte 1 destaca as principais evoluções no setor, explica a relação entre seguro e proteção social, descreve o impacto potencial do microsseguro e considera o desafio de fornecer microsseguro à luz da mudança climática. Em especial, o Capítulo I apresenta uma visão geral do conteúdo do livro, ao discutir as principais tendências e fazer referência a outros capítulos para mais detalhes.

As Partes II a IV cobrem ramos de seguro específicos: seguro saúde, vida, e agrícola e pecuária. A Parte V resume importantes temas específicos do mercado de baixa renda, tais como psicologia do microsseguro, educação do consumidor e valor para o cliente. Ainda nessa parte, será também explorado o desenho do microsseguro para determinados grupos alvos, em particular, mulheres e migrantes. A Parte VI contempla a rentabilidade do microsseguro para a indústria de seguros e a experiência das seguradoras comerciais no atendimento ao mercado de baixa renda. Essa parte do livro também descreve como precificar produtos de microsseguro com dados limitados e oferece uma análise detalhada do microsseguro na Índia, que é um bastião de inovação e uma baliza de participação de governo. A Parte VII se concentra na distribuição e intermediação, e o livro termina com a Parte VIII, que fornece informações sobre a infraestrutura necessária para que o microsseguro alcance êxito, incluindo tecnologia, regulamentos conducentes e proteção do consumidor adequada.

I Questões emergentes

1 Tendências atuais no microsseguro

Craig Churchill e Michael J. McCord

Os autores querem agradecer aos seguintes revisores por seus comentários detalhados e inteligentes: Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Veronique Faber (Microinsurance Network), Jeanna Holtz (OIT), Brandon Mathews (Zurich), Lisa Morgan (Milliman), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation), Jim Roth (Leapfrog) e Rupalee Ruchismita (CIRM).

O microsseguro está se desenvolvendo a um ritmo impressionante, com inúmeras inovações surgindo para enfrentar o desafio de oferecer seguro para pessoas de baixa renda. Novos produtos que cobrem uma variedade de riscos estão sendo lançados e distribuídos a famílias pobres por intermédio de uma diversidade cada vez maior de canais. Ferramentas divertidas de educação do consumidor estão sendo usadas para formar consumidores mais bem informados. Autoridades da área de seguro estão adaptando suas normas para facilitar a expansão do seguro para o pobre. Em suma, hoje, mais alguns milhões de famílias de baixa renda têm acesso a uma cobertura de seguro melhor.

Para iniciar este segundo volume de *Protegendo a população de baixa renda*, o presente capítulo descreve cinco tendências que refletem a impressionante evolução da situação no microsseguro.

1. A definição de microsseguro está se tornando operacional.
2. Mais famílias de baixa renda possuem cobertura de seguro.
3. Os públicos-alvo em microsseguro estão ficando mais diversificados.
4. Os provedores estão oferecendo uma gama de produtos mais ampla e variada.
5. Há uma enorme preocupação para o seguro garantir valor real para o segurado.

1.1 A definição de microsseguro está se tornando operacional

A primeira das cinco tendências é que a definição de microsseguro está se tornando operacional. No primeiro volume, microsseguro foi definido da seguinte forma:

Microsseguro é a proteção de pessoas de baixa renda contra riscos específicos em troca de pagamentos regulares de prêmios proporcionais à probabilidade e ao custo do risco envolvido. Esta definição é essencialmente a mesma que se pode aplicar aos seguros em geral, exceto para o mercado alvo especificado claramente: pessoas de baixa renda ... Quão pobres as pessoas têm de ser para sua proteção de seguro ser considerada micro? A resposta varia de acordo com o país, porém, de maneira geral, o microsseguro se destina a pessoas ignoradas pelos programas regulares de seguros comerciais e sociais, pessoas que não tiveram acesso a produtos apropriados.

Churchill, 2006, páginas 12-13

Embora esta seja uma definição conceitual correta, ela não é suficiente. Uma distinção clara é necessária, por exemplo, para uma companhia de seguros com um departamento de microsseguro que precise definir os limites onde começa e termina o trabalho desse departamento. Supervisores de seguros também exigem definições operacionais. Por exemplo, se formuladores de políticas criam exigências para as seguradoras atenderem o pobre, ou propõem incentivos para as seguradoras operarem em um mercado em baixa, então eles precisam de um meio para determinar se estes objetivos foram alcançados.

Há quatro formas principais de tornar a definição de microsseguro operacional:

1. **Público-alvo:** A definição original era uma abordagem baseada no grupo alvo, indicando que o microsseguro se destinava à população de baixa renda. No entanto, uma vez que ela não orientava sobre como avaliar ou determinar se o grupo de "baixa renda" estava, de fato, sendo atendido, a definição não poderia ser utilizada de forma eficaz por seguradoras ou reguladores. Não corresponde à realidade esperar que seguradoras avaliem se segurados potenciais são suficientemente pobres para justificar o microsseguro.[1]
2. **Definição de produto:** A definição operacional mais comum utiliza parâmetros de produto com base no pressuposto de que um limite na importância segurada e/ou no prêmio garantirá que o produto seja importante apenas para famílias de baixa renda. Conforme ilustrado na Tabela 25.2, esta abordagem é comumente utilizada por autoridades reguladoras e é importante, particularmente, se sua intenção é compelir ou induzir seguradoras existentes a operarem em um mercado em baixa. No entanto, definir microsseguro simplesmente com base no prêmio e nos limites do benefício pode ser problemático se ele inibir a inovação ao restringir as opções da seguradora no desenho do produto. Além disto, muitos produtos dentro dos parâmetros especificados não estão voltados para o grupo alvo, como, por exemplo, cartão de crédito ou seguro viagem com seus prêmios relativamente baixos.
3. **Definição de provedor:** Uma terceira forma de definir microsseguro se baseia no tipo de organização que pode fornecê-lo. Além das seguradoras formais, o microsseguro pode ser fornecido por funerárias ou sociedades beneficentes, mútuas, cooperativas e organizações comunitárias. Esta abordagem é utilizada, por exemplo, nas Filipinas, onde as associações mútuas de benefícios (AMBs) têm exigências técnicas e de capital menores, e podem fornecer uma gama de produtos limitada. No entanto, definições que se concentram exclusivamente em provedores podem dificultar a expansão do microsseguro, porque uma série de acordos institucionais é necessária para atingir o amplo mercado não atendido.

[1] Para alguns programas de proteção social, como, por exemplo, o Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), um programa de saúde massificado na Índia, um mecanismo de comprovação de renda é utilizado para determinar se as famílias são vuneráveis o suficiente para terem direito ao subsídio do governo. Para identificar as famílias abaixo da linha da pobreza (ALP) que podem acessar a assistência do governo na Índia, uma série de parâmetros é utilizada, com critérios diferentes para áreas rurais e urbanas. O estudo para determinar a elegibilidade ALP utiliza vários indicadores econômicos, como tamanho da propriedade, tipo de moradia, acesso à água e a saneamento, tipo de emprego e grau de instrução.

4. **Canal de distribuição:** Uma quarta abordagem, algumas vezes utilizada por companhias de seguros, é definir microsseguro pelo intermediário envolvido. Por exemplo, se produtos são distribuídos por instituições de microfinanças (IMFs), varejistas de baixo custo ou outras organizações que normalmente alcançam o mercado de baixa renda, eles podem, então, ser considerados como microsseguro pelo segurador.

Todas essas formas de definir microsseguro apresentam vantagens e desvantagens. Por conseguinte, uma abordagem mista – considerando o conceito de atender ao mercado de baixa renda, associada à definição quantitativa do produto e permissão para provedor e tipos de distribuição – pode ser mais apropriada. Por exemplo, a Allianz está realizando um "teste de resistência" ao microsseguro que considera 12 parâmetros para avaliar se um produto de seguro se qualifica como micro, o que inclui definições de componentes do grupo alvo, produto e canal de distribuição.

Independentemente de como o microsseguro é definido, o desenho de produto e o acesso são diferenciais importantes. O foco em simplicidade e acessibilidade, além da eficiência de processos, separa o microsseguro do seguro tradicional. Por exemplo, o seguro com uma proposta longa, muitas exclusões e outras exigências não pode ser classificado como microsseguro, mesmo se os prêmios forem baixos e o produto estiver voltado para o mercado de baixa renda.

Microsseguro deve ser definido de forma a responder aos objetivos nacionais ou corporativos de reguladores e seguradoras, respectivamente, e, neste caso, as definições serão variadas. Na verdade, a tendência é importante não apenas porque a própria definição está se tornando operacional, mas porque seguradoras e formuladores de políticas estão realmente interessados em colocá-lo em prática nas suas operações. Isto indica que eles estão levando este grupo alvo mais a sério e, possivelmente, criando incentivos ou estruturas especiais para proteger o pobre.

Não há nada de mágico na palavra "microsseguro". O seguro popular fornecido por intermédio de cooperativas financeiras durante muitos anos poderia ser chamado de microsseguro onde os membros dessas cooperativas são pobres. O seguro de massa vendido pelas seguradoras por intermédio de grupos de afinidade – tais como membros de sindicatos ou clientes de varejistas ou companhias de serviços públicos – podem também se classificar como tal. No entanto, o termo "microsseguro" continua a ser usado porque ele reforça a importância de compreender as necessidades, preferências e características desse grupo alvo: a família de baixa renda, os trabalhadores pobres e os carentes de serviços.

Neste livro, uma definição inclusiva é usada porque a principal preocupação é assegurar que famílias de baixa renda possam gerenciar riscos importantes de forma mais eficiente. A abordagem baseada no mercado é importante para alguns grupos alvos, como, por exemplo, o trabalhador pobre com pouca renda disponível que as seguradoras não tenham alcançado no passado, mas ela não alcançará, efetivamente, os mais pobres dos pobres.

Conforme ressaltado no Capítulo 2, tanto as abordagens lideradas pelo mercado quanto as iniciativas de proteção social são importantes e complementares, e, consequentemente, partindo de uma perspectiva de política pública, elas precisam ser consideradas de forma holística. Uma das tendências interessantes nos últimos anos é o aumento das parcerias público-privadas (PPPs) e a disposição dos formuladores de políticas em subsidiar prêmios para famílias vulneráveis. De fato, em alguns países o limite entre as iniciativas do mercado e as do governo está se tornando bastante impreciso, e ambas são necessárias para garantir que famílias vulneráveis tenham proteção de risco adequada.

1.2 Mais famílias de baixa renda possuem cobertura de seguro

A segunda tendência é que o microsseguro está se expandindo de forma impressionante, de 78 milhões de pessoas de baixa renda identificadas como tendo alguma cobertura nos 100 países mais pobres em 2006 (Roth et al., 2007) para 135 milhões de segurados em 2009 (Lloyd's, 2009). Hoje, estimativas aproximadas sugerem que o setor está chegando perto dos 500 milhões de riscos cobertos, incluindo vida e saúde de pessoas de baixa renda, bem como proteção de suas culturas, seus animais e outros ativos *(ver Tabela 1.1)*. Este aumento enorme é, em parte, atribuído à expansão e a alguns mercados que estão crescendo aos trancos e barrancos. Além do crescimento, há um grande impulso por conta da inclusão de países e programas que não foram identificados ou incluídos nos estudos anteriores, para os quais havia sido adotada uma definição de microsseguro menos abrangente.[2]

De fato, um dos principais desafios na avaliação do crescimento decorre da primeira tendência, a definição. Sem uma definição universal de microsseguro, é difícil calcular os números; entretanto, as estimativas dão informações úteis sobre como o setor está evoluindo *(ver Tabela 1.1)*. Esta seção analisa diferenças regionais e considera os principais motores de crescimento.

Tabela 1.1 **Alcance estimado do microsseguro: Milhões de riscos cobertos**

	Ásia	*América Latina*	*África*	*Total*
2006[1]	66	8	4,5	78
2009[2]			14,7	
2011	350 a 400	45 a 50	18 a 24	<500

[1] Roth et al., 2007, apenas os 100 países mais pobres.
[2] Matul et al., 2010.

[2] Por exempo, o estudo de 2006 considerou apenas os 100 países mais pobres e, portanto, excluiu dados de alguns países importantes no microsseguro, como, por exemplo, Brasil, México e África do Sul.

1.2.1 Escala, crescimento e geografia

No estudo de 2006, 85 por cento dos segurados eram da Ásia, 10 por cento da América Latina e apenas 5 por cento da África (Roth et al., 2007). Embora essa distribuição não tenha mudado drasticamente, desdobramentos diferentes estão contribuindo para a expansão em cada região.

Ásia

No estudo de 2006, a escala de microsseguro na Ásia foi impulsionada por 30 milhões de pessoas cobertas na Índia – onde o volume foi estimulado pelas exigências regulatórias que obrigam as seguradoras a atenderem este mercado – e por 28 milhões na China, que foi o resultado de um produto casado promovido por um único sindicato.

Ambas essas potências em microsseguro testemunharam um crescimento sensível nos anos desde então. Conforme mencionado no Capítulo 20, um estudo estimou que, em 2010, 300 milhões de pessoas de baixa renda estariam cobertas apenas por programas de seguro saúde massificados apoiados pelo Estado, na Índia. Além disso, 163 milhões de pessoas pobres tinham seguro vida, agrícola ou de pecuária, muitas vezes subsidiado parcialmente pelo governo. Embora o capítulo considere o primeiro número como extremamente otimista – e ele é consideravelmente maior do que o segundo, visto que muitas pessoas cadastradas nos programas de saúde também possuem outros tipos de seguro – ainda é razoável estimar que 60 por cento das pessoas cobertas por microsseguro ao redor do mundo vivem na Índia.

Dados da China são mais difíceis de obter, mas talvez outras 40 milhões de pessoas de baixa renda tenham acesso à cobertura de seguro naquele país. Por exemplo, de acordo com Qureshi e Reinhard (2011), mais de 11 milhões de pessoas de baixa renda têm cobertura da China Life e 600 mil por intermédio da People's Insurance Company of China (PICC). O governo estimula ativamente pilotos de microsseguros por companhias de seguros, aumentando de 3,8 milhões de vidas seguradas em 2008 para mais de 14 milhões em 2010.

No entanto, crescimento e escala na Ásia não estão limitados aos dois países mais populosos do mundo. As Filipinas são um exemplo interessante devido à diversidade de abordagens. Seguradoras privadas são ativas no mercado, com a Malayan Insurance Company expandindo seu alcance de 4,1 milhões para mais de 5 milhões de vidas de baixa renda de 2007 a 2009, ao distribuir por intermédio de casas de penhores *(ver Capítulo 18)* e a Country Bankers Life cobrindo cerca de um milhão de pessoas. Durante esse mesmo período, a MicroEnsure, um corretora especializada, facilitou cobertura para 1,2 milhão de vidas *(ver Capítulo 23)*, e o KaSAPI da PhilHealth, o programa de proteção social do governo para a economia informal que cobriu, aproximadamente, 30 mil pessoas (Qureshi e Reinhard, 2011). No entanto, o Center for Agriculture and Rural Development (CARD), uma AMB, superou todos eles, cobrindo 7,0 milhões de pessoas de baixa renda.[3]

[3] Dados do CARD de agosto de 2011, conforme publicado em http://cardbankph.com

O crescimento significativo também se mostra evidente em Bangladesh e no Paquistão, enquanto países como Camboja, Indonésia e Sri Lanka estão começando sua jornada e já apresentam alcance significativo. Ao todo, com aproximadamente 350 a 400 milhões de riscos segurados, a Ásia está liderando o desenvolvimento do microsseguro, em parte, em face de grandes e densas populações, interesse de seguradoras públicas e privadas, agregadores ou canais de distribuição dispostos e, talvez o mais importante, participação ativa do governo, por exemplo, através de subsídios.

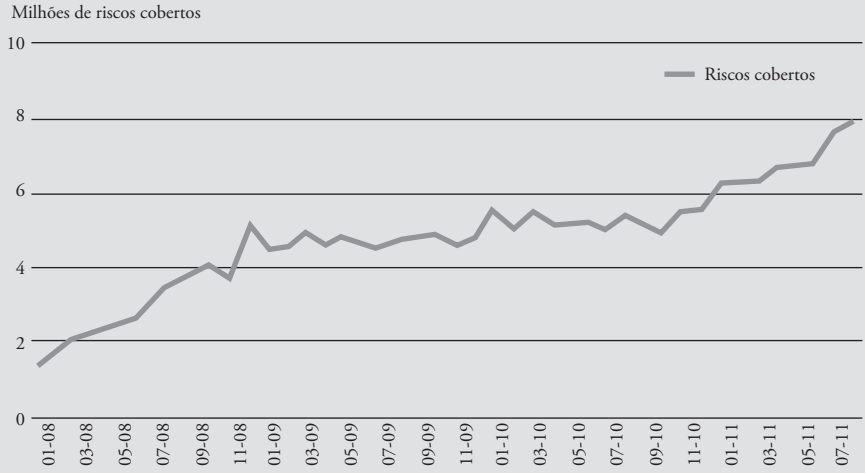
América Latina

Na América Latina, a maior parte das quase 8 milhões de vidas seguradas em 2006 estavam no Peru e na Colômbia. O Peru tinha, principalmente, cobertura de seguro prestamista, que refletia sua indústria de microfinanças madura, enquanto os números da Colômbia sugeriam que o microsseguro girava, essencialmente, em torno de uma única companhia de seguros com uma apólice popular de seguro funeral.

Apesar dos dados de crescimento não estarem, em geral, disponíveis, a Colômbia é uma exceção porque a associação de seguros, Fasecolda, vem coletando dados sobre o desempenho do microsseguro há anos. Segundo a Fasecolda, o microsseguro cresceu de menos de 1,5 milhão de riscos cobertos em 2008 para quase 8 milhões em julho de 2011 *(ver Figura 1.1)*. Inicialmente, o crescimento foi atribuído aos produtos de vida em grupo e aos acidentes pessoais distribuídos via companhias de serviços públicos, porém, em 2010-11, os produtos de seguro desemprego e residencial tiveram forte aceitação.

Figura 1.1

Riscos de microsseguro cobertos na Colômbia



Fonte: Dados fornecidos pela Fasecolda, Colômbia, 2011.

Brasil e México, que são mercados enormes, não fazem parte do estudo original. Em uma análise exaustiva do microsseguro no Brasil, Bester et al. (2010) estimaram que entre 23 e 33 milhões de pessoas de baixa renda tinham cobertura, incluindo de programas de assistência funeral, que não estavam regulamentadas pelas autoridades de seguros. O Brasil é um dos mercados de crescimento mais rápido na região, em parte devido à abordagem proativa adotada pelos formuladores de políticas *(ver Caixa de Texto 25.2)*.

De fato, vários governos latino-americanos estão promovendo ativamente um ambiente propício para o microsseguro, a fim de facilitar o envolvimento do setor privado na base da pirâmide (BdP). Nesta região, o microsseguro é, principalmente, um esforço comercial. O crescimento decorre de seguradoras que se voltam para mercados em baixa onde há menos concorrência e mais espaço para inovação. Os volumes na América Latina, que provavelmente estão na faixa de 45 a 50 milhões, também vêm de uma definição mais ampla de microsseguro do que na Ásia, incluindo a faixa mais alta da classe pobre e a faixa mais baixa da classe média.

África

Mais dados estão disponíveis em relação à África depois de uma pesquisa em 2009 (Matul et al., 2010). Os dados de 2006, que não incluíram a África do Sul, identificaram 4,5 milhões de vidas cobertas, principalmente, pela cobertura associada ao crédito básico. O estudo de 2009 identificou 14,7 milhões de pessoas cobertas pelo microsseguro, das quais 8,2 milhões eram da África do Sul. O crescimento fora da África do Sul durante este período foi de, aproximadamente, 13 por cento ao ano, atribuído, principalmente, à expansão da cobertura de vida na África Oriental. A provisão de microsseguro foi liderada por seguradoras comerciais do Leste e do Sul, e por mútuas de saúde da região Oeste.

A experiência na África do Sul, descrita na Caixa de Texto 1.1, é atípica em se tratando de continente. Talvez o maior alcance por uma seguradora africana seja a Hollard, que está cobrindo quatro milhões de vidas de baixa renda (Coydon e Molitor, 2011), quase todas por meio da cobertura de funeral, principalmente na África do Sul. A Sanlam Sky também cobre mais de um milhão de pessoas por intermédio de um canal de distribuição *(ver Capítulo 19)*, e a Old Mutual tem uma linha de produtos que cobre cerca de 0,5 milhão de pessoas *(ver Capítulo 18)*.

Embora o número continental possa não exceder 24 milhões de pessoas, o microsseguro está ganhando força em vários países. A Etiópia, por exemplo, viu o número de vidas de baixa renda cobertas crescer de quase nada em 2006 para um milhão no estudo de 2009 e 2,5 milhões em 2011 (Zeleke, 2011), em especial, devido às regulamentações controversas que permitem às instituições de microfinanças assumirem riscos de seguro. Em Gana e no Zimbábue, a cobertura de microsseguro aumentou por meio de produtos do tipo benefício para asso-

ciados oferecidos por empresas de telefonia móvel cobrindo milhões de pessoas. No Quênia, Smith et al. (2010) estimam que o mercado de microsseguro voluntário seja de 150 a 200 mil segurados, embora a cobertura de seguro prestamista aumente o mercado para 650 a 700 mil pessoas cobertas ou mais de 3 por cento da população adulta do Quênia.[4]

Caixa de Texto 1.1

Oferta e demanda de microsseguro na África do Sul

O microsseguro na África do Sul é bastante diferente daquele no restante do continente, em parte porque há tanto oferta quanto demanda de cobertura. Devido ao alto valor social e cultural atribuído a funerais dignos, muitas famílias de baixa renda possuem seguro funeral, até mesmo várias apólices. Do lado da oferta, muitas seguradoras sul-africanas são sofisticadas e empreendedoras – o país tem uma das mais altas taxas de penetração no mundo (Swiss Re, 2011). A combinação de seguradoras sofisticadas e a demanda de famílias de baixa renda resultam em um mercado crescente e inovador.

Na África do Sul, nos termos da Lei Orgânica do Setor Financeiro que estimulou as seguradoras a se voltarem para mercados em baixa, o mercado de baixa renda foi definido como aquele com uma renda mensal inferior a aproximadamente US$400. A proporção desta população que tinha algum tipo de cobertura de risco (formal ou informal) cresceu de forma substancial de 33 por cento em 2006 para 38,5 por cento em 2010. Esta expansão se deu, quase exclusivamente, em função de um aumento no seguro funeral formal. No entanto, em termos absolutos, o número de vidas seguradas, na verdade, caiu de pouco menos de 6,5 milhões em 2006 para pouco mais de 4,5 milhões em 2010. De 2006 até 2010, a população que vive com menos de US$400 por mês caiu de pouco mais de 19,5 milhões para menos de 12 milhões de pessoas. Consequentemente, a queda no número de pessoas cobertas na África do Sul pode ser interpretada como um resultado positivo do desenvolvimento.

Fonte: Adaptado de Chamberlain et al., 2011.

1.2.2 Motores de crescimento, grande e pequeno

Esta seção analisa, de forma resumida, os motores de crescimento do microsseguro, incluindo as fontes dos grandes avanços e melhorias adicionais que preparam a base para o crescimento futuro.

[4] A maioria dos números divulgados, que foram citados neste capítulo, são derivados de dados autorreportados, em geral, pelas seguradoras. Entretanto, as estimativas do Quênia e os dados da África do Sul na Caixa de Texto 1.1 se baseiam no FinScope, que analisa o uso do serviço financeiro por meio de inúmeras amostras de pesquisa e, então, aplica as conclusões à toda a população. Isto explica a discrepância entre o fornecimento de dados citados em Matul et al. (2010) e o dados de utilização na Caixa de Texto 1.1.

Grandes avanços

Há quatro fatores que contribuíram para esta expansão exponencial. O primeiro, e de longe o fator mais significativo, é o apoio do governo, em especial na Ásia, que estimulou um crescimento considerável de várias formas:

1) subsídios, por exemplo na Índia, tinham como meta estender o seguro saúde aos trabalhadores da economia informal e proteger agricultores de baixa renda dos riscos de fenômenos meteorológicos e da mortalidade de animais;
2) parcerias público-privadas para se valer da experiência no setor privado, a fim de implementar programas de governo;
3) instruções ou metas para seguradoras do setor privado (por exemplo, Índia, África do Sul) para compeli-las ou induzi-las a alcançar segmentos de mercado não atendidos; e
4) envolvimento de seguradoras do setor público, tais como Life Insurance Company e Agriculture Insurance Company, na Índia, e PICC e China Clife, na China. Embora as companhias do setor privado chamem atenção por suas abordagens inovadoras, as companhias do setor público são as que alcançaram escala maciça.

De fato, sem a liderança do governo indiano, a história de crescimento passaria de extraordinária para digna de menção apenas.

O segundo motor é o cadastro automático ou a cobertura obrigatória. Apólices em grupo são um caminho comum para aumentos significativos em forma de escala, uma vez que são fáceis de gerir, reduzem seleção adversa e criam um *pool* de risco maior. O microsseguro automático também inclui a cobertura oferecida gratuitamente, como um benefício de afiliação ou incentivo de fidelidade, a exemplo da cobertura vida a termo básica da Compartamos, no México, que cobre cerca de três milhões de pessoas (Qureshi e Reinhard, 2011); e a cobertura de acidentes pessoais garantidas pela IFFCO-Tokio com a venda de fertilizantes, cobrindo 3,5 milhões de agricultores indianos *(Capítulo 20)*. Da mesma forma, na China, todos os membros de uma aldeia podem ser cadastrados, automaticamente, com base em uma decisão pela liderança da aldeia.

Esta abordagem foi adotada recentemente por companhias de telefonia móvel na África. Em 2010, a Trustco Mobile, no Zimbábue, introduziu o seguro de vida como um incentivo de fidelidade em parceria com a EcoLife e a First Mutual Life Assurance, e, em um ano, a empresa cobriu 1,6 milhão de assinantes (Trustco Group, 2011). Em Gana, a MicroEnsure, companhia intermediária especializada em microsseguro, e uma companhia de telefonia móvel, Tigo, lançaram o Tigo Family Care em 2011, que está crescendo, com mais de 4.500 novas vidas seguradas por dia (Gross, 2011b). Com tais produtos, não é possível saber qual o percentual de pobres entre aqueles que estão cobertos, porém, tendo em vista os altos níveis de pobreza e a forte penetração de telefones móveis em mercados de baixa renda, é uma aposta justa que a grande maioria se classifique na definição de grupo alvo do microsseguro.

Um terceiro importante motor é o desenvolvimento de sistemas de pagamento eficazes. Cobrar prêmios de microsseguro pode ser um desafio, porém, sistemas de pagamento emergentes, como o de dinheiro móvel da M-PESA, no Quênia, são motores importantes de crescimento. Em locais onde o dinheiro eletrônico não é permitido, sistemas de pagamento de contas, redes de pontos de venda (POS) e correspondentes bancários propiciam às seguradoras acesso a um grande número de famílias de baixa renda. Por exemplo, a Aon Affinity, uma subsidiária da Aon, informa que cobre 12 milhões de pessoas, em sua maioria de baixa renda, por intermédio de programas de mercado de massa em seis países da América Latina que acessam as bases de clientes e usam os sistemas de pagamento de companhias de telefonia, eletricidade e água (Baptistini, 2011).

A experiência da Aon destaca o quarto motor, a capacidade das seguradoras e corretoras multinacionais de repetir seu sucesso em diferentes jurisdições. As corretoras Marsh e Guy Carpenter participam de programas de governo na Índia cobrindo dezenas de milhões de pessoas de baixa renda, e agora estão levando estas experiências para outras jurisdições *(ver Capítulo 23)*. Em 2010, a Allianz cobriu seis milhões de pessoas de baixa renda em oito países (Coydon e Molitor, 2011), enquanto a Zurich tinha 2,3 milhões de apólices cobrindo "consumidores emergentes" em sete países, contra 1,8 milhão em 2009 *(ver Capítulo 19)*.

Melhorias adicionais

A expansão do seguro para proteger milhões de pessoas de baixa renda não está acontecendo apenas por meio de grandes avanços, mas também por meio de melhorias adicionais que estão, gradualmente, expandindo os mercados de microsseguro. A aceitação continua a crescer por causa de uma confluência de fatores que reforçam tanto a oferta quanto a demanda por cobertura. Alguns motores adicionais incluem:

- O efeito demonstração de experiências positivas de pagamento de sinistros pode ter maior influência na ajuda às pessoas a apreciarem e comprarem microsseguro.
- Ambientes regulatórios propícios à inclusão financeira em vários países estão removendo barreiras e, até mesmo, criando incentivos para que seguradoras se voltem para mercados em baixa enquanto criam caminhos para seguradoras informais participarem no mercado formal *(ver Capítulo 25)*. Diferentemente do apoio do governo descrito anteriormente, mudanças no ambiente regulatório, em geral, resultam em melhorias adicionais, e não em grandes avanços, embora haja algumas exceções.
- A educação do consumidor é relatada como tendo ajudado as pessoas em algumas áreas a compreenderem melhor o microsseguro e seu papel no gerenciamento do risco família *(ver Capítulo 14)*.
- Uma melhora na proposta de valor para os clientes é resultante das seguradoras com maior exposição e familiaridade com o mercado de baixa renda *(ver Capítulo 15)*.

Como a fábula da tartaruga e da lebre, estas melhorias adicionais lentas e constantes não são tão cativantes como os grandes avanços, mas são talvez mais importantes para desenvolver uma cultura de seguros em mercados de baixa renda e criar uma base sólida para expansão futura. Em última análise, estas melhorias adicionais são sinais de que os públicos-alvo em alguns países estão conquistando o direito fundamental – um ambiente propício, um consumidor informado e seguradoras responsivas, que se unem para produzir um mercado de microsseguro vibrante.

Para evitar pintar um quadro excessivamente otimista, é interessante observar que o progresso se mantém irregular. Para cada país em desenvolvimento que está experimentando um crescimento significativo, há pelo menos três ou quatro que estão estagnados ou sua atividade de microsseguro é limitada. Os inibidores de crescimento são, em grande parte, o inverso dos facilitadores, incluindo a falta de demanda e a capacidade limitada do setor de seguros de inovar. O processo de criação de uma cultura de seguros pode levar anos, se não uma geração.

1.3 Os públicos-alvo do microsseguro estão ficando mais diversificados

Na esfera da política pública e do desenvolvimento internacional, o microsseguro é interessante devido ao seu potencial para apoiar esforços muito diferentes. Poucas órganizações têm departamentos de microsseguro. Ao contrário, o seguro é um subtema que passa por vários domínios, incluindo saúde e proteção social, desenvolvimento da agricultura e pecuária, mudança climática e gestão de catástrofes, microfinanças e desenvolvimento de pequenas empresas e cooperativas. Como resultado, uma quantidade maior de tipos de organização está participando no microsseguro.

No primeiro volume, houve uma preponderância de experiências que envolveram programas mútuos baseados na comunidade e parcerias entre companhias de seguros IMFs. Embora estes acordos ainda sejam responsáveis por uma parcela considerável do alcance do microsseguro, eles foram ofuscados por outros acordos institucionais, incluindo parcerias público-privadas e canais de distribuição alternativos. Além disso, outros *players* também estão assumindo papéis importantes ao criarem condições para que o microsseguro tenha sucesso, por meio de políticas públicas proativas de regulamentos de apoio ou como facilitadores de nível médio, tais como consultores, provedores, financiadores e desenvolvedores de tecnologia.

Esta seção analisa a terceira tendência – maior envolvimento de uma variedade de públicos-alvo – incluindo: 1) seguradoras e resseguradoras, 2) canais de distribuição; 3) governos; e 4) facilitadores.

1.3.1 Seguradoras e resseguradoras

A indústria de seguros tem microsseguro em seus genes. Do consórcio de risco por parte das comunidades de artesãos e associações beneficentes até a introdução de segurança industrial *(Ver Caixa de Texto 1.2)*, as seguradoras têm reconhecido que as necessidades de gerenciamento de risco das pessoas de baixa renda podem formar a base para um modelo de negócios viável. Historicamente, as abordagens para fornecer aos trabalhadores pobres cobertura especializada, muitas vezes, caracterizaram o mercado. Conforme o emprego formal cresceu, e considerando que as pessoas abriram contas bancárias, ficou mais fácil para as seguradoras oferecerem cobertura com mais eficiência por intermédio de empregadores e bancos. A eficiência resultante, associada a programas de previdência social ampliados em muitos países, poupou as seguradoras da tarefa trabalhosa de cobrar prêmios pequenos e, com o tempo, as afastou do mercado de baixa renda. Hoje, o microsseguro é uma forma que a indústria tem de voltar às suas raízes e se tornar, novamente, importante para a maioria dos trabalhadores do mundo e suas famílias.

Caixa de Texto 1.2

Origens do microsseguro

"Portanto, o seguro industrial era ... o seguro vida simplesmente adaptado às suas circunstâncias e exigências especiais de grandes massas. Se comparado ao "seguro de vida comum, sua característica peculiar principal é a forma como os prêmios são pagos, a modificação tendo sido introduzida, exclusivamente, para a conveniência dos pequenos assalariados a quem ele é destinado ... Uma família cujos salários são trazidos para casa a cada semana acomoda seu orçamento perfeitamente; é raro esta família ter uma reserva de renda para efetuar grandes pagamentos em intervalos infrequentes, e, mais raro ainda, é uma conta bancária da qual os cheques possam ser sacados. Se as contribuições sistemáticas para seguro devem ser mantidas nestas condições, elas têm de estar associadas ao envelope de pagamento semanal ou mensal e serem pagas quando o dinheiro estiver na mão. Isso não ocorrendo, as chances são de o dinheiro ser usado para outros fins. O que sobra após a provisão para o essencial, como aluguel, comida e roupas, em geral, é pouco, e a tentação de gastar esta sobra em entretenimento, supérfluos ou prazeres imediatos é, muitas vezes, muito forte para se resistir sem o apoio moral do cobrador de seguro industrial. Estas eram as condições da economia da classe operária em 1854."

Fonte: Morrah, 1955, página 25.

Na versão contemporânea do microsseguro, houve três principais tomadores de risco: a) seguradoras baseadas na comunidade e seguradoras mútuas gerenciando o risco de seguro dos seus membros; b) seguradoras comerciais ajustando produtos e processos para cobrir os riscos seguráveis do mercado de baixa renda; e c) governos

com programas nacionais de proteção social. Esta seção considera os dois primeiros, enquanto o último é tratado na seção 1.3.3.

Mútuas oferecem algumas vantagens importantes em microsseguro, em especial as relacionadas à sua proximidade com os membros, o que permite uma melhor compreensão de suas necessidades, facilita a liquidação de sinistros com melhores controles de fraude e tendem a criar confiança considerável dos segurados. Elas também parecem ser particularmente adequadas para garantir melhor valor para o cliente, conforme demonstrado por uma avaliação de provedores de microsseguro em três países *(ver Capítulo 15)*.

Mesmo com estas vantagens, no entanto, a maioria das seguradoras mútuas não parece ser um caminho eficaz para atingir milhões de famílias de baixa renda, considerando que, com frequência, elas são limitadas por afiliação, governança, capacidade, reservas de capital pequenas e regulamentação. Embora ainda sejam comuns em algumas regiões, elas estão perdendo espaço em muitos países devido à entrada de seguradoras comerciais no mercado de baixa renda. Mútuas também estão sendo forçadas a fazer ajustes por outro lado também, uma vez que mais governos buscam cobertura de saúde universal. Por exemplo, na Índia, o seguro saúde teve início com várias organizações mútuas e comunitárias, que agora precisam se reposicionar em vista da expansão da cobertura saúde de massa do governo *(ver Capítulo 20)*.

Esta tendência não significa que seguradoras mútuas estejam se tornando irrelevantes. A experiência na Índia indica que estes programas são iniciativas inovadoras eficazes que podem testar novas abordagens, e das quais se pode deprender lições valiosas que terceiros podem usar como parâmetro. Alguns países, particularmente na África, iniciaram esforços para alcançar a cobertura de saúde universal e a infraestrutura que as mútuas construíram ao longo dos anos, por exemplo, em Gana, Mali e Ruanda, que serve como uma base importante para ampliar a cobertura para áreas rurais e trabalhadores da economia informal *(ver Caixa de Texto 2.1* e Kundra e Lagomarsino, 2008). De fato, alguns casos excepcionais, por exemplo, AMB do CARD, nas Filipinas, e Cooperative Insurance Company (CIC), no Quênia, *(ver Capítulo 18)*, têm mostrado que o modelo cooperativo pode ser uma base para a escala no microsseguro.

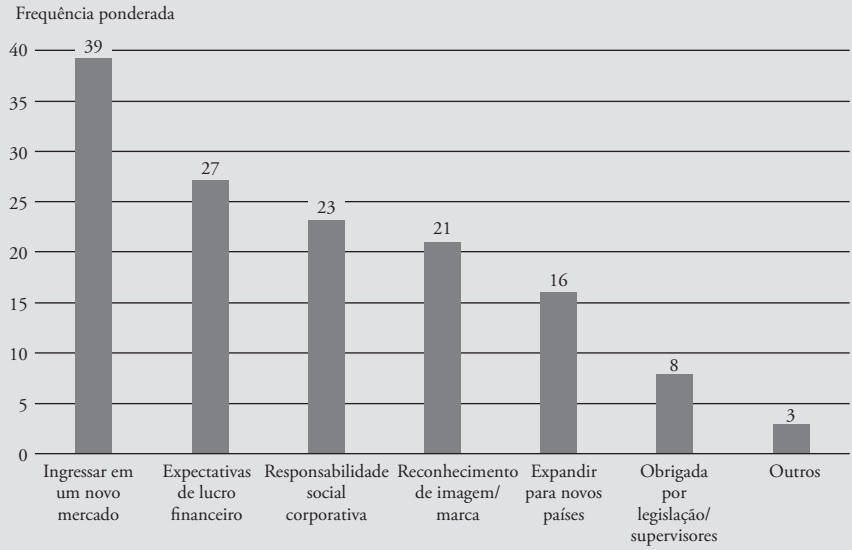
A grande novidade é a enorme quantidade de seguradoras comerciais ingressando no mercado de baixa renda. Um estudo da Microinsurance Network revela que pelo menos 33 das maiores 50 companhias de seguros comerciais do mundo oferecem microsseguro; porém, muitas começaram recentemente. Das 24 entrevistadas que forneceram dados longitudinais, apenas cinco tiveram produtos relevantes em 2000, e sete em 2005. O restante começou depois demonstrando, claramente, que o microsseguro está sendo oferecido por um número cada vez maior de companhias comerciais com talvez mais ainda por vir (Coydon e Molitor, 2011). Embora elas não gozem de vantagens importantes, como aquelas desfrutadas pelas mútuas locais, algumas conseguiram compensar suas deficiências com parcerias tecnológicas e de outras formas. Este grupo de seguradoras está bem posicionado para alcançar escala maciça, embora ainda não se saiba se seus produtos garantirão valor para a população de baixa renda.

As motivações das seguradoras para entrarem neste mercado, conforme demonstrado na Figura 1.2, ilustra a interessante combinação de objetivos sociais e comerciais, lucros na base da pirâmide e responsabilidade social corporativa (RSC). Também é importante considerar os pressupostos subjacentes que levam as seguradoras a investir em microsseguro. As decisões para o ingresso no mercado são influenciadas, de maneira considerável, pelo efeito demonstração, o que parece ser reforçado por vários fatores:

- testemunho de outras seguradoras, em especial das concorrentes, ativas em microsseguro e que não querem ficar para trás;
- aumento da disponibilidade de informações sobre microsseguro, principalmente dicas e lições aprendidas, disseminadas amplamente via mídia eletrônica; e
- participação em um número crescente de conferências e reuniões sobre microsseguro.

O impacto deste efeito demonstração sobre seguradoras comerciais é uma tendência poderosa. Quando o primeiro volume do *Protegendo a população de baixa renda* foi publicado, se as seguradoras não estavam no mercado para satisfazer às exigências regulatórias, elas estavam então envolvidas, sobretudo, por questões de RSC. Elas queriam mostrar que estavam fazendo algo de bom para a sociedade, e o microsseguro foi um esforço lógico de RSC em função da sua proximidade com seus principais negócios. Elas, muitas vezes, não estavam focadas, especialmente em rentabilidade, embora muitas esperassem que este fosse um resultado eventual.

Figura 1.2 **Motivações da seguradora para começar a operar com microsseguro**



As companhias foram solicitadas a priorizar no ranking três objetivos por ordem de importância.
O principal objetivo do ranking recebeu 3 pontos, seguido de 2 e 1.

Fonte: Coydon e Molitor, 2011.

O ingresso de um número maior de seguradoras no mercado alterou a equação social *versus* comercial para uma abordagem mais equilibrada, o que deve ser mais sustentável. Um palestrante da Allianz, por exemplo, observa a importância de ambos os impactos, social e financeiro, declarando que "O microsseguro é um negócio cujo resultado final é duplo: ele tem um impacto social imediato e, o mais importante partindo do nosso ponto de vista, tem também um impacto financeiro de longo prazo. Com o microsseguro, cobrimos um enorme mercado de famílias de baixa renda na base da pirâmide econômica." (Allianz Group, 2011).

As seguradoras podem achar meios mais fáceis de fazer dinheiro do que com microsseguro. A pressão por rentabilidade ajuda a mantê-las focadas na eficiência e satisfação do mercado, enquanto o ângulo da RSC deixa algum espaço para experimentação. O Capítulo 19 explora esta tensão entre serem bons cidadãos corporativos e aumentarem participação de mercado, enquanto a *Caixa de Texto 1.3* ressalta o risco reputacional ao qual as seguradoras estão expostas, considerando que elas buscam lucros na BdP.

Caixa de Texto 1.3

Crítica da abordagem BdP

O primeiro volume do *Protegendo a população de baixa renda* aplicou a estratégia de negócios "base da pirâmide" (BdP) de Prahalad à indústria de seguros, apontando que ela podia ser uma forma eficaz de fornecer cobertura para mercados de baixa renda que poderia beneficiar tanto o segurado quanto a seguradora. Nos anos seguintes, o estudo de Prahalad atraiu algumas críticas, garantindo uma pesquisa mais apurada.

Alguns críticos desafiam as motivações das empresas e não acreditam que elas realmente possam alcançar um resultado final duplo. Outros estão preocupados que a venda de mercadorias para a população pobre pode fazer pouco para erradicar a pobreza e poderia até prejudicar as pequenas empresas e ameaçar os empregos locais, por exemplo, caso as pessoas comprem de multinacionais, e não de produtores locais. Outra linha de questionamento diz respeito ao grupo alvo, quando talvez o modelo de negócios de Prahalad possa ser aplicado à população pobre que ascende socialmente e aos consumidores emergentes, mas não aos mais pobres dos pobres. Um dos críticos mais eloquentes, Aneel Karnani, da Michigan University (2009), acredita que a abordagem BdP não reconhece que a população pobre age, muitas vezes, contra seus próprios interesses e leva a uma visão romantizada das pessoas que estão na BdP como consumidores atentos a valor e empreendedores resilientes, o que é algo não apenas falso, mas também prejudicial.

O pressuposto de que toda necessidade do pobre é uma oportunidade de melhorar sua subsistência é perigoso, segundo Karnani, porque leva os Estados a criarem muito poucos mecanismos legais, regulatórios e sociais para proteger o pobre, assim como a confiarem demais nas soluções de mercado em relação à pobreza. O fracasso desta abordagem ficou evidente na crise de microfinanças de Andhra Pradesh, em que a falta

de supervisão de instituições de empréstimos possibilitou que mutuários contraíssem múltiplos empréstimos que eles não tinham capacidade de entender ou pagar.

A crítica da abordagem BdP e a crise de microfinanças são, com certeza, um alerta para o microsseguro. Dada a natureza complexa do seguro, é difícil para os consumidores entendê-lo, e estes ficam vulneráveis à venda enganosa por parte de agentes e a serem iludidos por empresas de má reputação. Tais observações destacam a importância de seguradoras que se voltam para mercados em baixa considerarem, com muita cautela, se estão garantindo valor para o cliente *(Capítulo 15)*, de formuladores de políticas e associações de seguros, se estão promovendo a efetiva defesa do consumidor *(Capítulo 26)* e de reguladores, se estão reprimindo seguradoras ilegais que poderiam minar a cultura de um seguro novo em mercados de baixa renda *(Capítulo 25)*.

As seguradoras precisam estar cientes das críticas sobre BdP e responder adequadamente. Poucas seguradoras alegariam que tinham alguma intenção de alcançar a base da pirâmide, mas que estavam mais interessadas em expandir o mercado de seguros, incluindo os segmentos não atendidos. Além disso, a oferta de seguro não deve substituir estratégias locais de gerenciamento de risco, e, sim, melhorar sua eficácia. Na verdade, o seguro é fundamentalmente diferente de xampu ou sal, pois os bens de consumo muitas vezes ressaltados nos modelos de negócios BdP fornecem um serviço de gerenciamento de risco importante que, de fato, pode permitir que famílias de baixa renda se previnam de privações.

O foco emergente na rentabilidade do microsseguro, analisado no Capítulo 18, gerou esforços para reduzir custos operacionais e ter processos eficazes para atender massas de clientes. Para sustentar escala, as seguradoras reconhecem a necessidade de processar, de forma eficiente, grandes volumes de dados enquanto se associam a sistemas de canais de distribuição, de forma segura, a fim de facilitar a transferência de dados. Ao mesmo tempo, a tecnologia de atendimento ao público, desde dispositivos portáteis e pontos de venda até telefones celulares, está começando a melhorar as vendas, a cobrança de prêmios e até mesmo a liquidação de sinistros. O papel da tecnologia em microsseguro é explorado no Capítulo 24.

Há anos algumas resseguradoras estão interessadas em encontrar um papel no microsseguro. Com a oferta dominada por coberturas simples de vida, a maioria dos programas comerciais tinha pouca necessidade de resseguro. No entanto, como a demanda do cliente foi mais bem compreendida, e as seguradoras estão interessadas em atender a tais necessidades, as resseguradoras se tornaram mais importantes para a equação. As seguradoras, em muitos casos, precisavam não apenas da rede de segurança financeira das resseguradoras, mas também da sua experiência em lidar com os riscos de produtos mais complexos. Conforme observado por um funcionário experiente da Swiss Re, "Seguro é uma pedra fundamental do crescimento e da estabilidade em termos econômicos, e [nós] ... temos orgulho de contribuir com nossa experiência, de modo que mesmo os agricultores mais pobres e suas famílias possam

superar as dificuldades quando as culturas forem destruídas por seca, enchente ou outros impactos relacionados ao clima" (Swiss Re, 2011). As resseguradoras contribuíram para o desenvolvimento de produtos mais complexos, como, por exemplo, saúde e seguro baseado em indicadores, e possibilitando a subscrição de coberturas de catástrofe. Na verdade, com o seguro baseado em indicadores, a maioria dos riscos, se não todos, é cedida à resseguradora *(ver Capítulos 4 e 11, e seção 20.2).*

1.3.2 Canais de distribuição

A forma pela qual o seguro chega até as famílias de baixa renda evoluiu, consideravelmente, desde a publicação do primeiro volume. A experiência até aqui sugere que qualquer organização que já tenha operações financeiras com o pobre, e conte com a sua confiança, pode ser um canal de distribuição em potencial.

Para as seguradoras utilizarem os canais de distribuição há três justificativas. Primeiro, elas podem ganhar credibilidade no mercado explorando a relação que o canal tem com famílias de baixa renda. Segundo, devido ao prêmio pequeno, é difícil para um agente de tempo integral gerar comissão suficiente para se sustentar. Consequentemente, muitos canais de microsseguro têm outras atividades como seu negócio principal, por exemplo, concessão de empréstimos, venda de produtos alimentícios ou distribuição de insumos agrícolas, com a comissão de seguro proporcionando uma renda complementar. Terceiro, o modelo de negócios do microsseguro apresenta uma chance maior de sucesso se os tomadores de risco puderem, rapidamente, alcançar escala, o que eles podem fazer trabalhando em parceria com um canal de distribuição que já agregue um grande número de pessoas de baixa renda.

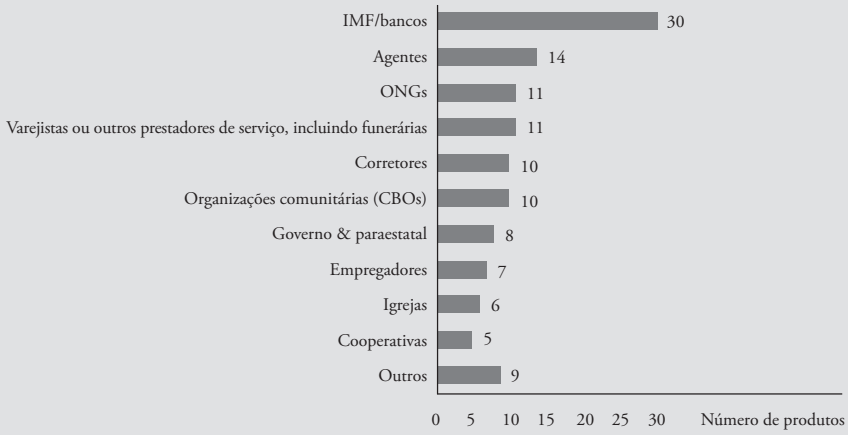
No primeiro volume, as instituições de microfinanças eram o canal de distribuição mais comum; tão comum, de fato, que elas não são mais consideradas como canais alternativos. No entanto, considerando que as IMFs alcançam apenas um pequeno percentual do mercado de microsseguro potencial, nos últimos anos as seguradoras vêm testando outras abordagens. Conforme ilustrado na *Figura 1.3*, as seguradoras hoje usam uma gama de canais inacreditavelmente ampla, embora as instituições financeiras permaneçam como as mais predominantes. Questões de distribuição são abordadas ao longo deste volume, em especial no Capítulo 22, que descreve canais alternativos, principalmente no Brasil, na Colômbia e na África do Sul; a seção 20.3, narra as experiências indianas; e a seção 24.2, que considera o papel da tecnologia para criar uma interface entre seguradora e segurado.

Além da cobertura automática anteriormente descrita, muitos distribuidores alternativos estão oferecendo cobertura voluntária, usando sua infraestrutura para facilitar o pagamento dos prêmios de seguro. Companhias de serviços públicos, empresas de telecomunicações, correios, administradoras de pagamento e varejistas acrescentaram o seguro à sua lista de serviços, e os clientes que estão interessados podem facilmen-

te se cadastrar e pagar os prêmios. Para que o seguro seja vendido por intermédio desses canais existe, todavia, uma necessidade de um processo de vendas ativo, a fim de incentivar os clientes a comprarem o produto, talvez a partir de uma central de atendimento ou da visita de um agente. Outra limitação importante identificada no Capítulo 22 é que esses canais costumam lidar apenas com vendas e cobrança dos prêmios; entretanto, eles não dispõem de infraestrutura ou experiência para administrar sinistros. Consequentemente, os processos de sinistros podem ser problemáticos e trabalhosos, o que mina o efeito demonstração importante, que é fundamental para fomentar a confiança do mercado de baixa renda e a segurança no seguro.

Figura 1.3

Canais de distribuição para seguradoras comerciais



Fonte: Coydon e Molitor, 2011.

Os canais de varejo, por exemplo supermercados e lojas de roupas, são interessantes porque podem ser formais ou informais. Embora as cadeias de varejo formais contem com a vantagem de ser uma marca bem conhecida, com dados de clientes e sistemas de operação, elas são, muitas vezes, menos convenientes do que os varejistas informais. Os pontos de revenda informais, como as lojas "mom and pop", podem contar com a vantagem da proximidade e frequência de uso; porém, até aqui eles não têm tido sucesso, particularmente, no que diz respeito ao volume de vendas, talvez porque as pessoas não imaginam comprar seguro onde compram leite e pão, e efetuam a recarga do seu celular. As seguradoras também consideraram difícil desenvolver uma proposta de valor efetiva para varejistas informais, deixando-os pouco motivados para vender seguro (Smith et al., 2010a).

O surgimento de telefones celulares como meio de venda e prestação de serviços de microsseguro é também uma tendência importante *(ver seção 24.5)*.

A capacidade das seguradoras de acessarem uma plataforma tecnológica que alcance comunidades de baixa renda e facilite as vendas, além da cobrança de prêmios e a liquidação de sinistros, abre um enorme mercado em potencial. Uma vez que os custos de operação tenham sido trabalhados, os telefones celulares têm o potencial para expandir maciçamente o alcance do microsseguro. Por exemplo, em um ano a MicroEnsure e a Tigo dobraram o número total de pessoas seguradas em Gana (Gross, 2011b).

Três lições importantes surgiram com relação aos canais de distribuição. Primeiro, mais cedo ou mais tarde os canais de distribuição percebem que, basicamente, eles controlam o acesso ao cliente, o que significa que eles podem negociar acordos vantajosos para si próprios ou para seus clientes, em especial em mercados de seguros competitivos. Se os canais de distribuição optam por negociar por conta própria, é provável que o valor do cliente sofra prejuízos. Segundo, esses canais levarão o seguro muito mais a sério se o produto permitir a eles aumentarem, de alguma forma, as vendas de seu serviço principal. Por exemplo, é provável que uma mercearia se interesse mais em promover um produto de seguro se o benefício incluir um ano de mantimentos em vez de apenas um benefício pecuniário. Terceiro, pode ser desafiador administrar as relações entre seguradoras e canais de distribuição. Investimentos significativos precisam ser feitos no início e em estágios importantes, para deixar claros as expectativas, os papéis e as responsabilidades, e para alinhar os incentivos. Talvez uma das formas mais eficazes para alinhar incentivos seja por meio de mecanismos de participação de lucros ou de empresas consorciadas.

1.3.3 Governos

Conforme observado na seção 1.2, alguns governos foram fundamentais no apoio ao crescimento do microsseguro, tanto por meio de grandes avanços quanto de melhorias adicionais. A participação dos governos no microsseguro tem testemunhado um aumento drástico nos últimos anos. Conforme descrito no Capítulo 25 sobre regulamentação, no Capítulo 26 sobre defesa do consumidor, no Capítulo 2 sobre proteção social, e ilustrado no Capítulo 20 em alguns detalhes a partir de experiências na Índia, os governos podem desempenhar três funções importantes no que diz respeito ao microsseguro:

1. **Provedor de proteção social:** Os governos têm obrigação de fornecer proteção social a seus cidadãos, incluindo seguro saúde. No entanto, tal como descrito no Capítulo 2, essa obrigação não está sendo cumprida em muitos países, muitas vezes, devido a restrições financeiras. Neste contexto, o microsseguro pode desempenhar vários papéis diferentes, a saber:
   a) garantir uma plataforma para buscar cobertura de saúde universal, como as mútuas de saúde em Gana, Mali e Ruanda;

b) estender os benefícios do governo aos trabalhadores da economia informal, como, por exemplo, KaSAPI, nas Filipinas, ou agregando valor aos programas do governo, como ocorre com Bima ya Jamii da CIC *(ver Capítulo 18)*;
c) garantir uma cobertura suplementar para complementar os benefícios de proteção social; ou
d) oferecer uma alternativa se os programas do governo não alcançarem determinados grupos alvos.

Ainda dentro do contexto de restrições financeiras, alguns governos estão envolvendo o setor privado por meio de parcerias público-privadas, a fim de ajudá-los a implementar programas de proteção social, com a expectativa de que eles possam ser administrados de forma mais rentável (Ramm, 2011).

2. **Estimulador:** O governo também pode desempenhar um papel importante no estímulo ao desenvolvimento do mercado, incentivando seguradoras públicas e privadas e canais de distribuição a alcançarem segmentos não atendidos. De fato, vários reguladores têm uma instrução para desenvolvimento de mercado além de sua função de supervisão. Eles podem executar essa instrução estimulando o lado da demanda, por meio de subsídios de prêmio, educação do consumidor e atividades para aumentar a conscientização. Por exemplo, na Colômbia, o presidente promoveu o microsseguro na televisão, e, nas Filipinas, o governo patrocina um "Mês do Microsseguro" a cada ano. O governo pode também fortalecer o lado da oferta, por exemplo, organizando seminários e treinamentos sobre microsseguro para ajudar a indústria local a desenvolver a experiência inerente, como no Egito, em Gana e na Zâmbia.
3. **Regulador e protetor da defesa do consumidor**: Conforme discutido no Capítulo 25, também pode ser necessário que os reguladores façam ajustes nas leis e regulamentos, a fim de diminuir os entraves relativos à inclusão financeira. Alguns países chegaram a criar uma categoria especial para companhias de microsseguro (por exemplo, as Filipinas), embora outros (por exemplo, a Colômbia) tenham sido bem-sucedidos ao estimular mercados de seguros inclusivos sem fazer alterações regulatórias. Uma evolução importante nesta briga foi a criação da Iniciativa Acesso ao *Seguro (ver Caixa de Texto 1.4*), que apoia os reguladores e facilita a discussão entre eles para que cheguem a decisões políticas mais bem informados, além de criar um efeito demonstração para formuladores de políticas em outros países.

Caixa de Texto 1.4

A Iniciativa Acesso ao Seguro

A Iniciativa Acesso ao Seguro é um programa global que visa facilitar a inclusão financeira por meio da efetiva e proporcional regulação e supervisão dos mercados de seguros. A Iniciativa foi lançada em 2009 pela International Association of Insurance Supervisors (IAIS), o órgão responsável pela fixação das normas globais, em colaboração com agências de desenvolvimento, a fim de promover estruturas regulatórias que apoiem o seguro inclusivo, não deixando de ser coerentes com as normas inter-

nacionais. A liderança da IAIS nessa Iniciativa é fundamental porque define padrões mundiais por meio dos Princípios Básicos de Seguros e oferece apoio à criação de capacidade para implementar esses princípios em várias jurisdições.

A Iniciativa procura disseminar o conhecimento e criar conscientização sobre como um ambiente propício pode estimular a inovação para inclusão financeira e, ao mesmo tempo, proteger a estabilidade financeira e os consumidores. Em termos de política, a Iniciativa fornece uma plataforma para reguladores e líderes da indústria nos países em desenvolvimento para contribuir nos processos da IAIS de fixar normas e fornecer diretrizes.

Nos países, a principal contribuição da iniciativa é apoiar estudos diagnósticos que avaliam a oferta e a demanda atual e potencial do microsseguro, assim como as condições em termos macro que podem inibir seu desenvolvimento. Com esta evidência, a Iniciativa facilita o diálogo do público-alvo com formuladores de políticas e líderes da indústria no intuito de estimular o desenvolvimento de produtos adequados, as abordagens relativas à distribuição e defesa do consumidor para clientes de baixa renda.

Fonte: Adaptado de Iniciativa Acesso ao Seguro, 2011.

1.3.4 Facilitadores

"Facilitador" é um termo geral usado neste livro para fazer referência a todos os outros públicos-alvo importantes que contribuem para aumentar a disponibilidade de melhores serviços de seguros a um número maior de famílias de baixa renda. Nos últimos cinco anos, houve um crescente interesse e comprometimento desses facilitadores, e suas contribuições foram essenciais para a criação de um ecossistema eficaz para apoiar o avanço do microsseguro. Os facilitadores são classificados em quatro categorias: a) criadores de capacidade); b) especialistas operacionais; c); financiadores; e d) promotores.

Criadores de capacidade

Atuários: No final dos anos 90, havia uma minoria de atuários radicais que, na verdade, levou tempo para compreender as necessidades, as características e as preferências do mercado de baixa renda. Por isso, eles davam conselhos e orientações para microsseguradoras a fim de ajudá-las a desenvolver produtos e sistemas superiores para melhorar a coleta e análise de dados, e fornecer serviços de seguros aperfeiçoados para seus segurados. Desde a publicação do primeiro volume, tem havido um interesse crescente entre a comunidade de atuários. Por exemplo, a Associação Internacional de Atuários e algumas associações nacionais organizaram eventos e criaram grupos de trabalho e forças-tarefa com o intuito de canalizar sua experiência em solucionar desafios de microsseguro. Hoje, o setor pode

se orgulhar de uma série de atuários com visões apuradas em microsseguro, alguns dos quais contribuíram para vários capítulos deste livro, incluindo um sobre precificação *(ver Capítulo 21)*.

Prestadores de assistência técnica (AT): Uma série de estudos em meados da década de 2000 mostrou que a principal necessidade dos tomadores de risco de microsseguro não era capital, mas, sim, assistência técnica.[5] No entanto, naquela época não havia consultores de microsseguro experientes o suficiente para prestar a assistência necessária. A falta de experiência de prestadores de AT estava emperrando o desenvolvimento do microsseguro, uma vez que as novas operadoras estavam cometendo os mesmos erros que suas antecessoras. Desde então, muitas companhias de seguros têm reconhecido que os produtos de microsseguro não são apenas versões de menor escala de produtos tradicionais, o que estimulou a demanda por serviços de consultoria. Essa demanda foi identificada, parcialmente, pelo surgimento de prestadores de AT especializados, tais como: MicroInsurance Centre, Micro Insurance Academy, Cenfri, GlobalAgRisk e Centre for Insurance and Risk Management (CIRM), e, mesmo empresas de consultoria de seguros tradicionais, como Milliman e Risk Management Solutions, estão se aventurando neste território.

Acadêmicos: A comunidade de microsseguro também tem a sorte de acolher a crescente participação de acadêmicos. Tal como é evidenciado pelo volume de artigos sobre microsseguro em revistas e jornais, o tema tem despertado o interesse de muitos estudiosos. Esses pesquisadores, geralmente, enquadram-se em um dos dois campos. Primeiro, há os economistas do desenvolvimento que deram grandes contribuições para o campo com seus estudos sobre os determinantes da demanda em termos familiares e avaliações de impacto *(ver Capítulo 3)*. Segundo, estudiosos de seguros também estão mostrando interesse pelo tema. Por exemplo, em 2011, o Journal of Risk and Insurance publicou uma edição especial sobre microsseguro, chamando a atenção de acadêmicos da área de seguro para o assunto.

Especialistas operacionais

Intermediários: Conforme detalhado no Capítulo 23, tanto corretores especializados em microsseguro quanto intermediários de seguros gerais estão preenchendo, hoje, uma lacuna importante em alguns mercados. Esses intermediários auxiliam no planejamento de produtos que sejam adequados ao mercado de baixa renda, reunindo tomadores de risco e canais de distribuição, e facilitando a comunicação entre as duas partes que não estão acostumadas a falar a mesma língua ou a entender a perspectiva um do outro. Os intermediários especializados assumiram uma gama de responsabilidades maior do que os corretores tradicionais no intuito de melhorarem sua proposta de valor. No entanto, ainda não está claro se um caso comercial pode ser

[5] De 2004 a 2006, Kreditanstalt Für Wiederaufbau (KFW) (Banco Alemão de Desenvolvimento) contratou o MicroInsurance Centre para realizar estudos de pré-viabilidade nos seguintes países: Albânia, Azerbaijão, Geórgia, Índia, Indonésia, República Democrática Popular do Laos, Romênia, Uganda e Ucrânia.

assumido por esta função vital, porque os prêmios já são tão pequenos que se torna difícil pagar todas as partes envolvidas, ainda que garantindo valor satisfatório para os segurados.

Administradores terceirizados: Embora alguns intermediários tenham se envolvido em administração de apólice e sinistros, administradores terceirizados especializados (TPAs) também contribuíram para a expansão do microsseguro, em especial do seguro saúde na Índia *(ver Capítulo 20)*. Conforme descrito no Capítulo 6, os sistemas administrativos são importantes, particularmente para famílias de baixa renda, porque podem permitir que elas tenham acesso aos benefícios de saúde "que não envolvem dinheiro" em vez de pagarem os custos de assistência médica e depois serem reembolsadas pela seguradora.

Provedores de tecnologia: Um dos grandes desafios para o microsseguro é manter os custos de administração baixos, embora gerindo grandes volumes de dados. Conforme descrito no Capítulo 24, há uma grande esperança de que a tecnologia ajudará o setor a superar este desafio por meio de melhorias em *softwares* e sistemas de gestão, assim como em mecanismos de interface do cliente, para apoiar o cadastro, a cobrança de prêmio e os processos de sinistros.

Serviços de extensão e infraestrutura: Para alguns produtos, as microsseguradoras usam a infraestrutura ou os serviços de extensão existentes para aumentar e melhorar a eficiência. Tal evolução é relevante, em especial, para o seguro de pecuária *(Capítulo 12)*, em que as seguradoras podem contar com o apoio de agentes de extensão agrícola. Da mesma forma, com seguro baseado em indicadores meteorológicos *(Capítulo 11)*, o envolvimento e o apoio dos departamentos de meteorologia são fundamentais. Mesmo no seguro saúde *(Capítulo 5)*, uma série de programas envolveu trabalhadores comunitários de saúde, como agentes de vendas, ou para promover práticas de saúde aperfeiçoadas para reduzir sinistros ou ambos.

Financiadores

Doadores: Este livro não discute, diretamente, a questão de doadores, uma vez que o assunto foi tratado amplamente no primeiro volume (ver Latortue, 2006); porém, houve tendências positivas na participação de doadores no microsseguro neste intervalo. Um estudo da Microinsurance Network revela um crescimento marcante no número de doadores envolvidos no microsseguro (Marquaz e Chassin, 2012).

O apoio de doador do setor mais considerável, por parte da Bill & Melinda Gates Foundation, resultou, entre outras coisas, na criação da Facility Inovação em Microsseguro da OIT. A Facility apoiou mais de 50 organizações, permitindo que elas experimentassem novas abordagens para reduzir a vulnerabilidade dos trabalhadores pobres por intermédio do seguro – muitas dessas inovações são ressaltadas no decorrer deste livro e estão disponíveis on-line no seu Knowledge Centre. A Facility também apoiou ativamente a criação de capacidades por consultores e profissionais de microsseguro, e o financiamento de pesquisa acadêmica.

O papel dos doadores no microsseguro não deve ser subestimado. Os doadores melhoram, significativamente, o potencial de sucesso do microsseguro, apoiando as seguintes intervenções:

- estimular a inovação e a experimentação;
- atrair *players* relutantes no mercado com financiamento de sementes;
- aprimorar os ambientes regulatórios;
- apoiar o desenvolvimento de novos produtos;
- desenvolver programas de educação do consumidor;
- prestar assistência técnica e construir capacidade para os públicos-alvo durante toda a cadeia de valor; e
- analisar resultados, gerenciar conhecimento e divulgar resultados.

Este último ponto é importante porque permite que os doadores acelerem o desenvolvimento do microsseguro. Por meio de atividades de compartilhamento de conhecimento apoiadas pelos doadores, as microsseguradoras se familiarizam com as lições aprendidas e as inovações bem-sucedidas que podem abreviar a curva de aprendizagem.

Investidores: Muito mais do que doadores, os financiadores mais importantes têm sido as companhias de seguros, que utilizam seu próprio capital para aumentar a participação nos mercados de baixa renda. Houve até mesmo algumas fusões e aquisições que tiveram uma dimensão no microsseguro. Por exemplo, a Sanlam gastou aproximadamente US$250 milhões para comprar a African Life, onde a maior parte de sua carteira era seguro funeral no setor de baixa renda (Relatório Anual da Sanlam, 2006). Mais do que qualquer outro indicador, esses investimentos sugerem que o microsseguro pode ser viável.

Em 2008, foi lançado o primeiro fundo de participação acionária de microsseguro, LeapFrog Investments. Capitalizado com US$135 milhões de investidores sociais e comerciais, o fundo visa atingir 25 milhões de pessoas de baixa renda e vulneráveis, com produtos de seguros e serviços financeiros inclusivos. Com um investimento inicial de US$6 milhões na AllLife, da África do Sul, em dezembro de 2009, a estratégia de lucro com propósito do LeapFrog promete aos investidores "retornos robustos".

Algumas instituições financeiras de desenvolvimento também fizeram investimentos em microsseguro. Por exemplo, em 2008, a International Finance Corporation investiu em 16,5 por cento da Protecta Seguros, a primeira companhia especializada em microsseguro no Peru, e o Multilateral Investment Fund investiu US$3 milhões na ParaLife, uma empresa de microsseguro no México. Tais intervenções de investidores sugerem que o microsseguro pode ter o potencial de gerar lucros atraentes para esses investidores.

Promotores

Associações de seguros: Outro desdobramento é a participação de associações de seguros nacionais no microsseguro. Essas associações, por exemplo no Brasil, na Colômbia, no Quênia e na África do Sul, têm, normalmente, desempenhado dois papéis importantes. Primeiro, aumentaram a conscientização entre seus membros sobre as estratégias de negócios BdP e facilitaram o acesso a recursos técnicos para ajudar as seguradoras a compreenderem como atender ao mercado de baixa renda de forma rentável. Em segundo lugar, tal como descrito no *Capítulo 14*, muitas delas também empreenderam esforços inovadores em educação do consumidor objetivando os trabalhadores pobres, de modo a que eles entendam melhor como o seguro funciona e como ele pode ser conveniente na família ou nas estratégias de gerenciamento de risco da empresa.

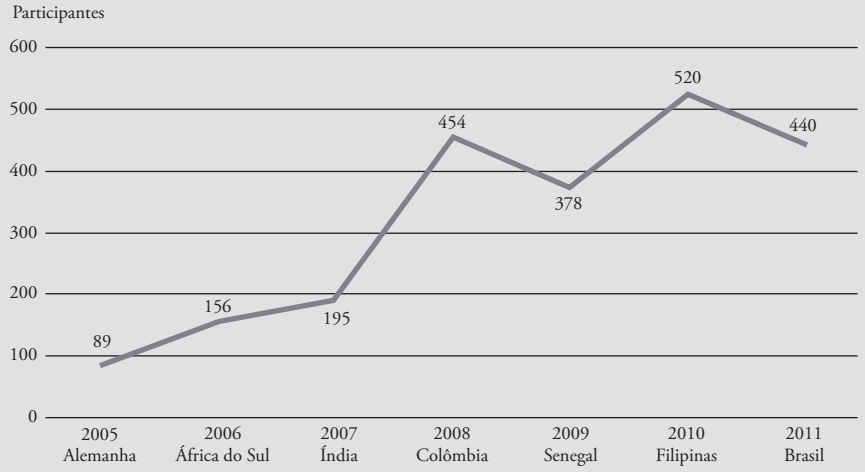
Associações internacionais de seguros, como a International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF), e associações regionais, como a African Insurance Organization (AIO) e a Federación Interamericana de Empresas de Seguros (FIDES), na América Latina, também desempenham um papel importante na conscientização de seus associados. Elas facilitam o intercâmbio de informações entre as pessoas com experiências diferentes, permitindo uma polinização cruzada de ideias e lições, o que não costuma ocorrer em termos nacionais entre empresas concorrentes.

Conferências e reuniões sobre microsseguro têm aumentado desde que o primeiro volume foi publicado. O evento principal, a Conferência Internacional de Microsseguro, patrocinada pela Munich Re Foundation e pela Microinsurance Network, tem testemunhado um aumento constante em interesse *(ver Figura 1.4)*. O microsseguro tem sido o foco de conferências acadêmicas e profissionais, e até mesmo agentes organizadores de conferências com fins lucrativos têm organizado inúmeros eventos de microsseguro. Além do aumento em participação nesses eventos, a composição de participantes também mudou para incluir mais seguradoras que buscam formas para melhorar e expandir suas linhas de produto.

Microinsurance Network: Apesar de a Network ser uma organização e não um tipo de entidade facilitadora, ela é mencionada, especificamente, porque desempenha um papel global único no setor, aumentando a conscientização do potencial do microsseguro e facilitando o diálogo entre profissionais e outros públicos-alvo. Via eventos, publicações e mídia eletrônica, a Network contribui para uma melhor coordenação entre várias agências que trabalham com microsseguro, permitindo que recursos limitados sejam usados de forma mais eficiente. A constituição da Network em 2008, uma evolução de sua existência anterior como o Grupo de Trabalho sobre Microsseguros do CGAP, reflete a dinâmica de mudança no setor.

Para resumir, o microsseguro está colhendo os beneficiários da participação e do compromisso de uma série de facilitadores, cujos recursos financeiros e técnicos têm contribuído, de forma significativa, para melhorar o alcance e a eficiência para proteger o pobre das perdas financeiras resultantes de riscos.

Figura 1.4 **Participação na Conferência Internacional de Microsseguro**



Fonte: Munich Re Foundation, 2011.

1.4 Provedores estão oferecendo uma gama de produtos crescente e diversificada

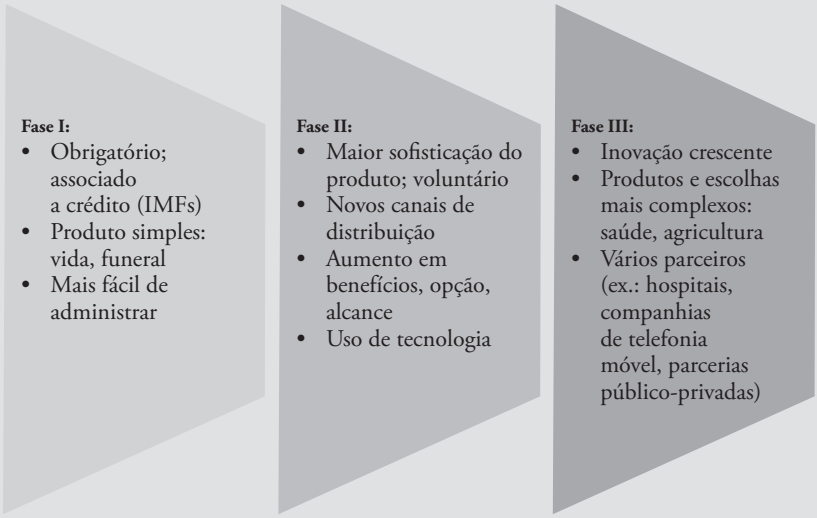
O primeiro volume de *Protegendo a população de baixa renda* abordou apenas produtos de vida e saúde. Estes foram os produtos mais comuns disponíveis para famílias de baixa renda, e estudos de demanda sugeriram que eles cobrissem os riscos prioritários do pobre. No entanto, as coberturas de risco para pessoas de baixa renda mudaram significantivamente nos últimos anos. Nesta quarta tendência, a comunidade de microsseguro está vendo os produtos de vida e saúde melhorando enquanto experimenta um vasto leque de coberturas, incluindo produtos mais voluntários. Esta tendência pretende, em grande parte, responder à gama de riscos aos quais o pobre está exposto, enquanto melhora o planejamento, de modo que os produtos sejam mais relevantes para o mercado-alvo.

1.4.1 A evolução dos tipos de produtos

Conforme ilustrado na Figura 1.5, o microsseguro iniciou com produtos básicos, particularmente a cobertura prestamista, o que ajudou a demonstrar a viabilidade do microsseguro. Além de ser simples de oferecer e gerir, a cobertura prestamista garantiu às companhias a oportunidade de desenvolver um entendimento quantitativo do mercado. Isso foi um grande passo na evolução do produto, porque – partindo da perspectiva de uma seguradora – um dos maiores problemas era a falta de dados, o que as inibiu de atender a um mercado desconhecido.

Figura 1.5

Evolução de produtos e processos de microsseguro



Fonte: Facility Invovação em Microsseguro da OIT, 2011.

Quando os produtos eram oferecidos, a falta de dados resultava, muitas vezes, em prêmios relativamente altos, uma vez que carregamentos adicionais eram acrescidos para compensar a incerteza *(ver Capítulo 21)* e os prêmios desnecessariamente elevados ainda prejudicavam a demanda. Através dessa experiência inicial, a capacidade das seguradoras para coletar dados sobre risco e o potencial de rentabilidade construiu um alicerce para o desenvolvimento de produtos mais complexos. Com um entendimento crescente sobre demanda do cliente, alguns canais de distribuição também direcionaram as seguradoras para melhores produtos. Cada vez que as seguradoras se arriscavam em novos produtos para este mercado, mais elas aprendiam, e isso facilitou o progresso evolutivo para o próximo nível.

Mesmo os produtos básicos, como os seguros de vida e prestamista *(Capítulo 9)* e o seguro funeral *(Capítulo 10)*, evoluíram para garantir maior valor para o cliente. Em vez de cobrir apenas o empréstimo ou de pagar apenas pelo serviço funeral, outros benefícios estão sendo acrescidos para permitir que esses produtos ajudem as famílias de baixa renda a lidar melhor com a perda de um chefe de família. Esses produtos também estão sendo usados como pontos de entrada para cobrir outras pessoas e/ou fornecer proteção contra riscos adicionais.

Seguro de vida mais sofisticado com um elemento de poupança pode ser bem adequado ao pobre, porque cria valor com o tempo, de modo que os segurados não sentem que perderam seu dinheiro caso o evento segurado não ocorra. No entanto, a geração anterior desses produtos garantia pouco valor para o cliente

devido a altas comissões e erros frequentes (Roth et al., 2006). Consequentemente, novas variações estão sendo desenvolvidas, conforme descrito no Capítulo 8, que podem garantir uma melhor proposta de valor para o mercado, embora ainda sendo viável para as seguradoras.

Uma evolução está ocorrendo com as coberturas saúde em alguns países *(ver Capítulo 5)*, embora nem todos os programas sigam o mesmo caminho. Produtos hospitalares que envolvem dinheiro são razoavelmente justos. A experiência com esses produtos pode possibilitar a oferta de coberturas hospitalares baseadas em reembolso, o que pode evoluir para benefícios "que não envolvem dinheiro", de acordo com o descrito no Capítulo 6. Outra dimensão referente a esta evolução, é como o seguro saúde pode apoiar ou complementar os benefícios de proteção social fornecidos pelo governo *(Capítulo 2)*. Avançando, os líderes estão pressionando para que os limites cubram riscos ambulatoriais ou integrem benefícios de valor agregado que não sejam de seguro, como educação em saúde, serviços de telemedicina e descontos farmacêuticos.

A tendência rumo a coberturas mais complexas, incluindo seguro baseado em indicadores e cobertura de catástrofe *(Capítulos 4 e 11)*, e produtos compostos que cobrem múltiplos riscos, é compatível com as necessidades de gerenciamento de risco das famílias pobres. Esta tendência não é necessariamente compatível, entretanto, com sua capacidade de pagar *(ver Capítulo 7)* ou com o princípio básico de desenho do produto de microsseguro: simplicidade. Os facilitadores e canais de distribuição de microsseguro há muito recomendam produtos simples que sejam fáceis para os segurados entenderem, em que não haja ambiguidade ou equívocos sobre o que está e o que não está coberto. A primazia da simplicidade não pode ser perdida na evolução rumo a coberturas mais compreensivas.

1.4.2 A evolução do desenho do produto

Além da grande variedade de produtos, os próprios produtos foram transformados ao longo deste caminho evolutivo. Coberturas em grupo, muitas vezes obrigatórias, eram o tipo mais comum de microsseguro e, provavelmente, ainda o são. No entanto, há mais experimentação com outras abordagens, incluindo o grupo de seguro voluntário em que os membros do grupo optam por entrar ou sair, e também coberturas individuais voluntárias.

Embora muitos produtos anteriormente fossem versões reduzidas dos ramos tradicionais, a evolução do produto incluiu a reengenharia para responder melhor às realidades do mercado de baixa renda. Por exemplo, as apólices do passado podiam incluir uma lista de exclusões, ao passo que muitas seguradoras hoje reconhecem os benefícios de minimizá-las para simplificar as apólices e reduzir o trabalho envolvido na conferência das exclusões em apólices pequenas. Mesmo pequenas mudanças em relação aos produtos e à sua entrega podem ter efeitos relevantes sobre a comercialização e a demanda, conforme discutido no Capítulo 13.

Uma pequena mudança que tenha o potencial de causar um impacto significativo é a consciência de que os produtos precisam ser mais do que apenas coberturas de risco. Como no exemplo do seguro de vida que acumula poupança e do seguro saúde com cupons ambulatoriais grátis, as famílias de baixa renda precisam garantir algum valor a partir do produto, ainda que elas não apresentem reclamações de sinistros. Se este benefício de valor agregado também pode reduzir os sinistros – por exemplo, fornecendo informações sobre o tempo para agricultores segurados ou educação em saúde para reduzir a ocorrência de doenças que podem ser evitadas – então todo mundo se beneficia.

Desde que o mercado de baixa renda não seja homogêneo, uma tendência relativa é um segmento maior de mercado. Às vezes, isto acontece naturalmente, visto que os canais de distribuição atingem determinados segmentos de mercado. No entanto, as microsseguradoras também estão considerando as exigências de segmentos específicos, incluindo mulheres *(Capítulo 16)*, migrantes *(Capítulo 17)*, pequenos produtores *(Capítulo 11)* e pecuaristas *(Capítulo 12)*, e desenvolvendo produtos que sejam relevantes para eles.

No caso de produtos bem-sucedidos, é necessário que estes estejam em escala com custos administrativos "enxutos", o que, em parte, é o motivo do sucesso da cobertura prestamista. Além de unir seguro e crédito, um número maior de organizações está associando seguro a outras transações para alcançar as famílias pobres, por exemplo, compra de sementes ou fertilizantes ou compra de minutos para celulares, ou se tornando membro de uma organização, embora esses produtos possam, normalmente, fornecer apenas seguro muito básico com poucos benefícios. Esta união é, muitas vezes, colocada como um benefício grátis para o membro, uma forma de diferenciar o produto básico do canal de distribuição da concorrência; consequentemente, o prêmio precisa ser bem pequeno, de modo a não aumentar o preço do produto básico. Se este acordo permite que famílias de baixa renda tenham uma experiência positiva com seguro e, caso os produtos evoluam para incluírem opções voluntárias, então a abordagem pode revolucionar os lados da oferta e da demanda da equação do microsseguro – o que ainda não aconteceu, mas talvez será a próxima tendência.

Ao contrário, é frequente se notar a falta de conhecimento do produto entre as pessoas que "compram" cobertura em grupo. Como os clientes não optam e não há nenhuma operação financeira especificamente para pagamento do prêmio, os intermediários, muitas vezes, não fornecem as informações necessárias. Esses produtos, em geral, têm coeficientes de sinistros excessivamente baixos, pelo visto resultado de pessoas que não sabem que estão cobertas. Como um banqueiro rural do Gana observou: "Se dissermos às pessoas tudo sobre a cobertura, estaremos atolados em sinistros. "Aparentemente, ainda continua havendo um espaço maior para conscientização dos intermediários, assim como para o segurado, porque más práticas podem alimentar a desconfiança que vai afetar todos os *players* do mercado.

1.5 Há uma grande preocupação de que o seguro garanta valor para o segurado

A quinta tendência é o crescente interesse em garantir que os pobres obtenham valor do seguro e que eles estejam protegidos contra possíveis abusos. O foco nos primórdios do microsseguro foi entender seu funcionamento, os truques operacionais do comércio e melhorar o acesso. Agora que quase meio bilhão de pessoas de baixa renda tem cobertura e o setor está amadurecendo, mais atenção está sendo dispensada para avaliar se eles estão realmente se beneficiando do seguro.

O interesse em valor é proveniente de diferentes públicos-alvo e está articulado de diferentes maneiras. Doadores e formuladores de políticas estão interessados em entender o **impacto**. Se eles vão fornecer subsídios, por exemplo, eles querem saber se estas intervenções beneficiam, de fato, as famílias de baixa renda. Em tese, seguro é uma forma eficiente para gerenciar certos riscos, e há indícios casuais consideráveis para apoiar essa tese. Passando da teoria à prática, os resultados de pesquisa rigorosa comprovam que o microsseguro, na verdade, beneficia as famílias pobres, embora os resultados estejam limitados ao impacto do seguro saúde por enquanto *(ver Capítulos 3 e 5)*. Uma série de outros impactos com metodologias rígidas está em andamento atualmente, o que indica que resultados mais tangíveis estarão surgindo nos próximos anos.

A Microinsurance Network está abordando esta questão de valor do cliente a partir de dois ângulos que coincidem com os esforços empreendidos para comprovar e melhorar o impacto. Para apoiar os esforços empreendidos para comprovar o valor do seguro, o Grupo de Trabalho sobre Impacto da Network está elaborando diretrizes sobre como realizar estudos de impacto corretamente, não somente para melhorar a eficácia dos estudos, mas também para promover abordagens comuns que facilitem meta-análises em todos os estudos (Radermacher et al.,2012). Segundo, o Grupo de Trabalho sobre Desempenho propôs um conjunto de indicadores de desempenho social que profissionais, doadores e investidores podem acompanhar (Simanowitz e Sandmark, 2011). Esses indicadores não comprovarão que o seguro tem um impacto econômico e social; no entanto, podem permitir que os públicos-alvo acompanhem se seu desempenho é eficiente, assim como socialmente relevante, de modo que ele possa ser melhorado com o tempo.

Dada a rápida evolução dos produtos de microsseguro descrita na seção anterior, pode ser prematuro investir pesadamente em "comprovação" nesta fase, uma vez que metodologias rígidas também tendem a ser caras. Os esforços agora devem se concentrar em compreender os componentes de valor do cliente e melhorar os produtos de forma a termos produtos maduros em escala que possam ser avaliados por estudos longitudinais mais abrangentes no futuro. O Capítulo 15 apresenta uma estrutura para avaliar o **valor do cliente**, o que pode ajudar tomadores de risco e canais de distribuição a demonstrarem para o mercado que eles estão garantindo valor suficiente para assegurar que as famílias de baixa renda gastem parte de sua renda limitada em prêmios. Ao avaliar o valor do cliente, as seguradoras também podem entender melhor as preferências desse cliente, compreender sua disposição e capacidade de pagar pela cobertura *(Capítulo 7)*, procurar continuar a melhorar sua proposta de valor para aumentar as renovações e elevar a eficiência de suas práticas de vendas.

Outro método promissor de compreender valor rapidamente é o cliente comparar a metodologia desenvolvida pelo MicroInsurance Centre, que visa compreender o valor do seguro em relação a outras opções de gerenciamento de risco (ver Morsink e Geurts, 2011).

Por último, reguladores e associações de seguros estão ansiosos para garantir que a **proteção do consumidor** suficiente esteja em vigor, de modo que a indústria possa fortalecer e manter a confiança do mercado. Consequentemente, o Capítulo 26 dá algumas orientações preliminares sobre melhor transparência, tratamento e recurso justos nos mercados de microsseguro.

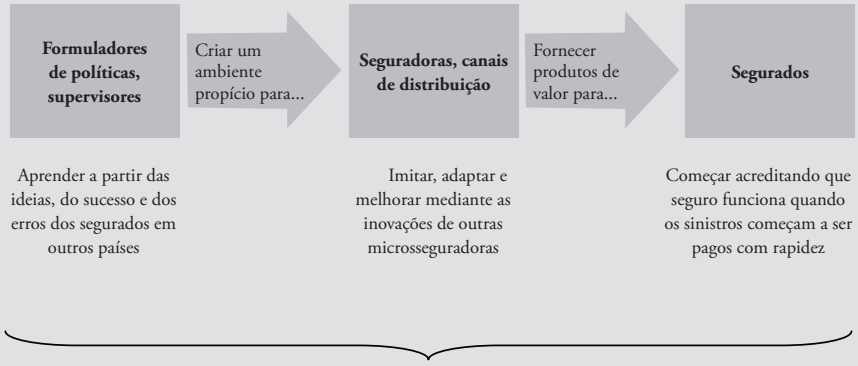
1.6 Conclusão

A tendência ideal é que mais famílias de baixa renda tenham melhor acesso a uma maior variedade de produtos valiosos de gerenciamento de risco. As tendências exploradas neste capítulo refletem um movimento na direção deste ideal. Houve, realmente, um crescimento substancial em alcance, com maior acesso a uma variedade crescente de produtos. Está havendo participação de um número maior de seguradoras e intermediários, levando à concorrência em alguns mercados, o que tem o potencial de melhorar a proposta de valor dos clientes. À medida que a definição de microsseguro se torna mais clara, há um esforço maior para entender o que significa prestar serviços de gerenciamento de riscos intangíveis para o mercado de baixa renda de forma eficiente e rentável. Tudo isso alimenta a tendência rumo a um foco no valor para mercados de baixa renda. Juntas, essas tendências refletem um setor que está chegando à adolescência.

É provável que as tendências que impulsionaram o microsseguro continuem e até aumentem em importância, por causa do poderoso efeito demonstração em curso em vários níveis diferentes, em que pioneiros dão exemplo para os demais *(ver Figura 1.6)*.

O crescimento até agora tem sido impulsionado por alguns países comprometidos, porém o microsseguro ainda não se enraizou em um grande número de jurisdições. À medida que mais formuladores de políticas e supervisores de seguros sigam na direção dos países pioneiros e aprendam com suas experiências, haverá um novo impulso no alcance global do microsseguro. Além disso, mesmo em Estados onde o microsseguro já esteja crescendo, ele pode expandir ainda mais se os formuladores de políticas oferecerem subsídios e ampliarem sua participação em PPPs, a fim de atingir os objetivos de política pública com orçamentos limitados. Para aumentar seu impacto, os formuladores de políticas também podem fazer mais para apoiar a gestão do conhecimento, no intuito de tornar as boas práticas amplamente disponíveis e promover a padronização, coleta e organização de dados, de modo que o preço se baseie na experiência relevante. Eles também podem promover a proteção do consumidor, sem comprometer a inovação, e estimular a educação do consumidor, para que o público entenda o que está sendo oferecido a ele, avalie como isso pode ajudá-lo e saiba que rumo tomar caso não esteja satisfeito com os resultados.

Figura 1.6 **A cadeia do efeito demonstração da evolução do mercado de microsseguro**



No que diz respeito a seguradoras e canais de distribuição, em alguns mercados o microsseguro ficará cada vez mais competitivo; em especial, levando em consideração o claro surgimento de sistemas de pagamento mais eficazes. À medida que o cadastro e a cobrança de prêmio se tornarem mais fáceis e baratos, o potencial das seguradoras aumentará sensivelmente. Esta expansão deve levar a melhores preços e a uma ampla gama de produtos voluntários, uma vez que as seguradoras se associem a novos colaboradores, por exemplo, fornecedores de laticínios e produtos agrícolas, empresas farmacêuticas e provedores de assistência médica, empresas de telecomunicações e varejistas. E junto com o crescimento e a visibilidade, vem a responsabilidade. Sem que se percebesse, foi dada muita liberdade para provedores e promotores de microsseguro. A maturidade faz com que muitos vejam de perto os resultados e considerem cuidadosamente as implicações da proteção do consumidor.

Um desafio importante na edificação de um mercado está na demanda, na criação de condições que incentivem famílias de baixa renda a se voltarem para o seguro, naturalmente, como parte do seu conjunto de ferramentas de gerenciamento de risco. Em ambientes em que o microsseguro seja predominante, e os provedores estejam cultivando a confiança deste mercado por meio de pagamentos de sinistros eficientes, tais condições estão surgindo. Contudo, os provedores de microsseguro precisam continuar a reconhecer que sua função mais importante é pagar sinistros e se basear no efeito demonstração emergente.

Muito do que move pessoas, instituições e indústrias da infância à adolescência e idade adulta é, simplesmente, como elas transformam experiências em lições. No microsseguro, muitas lições estão sendo aprendidas e mais esforços estão sendo empreendidos para disseminar tais lições com o intuito de melhorar os resultados futuros. O restante deste livro é um esforço para sintetizar essas lições visando reforçar as tendências do microsseguro com experiência prática e expandi-las com novos conhecimentos.

2 O potencial do microsseguro para proteção social

Yvonne Deblon e Markus Loewe

Os autores querem agradecer a Christine Bokstal (OIT), Valerie Schmidt-Diabate (OIT), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Gaby Ramm (consultor), Anja Smith (Cenfri) e John Woodall (OIT) pela revisão do capítulo.

A proteção social é reconhecida internacionalmente como um direito humano.[1] No entanto, esse direito não é bem aplicado por muitos países do mundo por diferentes razões, deixando grandes segmentos de suas populações sem acesso adequado às medidas de proteção social e vulneráveis a vários riscos. Além disso, pessoas vulneráveis são, muitas vezes, incapazes de melhorar sua situação socioeconômica: elas relutam em investir o excedente da renda em capital físico produtivo ou educação. Ao contrário, elas acumulam recursos, poupança em espécie ou em bens para "tempos difíceis" (por exemplo, ouro, animais) que podem ser acessados no caso de um evento de risco ocorrer. Como resultado, o rendimento em poupança apenas limitava os lucros, que são muito pequenos para permitir a eles construírem uma vida melhor e saírem da pobreza.

Pessoas que trabalham na economia informal são particularmente propensas a ficar abandonadas no eterno círculo de vulnerabilidade, aversão a risco e baixa renda. Caem no grande vácuo de cobertura que existe entre os diferentes tipos de programas de proteção social encontrados na maioria dos países em desenvolvimento *(ver Figura 2.1)*. Famílias abastadas conseguem comprar coberturas de seguro privado de saúde, vida, responsabilidade e propriedade. Funcionários públicos, em geral, têm direito à aposentadoria custeada por contribuições e tratamento médico gratuito em hospitais do governo. Os demais empregados da economia formal em muitos países estão cobertos pelo seguro social. Alguns em extrema pobreza se beneficiam da assistência social direcionada. Todas as outras pessoas – especialmente os habitantes de zonas rurais, o pobre urbano e quem trabalha na economia informal – muitas vezes não têm acesso a quaisquer programas formais de proteção social.

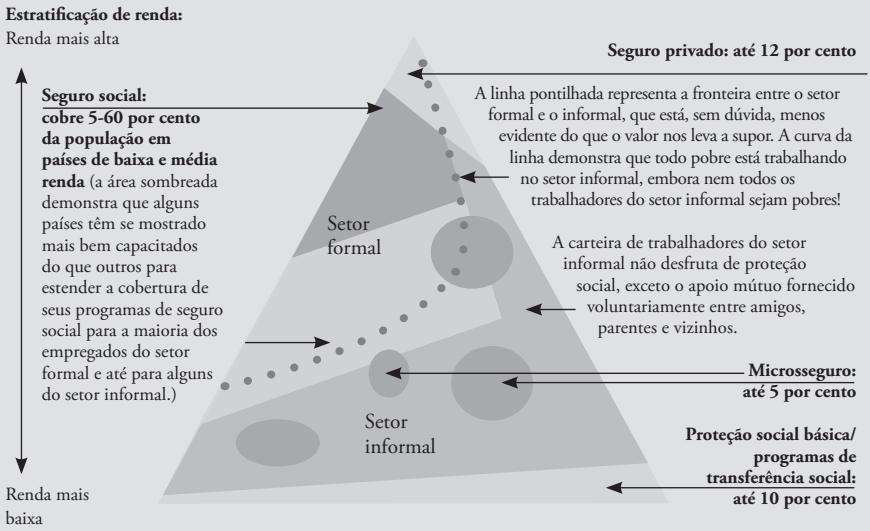
Os trabalhadores da economia informal confiam no apoio dado por parentes e vizinhos em suas comunidades e muitas vezes se beneficiam disso. Ademais, algumas famílias estão organizadas em grupos que têm o objetivo explícito de ajudar seus membros a gerenciarem riscos – como sociedades mútuas de saúde e funerárias. Embora tais programas de proteção social não formalizados sejam de considerável relevância para seus membros, eles continuam limitados em termos de escopo e escala. Além disso, trata-se, com frequência, de situação em que estes programas não

[1] Ver a Declaração Universal de Direitos Humanos, 1948 (Artigo 22) e a Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1976 (Artigo 9). Igualmente, as constituições de mais de 110 Estados independentes fazem, de uma forma ou de outra, referência ao direito à proteção social.

são totalmente confiáveis, porque se baseiam em obrigações morais e boa vontade, e não em qualquer obrigação formal. Não existe nenhum mecanismo que permita aos membros fazerem valer a prestação dos benefícios em caso de inadimplência, e esses programas também são, muitas vezes, extremamente suscetíveis à pressão econômica. Por fim, o efeito combinado das tendências rumo à migração e urbanização, e a importância reduzida de valores e normas tradicionais estão resultando no desgaste evidente de redes de apoio mútuo, em particular.

Figura 2.1

A lacuna existente na cobertura de proteção social em um típico país em desenvolvimento



Fonte: Loewe, 2009b

O microsseguro trata-se de um instrumento potencialmente eficaz para superar esta situação. Infelizmente, o microsseguro é, muitas vezes, discutido isoladamente e é, em muitos casos, implementado sem levar em consideração o contexto subjacente. Seu objetivo final é reduzir a vulnerabilidade das pessoas que vivem com baixos rendimentos, permitindo que elas gerenciem riscos com mais eficiência. É, portanto, um instrumento de proteção social, que não deve ser negligenciado quando uma estratégia de política social é desenvolvida. Há alternativas relativas ao microsseguro para alcançar esse objetivo, que podem ser mais ou menos eficazes, dependendo do contexto particular em questão, porém isso ainda merece reflexão.

Este capítulo procura responder a três perguntas: 1) até que ponto o microsseguro pode contribuir para preencher a lacuna na cobertura de proteção social nos países em desenvolvimento; 2) como ele deve ser planejado visando máximo impacto; e 3) sob que condições ele teria preferência sobre outros instrumentos de proteção social?

O capítulo discute que uma perspectiva sistêmica sobre proteção social é crucial para analisar os efeitos do microsseguro e para otimizar sua concepção. Trata-se apenas de uma ferramenta de proteção social possível e deve ser bem incorporada em uma estrutura geral de proteção social de um país. O microsseguro não é substituto para transferências sociais, que são financiadas por tributos e destinadas a apoiar os membros mais pobres e vulneráveis da sociedade. Além disso, não é, *a priori*, superior ao seguro social (especialmente para riscos, como, por exemplo, doença e velhice), desde que ambos os instrumentos sejam opções realistas, isto é, quando o Estado tem tanto a vontade política quanto a capacidade institucional necessária para criar programas de seguro social para famílias de baixa renda.

O potencial do microsseguro é enorme na maioria dos países em desenvolvimento, em especial se muitos governos estão relutantes ou são incapazes de estender os programas públicos de proteção social a segmentos excluídos da população. Ademais, em geral, os países são incapazes de oferecer programas abrangentes de proteção social contra todos os riscos relevantes enfrentados por toda e qualquer família. Portanto, há muito espaço para o microsseguro na maioria dos países em desenvolvimento e emergentes.

Este capítulo continua conforme a seguir: a seção 2.1 define proteção social, com uma visão geral de seu escopo e suas funções. A seção 2.2 explica por que muitas famílias nos países em desenvolvimento não têm acesso à proteção social adequada. A seção 2.3 retrata o microsseguro como um instrumento de proteção social e discute os possíveis papéis do microsseguro dentro de uma estrutura geral de proteção social. A seção 2.4 conclui com um apelo por uma perspectiva sistêmica a ser empregada quando da análise e aplicação dos programas de microsseguro.

2.1 Escopo e funções da proteção social

Pessoas de qualquer lugar se deparam com uma multiplicidade de riscos. Um risco é a possibilidade de que um evento com efeitos negativos leve a uma queda na renda de uma pessoa ou família (como no caso de desemprego) ou a um aumento nas despesas (como no caso de um choque de custos) ou em ambos (como seria o caso quando uma doença acarreta invalidez que impeça o emprego e resulte em custos de assistência médica).

A existência de risco e a falta de preparo para esse risco levam à vulnerabilidade, que é a probabilidade de uma pessoa ou família vir a sofrer um declínio significativo em bem-estar devido a um evento de risco. Essa probabilidade aumenta com: 1) a possibilidade de um evento de risco; 2) a magnitude esperada de seus efeitos; e 3) a

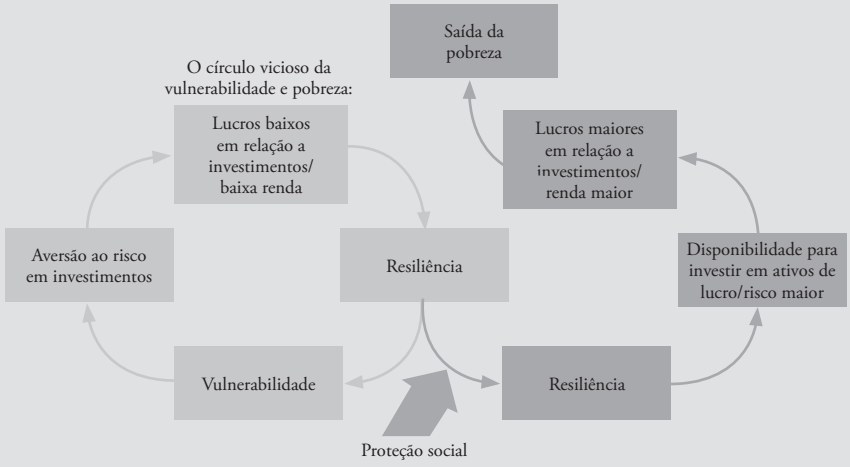
falta de resiliência das pessoas ou famílias, o que depende, entre outras coisas, dos bens dotais, incluindo dinheiro e propriedades.

Vulnerabilidade e pobreza não são, portanto, a mesma coisa, porém elas se reforçam mutuamente *(ver Figura 2.2)*. Por um lado, as pessoas pobres estão mais vulneráveis em comparação àquelas que estão melhor do que elas e expostas a um maior número de riscos, a riscos mais graves, e a uma maior probabilidade de um risco ocorrer devido às suas condições mais perigosas de vida e trabalho. Além disso, o pobre possui menos bens que podem ser vendidos para cobrir gastos emergenciais ou para diversificar suas fontes de renda (por exemplo, de trabalho a rendimento de capital) ou para oferecer como garantia de um empréstimo.

Riscos que podem levar a perdas que independem da renda ou dos bens representam uma ameaça mais grave para famílias de baixa renda do que para outras famílias em face de a possível perda ser maior em termos relativos. No entanto, mesmo os riscos que estejam associados a uma perda que cresça proporcionalmente à renda ou à riqueza são normalmente considerados mais graves pelos pobres do que pelos ricos. Tal fenômeno se deve ao fato de que a utilidade marginal da renda diminui conforme ela aumenta, como foi comprovado teoricamente, já em 1964, por Pratt (Pratt, 1964; Loewe, 2005b; Zweifel e Eisen, 2000).

Figura 2.2

A função promocional da proteção social: Quebrando o círculo vicioso da pobreza e vulnerabilidade



Por outro lado, a vulnerabilidade agrava a pobreza de três formas:

1) A ocorrência de um risco diminui o bem-estar das pessoas.
2) Pode forçar as pessoas a utilizarem seus ativos financeiros, físicos, humanos e sociais para lidar com os efeitos correspondentes. Elas podem, por exemplo, ter de recorrer

às suas economias, vender bens produtivos (por exemplo, terras ou máquinas), tirar os filhos da escola e colocá-los para trabalhar ou utilizar as redes sociais para apoio financeiro. Ao fazê-lo, elas usam os próprios recursos que podem ajudá-los a desenvolver atividades de geração de renda capazes de permitir a eles recuperarem e melhorarem sua situação socioeconômica.

3) A vulnerabilidade reduz a disponibilidade das pessoas de estenderem suas atividades econômicas e, desta forma, melhorarem seu bem-estar socioeconômico. As pessoas que são vulneráveis a riscos, tais como doença ou desemprego, relutam em investir qualquer renda excedente em capital produtivo ou educação. Isso as ajudaria a aumentar sua renda, mas, também, implicaria alguns outros riscos. Ao contrário, elas tendem a acumular recursos ou bens para que estes possam ser acessados facilmente sempre que ocorrer um evento de risco (por exemplo, para pagar tratamento médico). Da mesma forma, a consciência de sua vulnerabilidade em relação a riscos não segurados pode levar ao uso de tecnologias de produção ultrapassadas, embora menos arriscadas.[2]

O objetivo da proteção social é quebrar este círculo vicioso. Este capítulo define proteção social como o conjunto de ações que são realizadas pelo Estado ou por outros *players* (por exemplo, empresas comerciais, instituições de caridade e grupos de autoajuda) para combater o risco, a vulnerabilidade ou a pobreza crônica. Esta descrição gera um compromisso entre as diferentes posições tomadas pelos importantes *players* internacionais no que diz respeito ao significado deste termo. A definição da OIT é limitada em termos comparativos. Por vezes, ela usa o termo "proteção social" como um sinônimo de "previdência social".[3] Na maioria dos casos, entretanto, ela prefere usar "previdência social", que envolve apenas riscos que são típicos de pessoas cuja renda deriva de trabalho pago.[4]

No entanto, a maioria das outras definições são mais amplas. O Banco Mundial, por exemplo, considera que proteção social engloba todas as "intervenções públicas para: 1) auxiliar indivíduos, famílias e comunidades a gerenciarem melhor o risco, e 2) fornecer apoio aos extremamente pobres" (Holzmann e Jorgensen, 2000, página 3). Da mesma forma, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) se refere à proteção social como "políticas e ações que aumentam a capacidade de pessoas pobres e vulneráveis saírem da pobreza, e as capacita para gerenciar melhor riscos e crises" (OCDE, 2009, página 10).

[2] Para evidências empíricas sobre estes efeitos ver Bird (2001); Fafchamps e Minten (2008); Lichand (2010).

[3] Em pelo menos uma publicação, proteção social é definida como "o conjunto de medidas públicas que uma sociedade estabelece para seus membros, a fim de protegê-los contra o infortúnio econômico e social que seria causado pela ausência ou redução substancial de renda proveniente do trabalho em consequência de várias contingências (doença, maternidade, acidente de trabalho, desemprego, invalidez, velhice e morte do provedor da família); a prestação de assistência médica; e a garantia de benefícios para famílias com filhos" (García e Gruat, 2003, página 13).

[4] Em uma recente publicação importante, por exemplo, o termo "previdência social" é entendido como para cobrir "todas as medidas que proporcionam benefícios, seja em dinheiro ou em espécie, para garantir proteção, entre outras coisas, de (a) falta de renda relativa a trabalho (ou renda insuficiente), causada por doença, invalidez, maternidade acidente de trabalho, desemprego, velhice ou morte de um membro da família; (b) falta de acesso ou acesso indisponível à assistência médica; (c) o apoio familiar insuficiente, especialmente para os filhos e dependentes adultos; (d) pobreza geral e exclusão social" (OIT, 2010, página 13).

Enquanto isso, há um consenso crescente de que a proteção social tem três funções importantes:

1) **Prevenção:** Para garantir segurança às famílias vulneráveis, reduzindo a probabilidade de que elas sofram um grave declínio no bem-estar e, possivelmente, até mesmo caiam na pobreza absoluta. Este objetivo pode ser alcançado por meio de: a) redução da probabilidade de ocorrência do risco (prevenção de risco); b) redução dos possíveis efeitos da ocorrência do risco (atenuação de risco); ou c) apoio às famílias em seus esforços para lidar com os efeitos do riscos caso estes se concretizem (ver abaixo).
2) **Proteção:** Para estender o apoio financeiro ou em espécie para o pobre por intermédio da redistribuição de renda na sociedade.
3) **Promoção:** Para ampliar as oportunidades para que pobres e vulneráveis aumentem sua produtividade e renda, estimulando-os a assumir os riscos adicionais associados ao investimento de sua poupança em educação e bens produtivos.

Essas três funções podem ser desempenhadas pelos programas de proteção social de três maneiras diferentes:

1) reduzindo desde o começo a probabilidade de um evento de risco (prevenção de risco);
2) limitando *ex-ante* os possíveis efeitos de um evento de risco (atenuação de risco) por meio da acumulação de poupança (provisão de risco), seguro (compartilhamento de risco) ou autosseguro (diversificação de risco); e
3) absorvendo *ex-post* os efeitos de um evento de risco (lidar com o risco).

Ao cumprir essas tarefas, a proteção social contribui para o desenvolvimento de três formas diferentes (Cichon e Scholz, 2009; de Neubourg, 2009; Loewe, 2005a). Em primeiro lugar, contribui para o desenvolvimento da justiça socioeconômica, impedindo as pessoas de caírem na pobreza, oferecendo apoio às pessoas em situação de pobreza e ajudando as pessoas a saírem da pobreza. Em segundo lugar, a proteção social contribui para o investimento produtivo e o crescimento econômico. A proteção social estimula as famílias de baixa renda, em particular, a investirem o que sobra da renda em educação e ferramentas de produção e, desta forma, mobiliza a poupança local para fins produtivos. Por último, a proteção social contribui para a estabilidade política e coesão social. No século XIX, o chanceler alemão Otto von Bismarck deu início ao primeiro programa de seguro social do mundo, principalmente para conter forças opositoras socialistas, para apaziguar uma força de trabalho industrial desamparada e construir um Estado-nação alemão, e não por preocupação com o pobre ou por um sentimento de solidariedade. Na verdade, os políticos em muitos países ao redor do mundo, desde então, vêm seguindo este exemplo.

Proteção social é, portanto, uma pedra angular do desenvolvimento social, econômico e político de um país.

2.2 Proteção social nos países em desenvolvimento

A proteção social pode ser organizada pelo Estado, por empresas comerciais, grupos de autoajuda e outros *players*. A maioria dos países conta com sistemas de proteção social administrados por todos os anteriormente citados.

Programas de proteção social são financiados por contribuições de seus membros ou por arrecadações fiscais. Programas de seguro social, em particular, são financiados por contribuições regulares e, em geral, estão associados a relações de trabalho (contratuais) formais. Baseiam-se em regras específicas, muitas vezes pautadas em lei, e garantem benefícios quando um membro da família experimenta uma crise repentina devido a um risco específico que esteja predefinido por lei (por exemplo, velhice, invalidez ou morte de um chefe de família). Programas de seguro social podem, portanto, reduzir efetivamente a vulnerabilidade das famílias que têm condições de pagar alguma contribuição regular em troca de uma exposição ao risco reduzida. No entanto, eles tratam apenas de um conjunto específico de riscos, que nem sempre incluem os riscos que constituem as ameaças mais graves para seus membros. Por exemplo, esses programas, em geral, não oferecem proteção contra quebra de safra resultante de riscos relacionados a fenômenos meteorológicos – ainda que tais riscos constituam um problema mais grave para muitas famílias rurais do que velhice ou acidentes de trabalho, que podem ser administrados por meio do apoio mútuo de parentes e vizinhos. Ademais, o seguro social, em geral, não ajuda os extremamente pobres, que são incapazes de pagar até mesmo contribuições muito pequenas e, portanto, tendem a ficar excluídos dos programas de seguro social.

Programas de transferência social ajudam a evitar e reduzir tanto a pobreza crônica quanto a transitória. Além disso, abrangem, em geral, todos os tipos de riscos, porém tendem a ser menos poderosos em termos de redução da vulnerabilidade das famílias. Uma vez que os benefícios são financiados por receitas fiscais, eles costumam ser bastante limitados e têm como objetivo impedir que as famílias caiam na pobreza extrema. No entanto, eles não são capazes de evitar qualquer piora no bem-estar de famílias mais ricas, porque os benefícios proporcionados pelos programas de transferência social estão longe de substituir sua renda anterior – algo que os programas de seguro social, muitas vezes, são capazes de fazer.

Existem dois tipos de programas de transferência social: programas "direcionados" e "universais". Programas direcionados concedem benefícios apenas para as pessoas necessitadas, enquanto programas universais pagam para todas as famílias. Embora o valor dos benefícios garantidos pelos programas direcionados seja, via de regra, consideravelmente menor do que o gasto total dos programas universais, seus orçamentos, às vezes são ainda maiores em função dos custos direcionados envolvidos (ou seja, os custos de identificação de famílias elegíveis).

Da mesma forma, uma distinção pode ser feita entre programas de transferência em dinheiro (por exemplo, assistência social, aposentadoria social e concessão de renda básica), vales (por exemplo, para educação ou serviços de saúde), e transferências em espécie (por exemplo, rações alimentares ou assistência médica pública gratuita).

Em geral, programas de proteção social não públicos são financiados por contribuições. Isso é particularmente o caso de programas que são administrados por empresas comerciais (incluindo seguradoras privadas, caso em que as contribuições são "prêmios"), por grupos de autoajuda (como poupança, grupos de crédito e seguro) e por instituições de microfinanças. Mesmo as redes mútuas de apoio esperam que seus membros deem a seus parentes e vizinhos aproximadamente tanto quanto eles têm recebido de outros, a única exceção sendo o apoio caritativo dado aos pobres pelas famílias ricas por motivos filantrópicos *(ver Tabela 2.1)*.

Tabela 2.1

Visão geral dos programas de proteção social organizados pelos vários *players*

Organizados/ administrados por:	*Financiados por contribuições de membros (voltados para vulnerabilidade e riscos específicos)*	*Financiados por tributos ou doações voluntárias de outras famílias (voltados para pobreza transitória e crônica e uma ampla gama de riscos)*
Autoridade pública/governo	– Programas de seguro social – Fundos nacionais de previdência – Programas públicos de crédito	– Programas de assistência social – Programas universais de transferência de numerário – Programas de dinheiro/alimento para educação – Programas de dinheiro/alimento para trabalho – Programas de assistência médica pública "gratuita"
Empresas comerciais/ privadas	– Programas comerciais de poupança – Programas comerciais de crédito – Contratos de seguro privado	
Grupos semiformais de autoajuda	– Clubes de poupança e crédito – Associações mútuas de seguro	
Redes tradicionais	Redes mútuas de apoio	Apoio caritativo dado aos pobres por famílias ricas

O principal desafio das políticas de proteção social nos países em desenvolvimento resulta do fato de que a cobertura de muitos programas é bastante limitada em termos tanto de escala quanto de escopo. Na verdade, programas de seguro social alcançam apenas uma minoria da população *(ver Figura 2.1)*. Com poucas exceções somente, o seguro de velhice cobre não mais do que 40 por cento da força de trabalho nos países de média renda e 10 por cento da força de trabalho nos países de baixa renda (OIT, 2010). Ao mesmo tempo, menos de 12 por cento da população possui seguro saúde privado ou fundo de pensão (Drechsler e Jïtting, 2005), e menos de 5 por cento recebe benefícios de assistência social pública (Barrientos e Holmes, 2007).

Esforços para estender a cobertura de seguro social, muitas vezes, são limitados devido a razões financeiras, administrativas e políticas:

1) A maioria dos programas existentes se baseia em relações de trabalho formais, e as contribuições são divididas por empregados e empregadores. Estas regras são difíceis de aplicar em relação às pessoas em situação de emprego instável, informal, especialmente aquelas que trabalham como autônomas.

2) Organizações de seguro social enfrentam problemas administrativos em termos de monitoramento do cadastro de trabalhadores na economia informal, cobrança de suas contribuições e administração de seus sinistros de forma correta.
3) Grupos de funcionários que já são segurados, muitas vezes, opõem-se à inclusão de outros grupos em programas de seguro social, uma vez que eles temem que isto terá um efeito adverso sobre eles – especialmente quando os novos grupos são, em média, mais pobres do que eles.

Da mesma forma, poucos países ampliaram o alcance de seus programas de transferência social. Países de baixa renda são limitados, particularmente, por motivos orçamentários. No entanto, mesmo países de média renda muitas vezes relutam em fornecer mais apoio em dinheiro ou em espécie aos necessitados. Os políticos, muitas vezes, não têm o comprometimento necessário na alocação de recursos públicos para grupos populacionais que, em geral, não são bem organizados e, portanto, são incapazes de exercer pressão sobre seus governos.

Conforme ilustrado no decorrer deste livro, as seguradoras comerciais também enfrentam dificuldades para atrair clientes de baixa renda:

1) Seus custos administrativos são, em geral, relativamente altos, de modo que eles têm que cobrar prêmios que são muito caros para pessoas cuja renda é baixa.
2) As seguradoras comerciais enfrentam dificuldades para obter informações relevantes sobre perfis de risco e comportamento de pessoas que trabalham na economia informal e vivem em assentamentos informais. Além disso, se elas oferecem produtos a esses clientes, correm o risco de se deparar com problemas de seleção adversa e risco moral.
3) Muitas famílias de baixa renda têm pouco conhecimento de como o seguro funciona, não confiam nas companhias de seguros e, consequentemente, desenvolvem, com frequência, pouca demanda por seguro.

Ao mesmo tempo, as companhias de seguros têm poucos incentivos direcionados a famílias de baixa renda. Em muitos países em desenvolvimento, os mercados de seguros são protegidos contra concorrentes estrangeiros, e o mercado de clientes de alta e média renda é mais atraente. Consequentemente, as seguradoras fazem pouco nesses países para a população pobre entender seus produtos habituais, algumas vezes complicados, e para aumentar a conscientização sobre a necessidade de segurar os riscos. Por fim, seus mecanismos de pagamento também são, com frequência, lentos, o que os torna, de certa forma, sem atrativos para a população pobre, que precisa de acesso rápido a recursos.

Programas baseados na comunidade representam um possível instrumento para estender proteção social para o setor informal. No entanto, esses programas também enfrentam uma série de limitações que podem ameaçar sua sobrevivência. Na verdade, em geral, eles se destacam por taxas de subscrição baixas, capacidade financeira

insuficiente e problemas organizacionais e de gestão (Fonteneau e Galland, 2006; Jütting, 2002; Meesen et al., 2002).

Programas de proteção social nos países em desenvolvimento tendem a cobrir apenas um número limitado de riscos importantes. Por exemplo, eles normalmente tratam apenas de riscos de saúde e do ciclo da vida, tais como velhice, uma deficiência que impeça o emprego ou a morte do principal provedor da família. Seguro desemprego com poucos recursos. Dificilmente quaisquer programas garantem proteção contra riscos naturais, que representam mais de uma ameaça para muitas famílias rurais do que os riscos do ciclo da vida.

2.3 Microsseguro como um instrumento de proteção social

Um possível instrumento para preencher essas lacunas é o microsseguro. Como um instrumento de compartilhamento de risco, financiado principalmente por prêmios, o microsseguro envolve uma redistribuição horizontal de renda entre pares com perfis de risco semelhantes, em vez de uma redistribuição vertical de rico para pobre. Ao mesmo tempo, o prefixo "micro" indica que as taxas de contribuição são acessíveis para aqueles cuja renda auferida é baixa, com benefícios igualmente limitados. Em condições ideais, o pacote de benefícios do programa, as condições de cadastro e as formalidades da operação devem atender às necessidades específicas do grupo alvo.

A enorme diversidade de organizações gerou programas de microsseguro que operam de acordo com esta definição. Isso inclui sociedades de seguro social (por exemplo, o Programa de Seguro Social Compreensivo, no Egito), companhias públicas de seguros (por exemplo, Janashree Bima Yojana, oferecido pela Life Insurance Corporation, na Índia), empresas de seguros comerciais, alguns provedores de assistência médica (por exemplo, o Chogoria Hospital, no Quênia), muitas instituições de microfinanças, organizações privadas de assistência social (por exemplo, IRAM, em Moçambique, ou Activists for Social Alternatives, na Índia), cooperativas (por exemplo, Asociación Mutual Los Andes, na Colômbia) e redes de comunidade (como *harambees*, no Quênia).

Se planejado corretamente, o microsseguro é um meio eficaz de fornecer aos trabalhadores da economia informal garantias sociais. Dessa forma, ele pode contribuir, potencialmente, para preencher as lacunas em cobertura que existem nos programas de proteção social que operam nos países em desenvolvimento *(ver Figura 2.1)*. Estudos empíricos de Bangladesh e da Índia comprovam que o microsseguro pode (embora nem sempre) ter um impacto positivo significativo sobre vários aspectos de pobreza multidimensional (Hamid et al., 2010). Para saber mais sobre o impacto do microsseguro, ver Capítulo 3.

Ademais, o microsseguro também pode desempenhar um papel importante na capacitação de seus membros. Contratos de microsseguro são, frequentemente, resultado de um diálogo entre provedores e grupos alvos, considerando que

os programas públicos de proteção social são, muitas vezes, criados por processos puramente de cima para baixo. Como resultado, o microsseguro pode ser sensível às necessidades e preferências específicas daqueles cuja renda auferida é baixa. Além disso, os projetos de microsseguro bem-sucedidos têm um efeito demonstração: eles aumentam a conscientização sobre a importância de oferecer proteção contra riscos e prevenir as prováveis consequências caso elas, de fato, concretizem-se. Da mesma forma, eles demonstram que a colaboração dentro dos grupos pode fortalecer as oportunidades e a posição do indivíduo (Loewe, 2009b).

Existem, no entanto, algumas limitações em relação ao potencial do microsseguro (ver Loewe, 2006).

Em primeiro lugar, o microsseguro não é um substituto para um programa de transferência social, porque o microsseguro trata de vulnerabilidade e não de pobreza crônica, enquanto transferências sociais dão apoio imediato às pessoas em situação de pobreza. Programas de microsseguro (de uma forma bastante semelhante aos programas de seguro social) são financiados por contribuições dos seus membros e são destinados a atenuar o impacto de qualquer aumento inesperado nos gastos essenciais dessas pessoas. Portanto, eles não são um instrumento adequado para pessoas que apresentam dificuldades de satisfazer suas necessidades diárias mais básicas, quanto mais prever necessidades sociais futuras. A pobreza extrema somente pode ser segurada por meio de transferências financiadas por receitas fiscais.

Além disso – mais uma vez, ao contrário dos programas de transferência tributária e também dos programas de seguro social –, os programas de microsseguro não podem (e não pretendem) redistribuir recursos de membros ricos da sociedade para os pobres. Este ponto fraco é explicado pelo fato de o cadastro em um programa de microsseguro ser normalmente restrito a famílias de baixa renda. Se um programa de microsseguro usou contribuições feitas por membros ricos para subvencionar benefícios concedidos aos membros pobres, isso seria atraente apenas para o pobre.

Em segundo lugar, muitas famílias não têm a oportunidade de participar de um programa de microsseguro, porque este não funciona na sua vizinhança. Programas de microsseguro contribuem, de certo modo, para a igualdade e justiça social: dão às pessoas de renda baixa e flutuante, que muitas vezes não podem ter acesso a outros tipos de instrumentos de proteção social, a oportunidade de também atenuar seus riscos. No entanto, os programas de microsseguro cobrem hoje apenas uma parcela limitada da população em seus respectivos países. De fato, muitos especialistas acreditam que o microsseguro nunca alcançará a maioria da população, mesmo sob a mais otimista das hipóteses (Roth et al., 2007).

Governos e doadores podem apoiar a expansão do microsseguro aconselhando e promovendo a criação de condições básicas sólidas. No entanto, a probidade em fornecer subsídios financeiros para esses programas deve ser considerada com muita cautela, uma vez que favoreceria os clientes dos programas em detrimento das famílias que não têm sequer uma chance de participar. Subsídios são problemáticos porque os clientes de microsseguro muitas vezes não são das camadas de renda mais baixa –

por exemplo, porque os mais pobres não podem pagar nem mesmo os prêmios dos programas de microsseguro. Entretanto, os orçamentos governamentais nos países em desenvolvimento são, em geral, custeados principalmente por tributos indiretos, que são arcados por todos os segmentos da população, incluindo a população muito pobre. Como resultado, a subvenção do microsseguro faz os muito pobres cofinanciarem os benefícios de famílias que são menos pobres do que eles. Substituir tributos indiretos por tributos diretos melhoraria a situação, porém muitos países enfrentam dificuldades administrativas para cobrar tributos diretos.

As coisas são diferentes se a grande maioria da população, incluindo a muito pobre, tiver acesso físico a um programa de microsseguro, e se apenas os prêmios dos mais pobres forem subsidiados. Neste caso, os subsídios podem ser um instrumento de redistribuição progressiva, e eliminar a preocupação no que diz respeito à equidade.

Em terceiro lugar, o microsseguro é mais adequado para alguns riscos do que para outros. A experiência indica que os problemas tendem a ser menores no seguro de vida e invalidez. O seguro contra eventos meteorológicos extremos é oferecido atualmente em uma série de países, embora isso seja muito mais difícil de planejar e administrar *(ver Capítulo 4)*. Oferecer uma microaposentadoria também é difícil, uma vez que isso requer um alto grau de confiança do cliente nos provedores, especialmente à medida que os benefícios são pagos décadas após os primeiros prêmios terem sido pagos, isto sem falar da dificuldade do provedor em gerir os investimentos para render lucros de longo prazo que possibilitam os pagamentos futuros da aposentadoria. Até agora, o que foi vendido na Índia sob o rótulo de "microaposentadoria" difere pouco de um produto de poupança simples, que não contém compartilhamento de riscos. As contribuições são definidas enquanto os benefícios dependem dos juros obtidos pela seguradora que investe os recursos dos membros nos mercados de capitais. Além disso, os benefícios são um montante à vista ou renda vitalícia, pagos apenas até que os recursos acumulados se esgotem (embora direitos possam ser herdados quando um cliente morre antes que seus recursos tenham se esgotado por completo). Consequentemente, os clientes arcam com todo o risco da instabilidade da taxa de juros e da longevidade dos membros (Shankar e Asher, 2009).

Conforme apresentado no Capítulo 5, o microsseguro saúde também apresenta sérios desafios. O microsseguro saúde, em geral, reembolsa os custos de tratamento médico aos segurados, independentemente de seus rendimentos ou bens. Isso quer dizer que, para um determinado pacote de indenização, a seguradora estima gastar em média o mesmo valor em benefícios prestados a todos os segurados. Logo, ela não pode vender o pacote para clientes de baixa renda a um preço menor do que aquele vendido para clientes de alta renda. Na melhor das hipóteses, ela pode oferecer aos clientes pobres um pacote enxuto que não cobre certas doenças, exclui tratamentos médicos muito caros ou é restrito a um determinado montante máximo anual. O seguro é mais eficaz quando cobre despesa muito alta: normalmente, muitos segurados podem se prevenir para pequenas despesas com suas próprias economias. Entretanto, no caso de clientes de baixa renda, um pacote limitado de benefícios que reembolse pelo

menos alguns custos de assistência médica (por exemplo, somente serviços de internação) ainda pode ajudar na falta de programas sociais de seguro saúde.

Essas considerações demonstram como é importante analisar os possíveis efeitos do microsseguro, utilizando uma abordagem sistêmica de proteção social. Apenas uma análise holística pode captar, por exemplo, a interação entre financiamento da saúde e prestação de serviços de assistência médica. O microsseguro saúde não faz sentido se os serviços de assistência médica não são oferecidos na região em questão ou se os serviços prestados são de muito má qualidade. Uma atenção adicional também deve ser dispensada aos acordos contratuais e mecanismos de pagamento entre microsseguradoras e provedores de assistência médica *(ver Capítulo 6)*. Uma análise holística é necessária para atender aos três objetivos públicos de equidade, disponibilidade e acesso aos serviços (de qualidade) de saúde.

Ademais, sob circunstâncias normais, o microsseguro é apenas uma segunda melhor opção quando comparado ao seguro social. A participação do último pode ser prescrita por lei, tornando possível a redistribuição entre segurados. O mesmo pacote de seguro saúde pode, por exemplo, ser vendido para membros pobres e ricos da mesma forma, com os pagamentos efetuados aos membros pobres sendo financiados, em parte, pelas contribuições dos mais ricos. Além disso, programas de seguro social dão a seus membros mais segurança jurídica, uma vez que são apoiados pelo Estado, que deve, em última análise, assumir a responsabilidade por todas as obrigações.

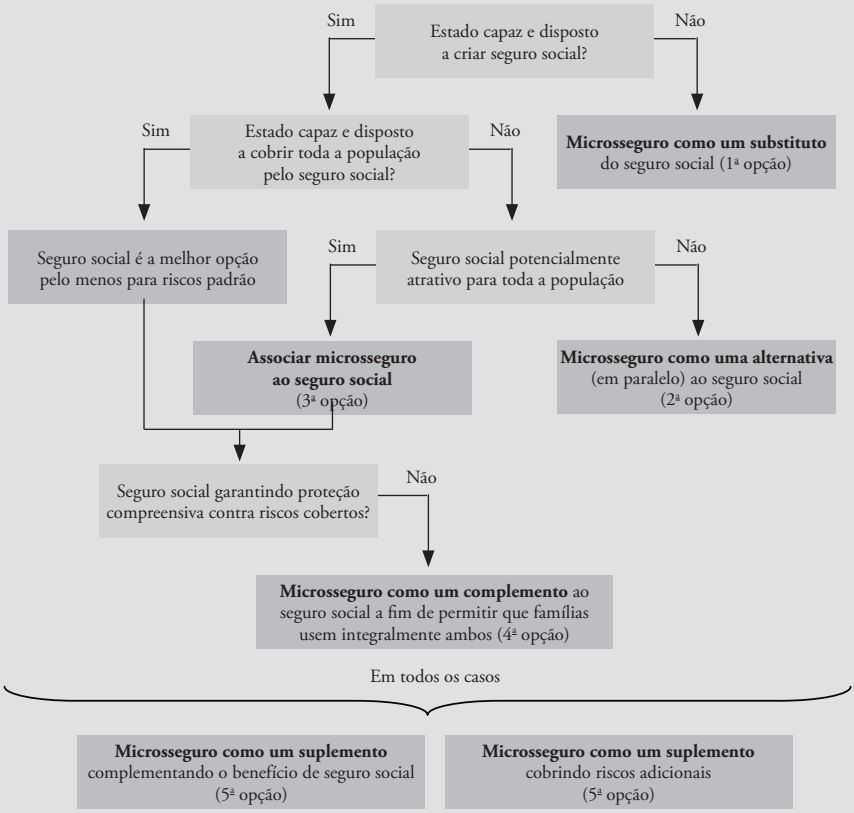
Apesar dessas limitações, o microsseguro pode ser uma abordagem útil para proteção social em algumas configurações muito diferentes, tal como ilustrado na Figura 2.3.

Primeiro, como um substituto do seguro social: o microsseguro pode ser uma opção quando o Estado é incapaz ou não está disposto a criar programas de seguro social ou não quer estendê-los aos que trabalham na economia informal. Em tais circunstâncias, o microsseguro pode preencher, pelo menos, parte da grande lacuna que resulta da falta de ação governamental. Os programas mútuos de seguro em áreas rurais remotas dos países da África Ocidental e Central são exemplos típicos de tal estratégia.

Segundo, como uma alternativa ao seguro social: o microsseguro também pode desempenhar um papel crucial onde existem programas de seguro social, porém não são (e provavelmente não venham a ser) atraentes para todos os empregados do setor informal. Isso pode se dever ao fato de que os riscos cobertos são uma grande ameaça apenas para trabalhadores do setor formal urbano, enquanto agricultores e trabalhadores da economia informal são vulneráveis a outros tipos de risco. Da mesma forma, as taxas de contribuição podem ser muito altas ou os procedimentos de pagamento podem não ser apropriados para pessoas com uma renda irregular. Ademais, a população pode desconfiar de sistemas administrados e organizados por instituições públicas.

Nesses casos, o microsseguro pode ser desenvolvido em paralelo, como uma alternativa ao seguro social, com o resultado de que as famílias podem optar pelo tipo de instrumento de proteção social que melhor convenha às suas necessidades e preferências específicas, ou seja, seguro social, microsseguro ou seguro comercial tradicional.

Figura 2.3 **Possíveis papéis do microsseguro como um instrumento de proteção social**



Por exemplo, no Vietnã, algumas cooperativas oferecem microsseguro saúde, apesar do fato de que nem todo cidadão coberto legalmente por programa padrão de saúde do país pode se cadastrar voluntariamente a uma taxa de contribuição moderada em um programa de seguro social separado que também seja administrado por sociedade oficial de seguro social para atender às necessidades da população fora da economia formal (Banco Mundial et al., 2007). Da mesma forma, Gana permite programas mútuos independentes de seguro saúde para coexistir com programas de seguro saúde distritais afiliados ao Fundo Nacional de Seguro Saúde *(ver Caixa de Texto 2.1)*.

Terceiro, pode estar associado ao seguro social: o microsseguro pode ajudar até mesmo quando o seguro social é potencialmente atrativo para toda população. Alguns países enfrentam dificuldades para integrar empregados do setor informal em seus programas de seguro social ainda que – e isto está em contradição com o segundo cenário descrito acima – seu cadastro em tais programas beneficie a grande maioria das famílias do país. O problema pode ser que a administração do seguro social é incapaz de alcançar áreas rurais, atender assentamentos urbanos informais ou convencer famílias de baixa renda quanto às vantagens do cadastro. Trabalhado-

res da economia informal também podem relutar em se cadastrar, porque não estão suficientemente cientes de seus riscos ou desconfiam do Estado. No Vietnã, por exemplo, muitas pessoas não se cadastram no seguro saúde social voluntário do país, a menos que estejam sofrendo de graves problemas de saúde. Na Tunísia, o número de empregados do setor informal que contribui para o programa de seguro social aumentou somente depois que o governo incluiu auxílio para filhos ao pacote de benefícios dos programas de seguro social. Anteriormente, isso era apenas parte do pacote de benefícios para empregados do setor formal e provou ser muito popular entre os trabalhadores informais (Ver Loewe, 2009).

Em casos como esses, as sociedades de seguro social podem se considerar cooperando com provedores de microsseguro, que atuam como seus agentes locais. A tarefa desses agentes é convencer as famílias das vantagens do cadastro nos programas de seguro social, promover a confiança em tais programas, registrar novos membros, cobrar suas contribuições e pagar a elas os benefícios. Por exemplo, há alguns anos, a Tailândia considerou estender a cobertura do seu seguro voluntário de aposentadoria social para empregados do setor informal dessa forma. Para garantir que os mecanismos de cobrança de prêmio e pagamento de benefício atendam ao grupo alvo, a administração do seguro social reconheceu as vantagens de cooperar com os agentes locais – não apenas com organizações trabalhistas e sindicatos, mas também com instituições de microsseguro.

Além disso, os novos programas de seguro social podem ser desenvolvidos com base nos programas de microsseguro existentes, como no caso do programa nacional de seguro saúde de Gana *(Ver Caixa de Texto 2.1)*. A entidade pública de seguro social pode atuar como uma organização guarda-chuva que fornece experiência e resseguro para microsseguradoras e coordena suas atividades. Ademais, a organização pode harmonizar as condições benéficas dos programas afiliados para criar oportunidades iguais para todos os membros. A organização de microsseguro pode, então, assumir o papel de um agente atuando como representante local das entidades nacionais de seguro social. Por fim, os programas de microsseguro podem estar totalmente integrados aos programas de seguro social.

Caixa de Texto 2.1

A Lei Nacional de Seguro Saúde de Gana

Depois da independência, Gana criou um sistema de saúde pública financiado por tributos que presta serviços essenciais de saúde gratuitos para toda a população. No entanto, em 1985, o governo introduziu taxas moderadas no sistema de saúde como parte de um programa mais amplo de ajuste estrutural. A equidade no acesso aos serviços essenciais se deteriorou rapidamente. Como consequência, mais de 150 programas mútuos de seguro saúde foram fundados entre 1990 e 2003, fornecendo, principalmente, proteção contra os custos catastróficos de assistência médica para tratamento médico de doenças mais graves com internação.

Em 2003, o governo anunciou a Lei Nacional do Seguro Saúde, tornando obrigatório para todos os cidadãos o cadastro em: 1) um programa mútuo de seguro saúde de um distrito ou 2) um programa de seguro comercial privado ou 3) um programa mútuo de seguro saúde privado. Organizações mútuas de seguro saúde existentes tinham de escolher entre permanecerem independentes ou se tornarem uma afiliada do programa distrital do recém-criado Fundo Nacional de Seguro Saúde (NHIF), que atua tanto como ressegurador quanto supervisor dos programas distritais. No último caso, as seguradoras mútuas de saúde devem oferecer um pacote de serviços absolutamente completo, incluindo o reembolso de pelo menos 95 por cento dos custos na maioria dos serviços de internação e ambulatoriais, e uma quantidade de medicamentos (ou seja, com exceção de drogas antirretrovirais, reprodução assistida e tratamento de câncer). As fontes de financiamento incluem contribuições de membros (uma dedução em folha de pagamento de 2,5 por cento para empregados do setor formal e um prêmio fixo de cerca de €6 – US$8,50 – por ano para trabalhadores do setor informal, doações, subvenções de doadores e um subsídio significativo do governo financiado por um tributo especial de 2,5 por cento sobre a venda de produtos selecionados). Nos distritos sem qualquer programa mútuo de seguro saúde que colabore com o NHIF, o próprio governo estabeleceu um programa mútuo de seguro saúde.

Gana dá um exemplo de programas de microsseguro que operam como uma alternativa ao programa público de seguro social e são associados a ele para vantagem mútua.

Em 2008, os programas distritais de seguro saúde afiliados ao NHIF deram cobertura para 42 por cento da população urbana e 36 por cento da população rural. Famílias pobres, em particular, absteveram-se de se cadastrar no programa porque as taxas de contribuição pareciam ser muito caras. Por essa mesma razão, apenas cerca de 20 programas mútuos de seguro saúde outrora independentes tinham se associado ao NHIF até 2007. A maioria dos demais continuou a oferecer pacotes de benefícios muito menores a taxas de contribuição muito mais baixas. Cabe observar, contudo, que esses programas independentes cobriram uma parcela ainda menor da população: 1,3 por cento em áreas urbanas e 0,9 por cento em áreas rurais.

No entanto, a solvência de longo prazo do NHIF está em risco. Três quartos de seus gastos são cobertos pelo governo, enquanto apenas um quarto é coberto por contribuições de membros. Uma razão para isso é que apenas 38 por cento de todos os membros pagam realmente seus prêmios. Crianças e famílias muito pobres estão cobertas sem nenhum custo. Ademais, os custos de administração dos programas mútuos de seguro saúde estão subindo, em parte porque a disposição de seus membros de gerirem seus programas sem custo desapareceu, uma vez que eles tiveram de usar pacotes de benefícios uniformes e condições impostas pelo Estado.

Fontes: Adaptado de Gehrke, 2009; Lethourmy, 2010; Brugiavini e Pace, 2010.

Quarto, como um complemento ao seguro social: o microsseguro pode ser crucial mesmo quando os programas de seguro social cobrem os riscos mais graves enfrentados pelas famílias. Isso é particularmente verdadeiro quando o seguro social cobre apenas uma parte dos custos incorridos devido aos impactos negativos associados a esses riscos. A organização de seguro social do Vietnã, por exemplo, administra um programa de seguro social saúde voluntário interessante para trabalhadores da economia informal. Por conseguinte, o programa reembolsa apenas custos de tratamento de saúde e não os custos de transporte incorridos para uma visita a um hospital. Assim, o pacote oferecido é quase inútil para as famílias pobres de áreas rurais remotas, em face dos altos custos do transporte. O Ministério do Trabalho, Seguro e Assuntos Sociais (MOLISA), do Vietnã, decidiu, então, apoiar – em cooperação com a Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) – comunidades rurais pobres na criação de fundos de risco social que, entre outras coisas, pagam os custos de transporte de seus membros para tratamento de saúde *(ver Caixa de Texto 2.2)*.

Esses fundos e o programa nacional de seguro saúde são, portanto, "complementares" em um sentido muito estrito da palavra, considerando que tanto um quanto o outro seriam obsoletos para muitas famílias rurais na zona rural do Vietnã um sem a presença do outro.

Da mesma forma, os provedores de microsseguro podem cobrir o custo de drogas essenciais. Os programas sociais de seguro saúde em muitos países em desenvolvimento pagam por todos os tipos de assistência médica, porém, com frequência, não por medicação, o que particularmente, é caro. No entanto, sem os medicamentos, muitas terapias médicas são inúteis. Então, novamente, o microsseguro pode ser um complemento eficaz a outros contratos de seguro saúde.

Caixa de Texto 2.2

Os fundos de risco social do Vietnã

No programa de redução da pobreza, a GIZ apoia o MOLISA no desenvolvimento e na administração dos fundos de risco social (SRFs) em quatro comunidades no Vietnã. Seu objetivo é proporcionar alívio quando certos eventos influenciam, negativamente, as famílias nas comunidades em questão e, dessa forma, reduzem a vulnerabilidade do pobre.

Os SRFs são outro exemplo do microsseguro longe de ser perfeito, considerando que eles têm sido muito subsidiados e, portanto, são um tipo de programa de transferência social, e não um programa de microsseguro. No entanto, eles têm a intenção de reduzir a dependência de subsídios e demonstram como o seguro social e outros programas de proteção social (aqueles financiados tanto por subsídios quanto por contribuições dos membros) podem funcionar como complementos reais.

Os SRFs garantem benefícios por morte, se um dos principais arrimos de família morrer, e reembolso dos custos de transporte de um paciente para o hospital, além de acomodação e alimentação para um cuidador acompanhante.

Esta lista de benefícios se baseia nas preferências do grupo alvo. Sua composição somente pode ser entendida no contexto do órgão público de seguro social do Vietnã que oferece um produto de seguro saúde relativamente barato, que cobre a maior parte dos tratamentos médicos, mas não os custos de viagem. O produto é, portanto, interessante para pessoas que vivem nas cidades, mas nem tanto para os habitantes de regiões remotas, que precisariam enfrentar uma longa viagem para fazer uso do pacote de seguro saúde oferecido pelo Estado. Comprá-lo faz sentido apenas em áreas rurais, combinado com a cobertura dos SFRs.

Os SRFs são financiados por contribuições des membros, subsídios governamentais e apoio financeiro fornecido pela GIZ. Atualmente, cerca de 70 a 80 por cento do custo total para administrar os SRFs são cobertos por contribuições dos membros.

Este pode ser o motivo pelo qual o MOLISA e a GIZ, com certeza, evitam usar o termo "seguro" para tais fundos. No entanto, em poucos anos as taxas de contribuição já aumentaram de forma significativa e devem cobrir quase todas as despesas em um futuro próximo.

Fonte: Adaptado da GTZ, 2009.

Quinto, como um complemento ao seguro social: em todos os casos, o papel do microsseguro também pode ser para complementar os benefícios concedidos pelos programas de seguro social. Essa opção pode parecer semelhante à opção anterior (microsseguro como um complemento). A diferença é que, no primeiro caso, a presença tanto do microsseguro quanto do seguro social é crucial para que cada um tenha um impacto positivo significativo sobre os membros. Enquanto, neste caso, microsseguro e seguro social simplesmente cobrem riscos diferentes ou efeitos diferentes de um mesmo risco, o microsseguro pode, por exemplo, conceder uma aposentadoria complementar para os aposentados. Ou o microsseguro pode cobrir doenças específicas, como câncer ou HIV/AIDS, caso elas estejam excluídas da cobertura dos programas de seguro comercial e social. No entanto, seu tratamento é, com frequência, excluído com base em ser excepcionalmente caro e, sendo assim, a cobertura pode ser muito cara para o microsseguro. Por exemplo, um programa de microsseguro na Jordânia que cobre exclusivamente o tratamento do câncer, até agora tem atraído apenas famílias com renda de média a alta, visto que a população de baixa renda considera os prêmios muito caros (Loewe, 2001).

Da mesma forma, o microsseguro pode garantir uma proteção contra riscos que atualmente não são abrangidos pelo seguro social, ou seja, secas, doenças de animais, terremotos, inundações, tufões e pragas. Esses riscos não estão entre aqueles que as agências internacionais, incluindo a OIT, identificam como os riscos básicos de uma família para os quais os governos devem fornecer proteção social a seus cidadãos. Consequentemente, eles são, muitas vezes, negligenciados em estratégias de política social, apesar do fato de poderem ser uma ameaça mais séria para muitas pessoas do

que muitos daqueles previstos na Convenção (Padrões Mínimos) de Segurança Social da OIT, de 1952 (Nº 102). Uma razão é que é possível gerenciar riscos, como, por exemplo, velhice, invalidez funcional ou doença ocupacional, por meio de consórcio financeiro, mesmo entre comunidades rurais, embora riscos relacionados a fenômenos meteorológicos sejam uma covariante, ou seja, afetam todas as pessoas em uma determinada região ao mesmo tempo. Ademais, é perigoso para uma seguradora oferecer indenização por quebra de safra devido a eventos meteorológicos (por exemplo, seca, um período de frio intenso ou uma inundação), porque o potencial para risco moral seria enorme: uma vez que os agricultores assinam um contrato de seguro de cultura, eles não se sentirão motivados para garantir o sucesso de sua cultura, mesmo quando um evento meteorológico extremo ocorrer. Além do mais, eles podem exagerar no tamanho de uma quebra de safra, e seria difícil para as seguradoras identificar tais relatos equivocados (Loewe, 2009b).

Por essa razão, muitos programas de seguro contra fenômenos meteorológicos recentemente criados se baseiam em indicadores *(ver Capítulos 4 e 11)*. Eles cobrem apenas um ou dois riscos que podem levar à quebra de safra, e a indenização para os segurados depende de um gatilho que seja fácil de monitorar. Muitos são, portanto, programas de seguro para falta e excesso de chuva, e não uma indenização direta pela perda real de um agricultor, em termos de quebra de safra ou perda de bens. Por exemplo, nos termos do seguro de falta de chuva oferecido pelo programa HARITA, na Etiópia *(ver Caixa de Texto 4.3)*, os benefícios são concedidos a todos os segurados dentro de uma região se em único ano a precipitação não ultrapassar 50 ou 70 por cento de sua média anual de longo prazo. Com certeza, os indicadores utilizados por tais programas de seguro são aproximações imperfeitas das perdas sofridas pelos agricultores. Alguns podem sofrer perdas significativas na colheita, mesmo quando a precipitação é maior do que 30 por cento dos níveis médios, enquanto outros podem ter colheitas aceitáveis, mesmo depois de secas. A identificação de um indicador que seja fácil de monitorar e ainda um bom *proxy* para quebra de safra é, portanto, crucial para o atrativo e o sucesso dos programas de seguro contra fenômenos meteorológicos (Gehrk, 2011).

2.4 Conclusão: A necessidade de uma abordagem sistemática

Este capítulo mostra o quão importante é analisar o microsseguro dentro de uma estrutura de proteção social mais ampla. O microsseguro tem o objetivo principal de garantir proteção social, ou seja, reduzir a pobreza e a vulnerabilidade por meio de apoio a famílias de baixa renda nos seus esforços de gerenciamento de riscos. No entanto, esta é apenas uma das muitas opções para alcançar esse objetivo, e não, necessariamente, a mais eficiente. Por conseguinte, o potencial do microsseguro deve ser sempre avaliado em relação a outros instrumentos de proteção social: O objetivo de reduzir a vulnerabilidade das famílias contra riscos pode ser melhor alcançado

por outros instrumentos de proteção social? O desenvolvimento de um programa de microsseguro enfraquece a atratividade e a viabilidade financeira de outro, existindo programas de proteção social? Além disso, os programas de microsseguro não devem ser avaliados exclusivamente com base em critérios técnicos, como, por exemplo, sustentabilidade financeira e taxas de retorno, mas, também, em termos de seu impacto sobre os grupos pobres e vulneráveis da sociedade.

O desenvolvimento do microsseguro também deve ser parte de uma abordagem sistêmica orientada para o objetivo final de proteger tanto o maior número de famílias em um país quanto o máximo possível de seus riscos. Partindo de uma perspectiva de proteção social, é fundamental ter em mente que os benefícios do microsseguro são, muitas vezes, mais eficazes quando combinados com outros instrumentos complementares de proteção social, tais como seguro social ou transferência pecuniária social, e quando incorporados a uma estrutura de proteção social mais ampla. Essas associações criam sinergias que maximizam o potencial do microsseguro como uma ferramenta de gerenciamento de risco, especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis. Diferentes segmentos da população seriam capazes de escolher entre vários instrumentos de proteção social e selecionar aquele que melhor se adapta a suas necessidades e preferências específicas. A questão principal a ser respondida em cada contexto nacional é, portanto, o papel que o microsseguro deve desempenhar entre a multiplicidade de instrumentos de proteção social disponíveis.

3 Qual é o impacto do microsseguro?

Ralf Radermacher, Heidi McGowan e Stefan Dercon

Os autores gostariam de agradecer os comentários oportunos sobre a versão anterior deste capítulo recebidos de Aparna Dalal (OIT) e Dirk Reinhard (Munich Re Foundation).

O seguro não é um fim em si. Famílias compram (e doadores apoiam o desenvolvimento do) microsseguro porque querem gerenciar melhor os riscos. O microsseguro melhora o gerenciamento de risco e reduz a vulnerabilidade das famílias de baixa renda? O microsseguro irá melhorar o bem-estar dos clientes, de suas famílias e comunidades?

Com base em uma análise sistemática da literatura, este capítulo faz um balanço daquilo que sabemos até agora sobre o impacto do microsseguro nas famílias de baixa renda e sua subsistência. Após definir o impacto e analisar sua importância, o capítulo descreve os desafios envolvidos na realização das avaliações de impacto precisas e resume a literatura atualmente disponível sobre o impacto do microsseguro. Utilizando a teoria do seguro, explica o impacto esperado do microsseguro e o compara à evidência a partir da literatura. O capítulo termina com as tendências observadas até agora e descreve as lacunas de conhecimento que ainda restam na esperança de catalisar outros trabalhos neste campo.

A maioria das avaliações de impacto rigorosas disponíveis se concentra no seguro saúde na África e Ásia. A evidência é mista. Há descobertas contundentes que comprovam que o microsseguro saúde reduz os gastos extras com saúde e aumenta a utilização dos serviços de saúde. O conhecimento sobre outros impactos e impactos de outros produtos é limitado. Dada a complexidade do seguro saúde, as visões apresentadas a seguir devem ser consideradas como uma contribuição relativa à nossa compreensão dos benefícios do microsseguro, e não uma avaliação sobre se o seguro saúde pode revolucionar a proteção contra crises na saúde nos países em desenvolvimento.

3.1 O que é impacto?

O impacto abrange as alterações que o microsseguro acarreta para as circunstâncias econômicas ou sociais de pessoas seguradas ou de suas famílias, empresas ou comunidades. Ele pode ser positivo ou negativo, afetar tanto populações seguradas quanto não seguradas, ocorrer seja antes, *ex-ante*, ou após, *ex-post*, dos eventos segurados ocorrerem, e ter implicações de nível micro, meso e macro, muitas vezes em condições que estão interligadas. Por exemplo, a cobertura de pecuária pode garantir pagamentos que equilibrem o consumo da família *ex-post* depois que os animais ficam doentes ou morrem, porém também pode, de forma preventiva, incentivar as famílias a re-

alocarem o dinheiro que elas economizaram para tais emergências para outros fins mais rentáveis *ex-ante* antes de quaisquer problemas ocorrerem. Da mesma forma, o microsseguro saúde pode melhorar a saúde dos segurados por meio de maior acesso à assistência médica, o que também pode reduzir as causas de doenças locais e, assim, melhorar também a saúde de pessoas próximas que não têm seguro. Considerando que o impacto é multifacetado e se manifesta de diferentes maneiras, precisamos estar conscientes de cada um dos efeitos potenciais da miríade de intervenções e suas relações entre si.

3.1.1 Por que o impacto (e avaliar o impacto) é importante?

O impacto define o valor do microsseguro para os clientes e, por extensão, sua utilidade para as microsseguradoras. Na falta de impacto (ou do grau de impacto que os clientes esperam tendo em vista os prêmios que eles pagam), as pessoas nem comprarão nem renovarão apólices, e o mercado fechará. O impacto é, portanto, crucial para alcançar rentabilidade, assim como importante alívio da pobreza, objetivos de provedores de microsseguro comerciais e orientados para o desenvolvimento.

A análise do impacto também deve ser discutida dentro de uma estrutura mais ampla de valor do cliente apresentada no Capítulo 15, gerando um ciclo interativo pelo qual a análise do impacto do produto repercute naturalmente no produto e no desenvolvimento do processo. Um processo de avaliação de impacto é desenvolvido para permitir que produtos de microsseguro sejam amadurecidos, aperfeiçoados e melhorados com o tempo. Nesse aspecto, as avaliações de impacto complementam outras pesquisas de mercado, muitas vezes menos rigorosas, e outros estudos de satisfação do cliente que fornecem informações para o desenvolvimento de produtos de microsseguro. Enquanto os últimos estudos se concentram em melhorar o impacto, as avaliações de impacto tentam comprovar o impacto do microsseguro.

Diferentes públicos-alvo avaliam o impacto por uma série de razões. Doadores fazem isso para medir o sucesso de projetos financiados e determinar que intervenções são possíveis apoiar. Em contrapartida, os governos avaliam o impacto de ajudá-los na definição de política e regulamentos específicos em termos nacionais. Os investidores querem garantir que seus investimentos em microsseguro sejam bem aplicados para captar o mercado garantindo valor para os clientes. Por último, as microsseguradoras realizam avaliações de impacto e melhoram a eficácia de seus produtos. Juntos, o impacto e sua avaliação são a chave para o desenvolvimento bem-sucedido do microsseguro.

3.1.2 Como o impacto é avaliado?

O desafio de avaliação do impacto é atribuir corretamente causalidade à intervenção em questão (neste caso, seguro). Por exemplo, se uma pessoa comprou um produto de saúde e, posteriormente, utilizou mais assistência médica, a cobertura de seguro seria responsável? E se o preço das consultas médicas tivesse diminuído simultaneamente ou a contribuição da pessoa coincidiu com o início de uma temporada de chuva e, por conseguinte, com o aumento da incidência de doenças, como, por exemplo, a malária? Dadas essas possibilidades, a melhor maneira de determinar o impacto envolve estudar a mesma pessoa duas vezes – uma vez com seguro e outra vez sem seguro – no mesmo período. No entanto, caso isso seja impossível, os pesquisadores usam várias técnicas para selecionar grupos de comparação sem seguro, a fim de determinar o que teria acontecido na falta de seguro.

Todavia, escolher grupos de comparação também é difícil, porque uma simples comparação dos resultados de pessoas seguradas e não seguradas, por exemplo, desconsidera características que podem influenciar tanto as decisões de compra de seguro quanto os resultados da pessoa em questão. Se aqueles que compram seguro são, em geral, mais doentes, por exemplo, eles podem usar mais assistência médica, independentemente – um fenômeno conhecido como autosseleção na análise de impacto e seleção adversa no seguro. As avaliações de impacto que não levam em conta a autosseleção são suscetíveis à tendenciosidade ou super ou subestimação sistemática dos efeitos reais de uma intervenção.

As avaliações de impacto devem, portanto, criar grupos de controle próprios – um desafio que diferentes planos de estudo superam com graus de sucesso variados. Ensaios controlados aleatórios (ECR), por exemplo, são considerados, nesse aspecto, as abordagens mais rigorosas disponíveis. Ao alocar aleatoriamente objetos de estudo para receber seguro ou não, os ECRs distribuem as características observáveis e não observáveis que podem, potencialmente, influenciar os resultados uniformemente na média em todo o grupo de tratamento segurado, e o grupo de controle não segurado para tamanhos de amostra suficientemente grandes.

Os ECRs são, muitas vezes, complicados, caros e pouco práticos de implementar e, subsequentemente, técnicas menos contundentes predominam em seu lugar. Destas, as abordagens "aparentemente-experimentais", que utilizam procedimentos estatísticos ou econométricos para melhorar a afinidade entre os grupos de comparação, são consideradas as mais rigorosas.

Entretanto, a maioria das avaliações de impacto do microsseguro concluídas atualmente simplesmente contrasta com os resultados dos objetos de estudo sem corrigir para o vício de autosseleção. Como tal – e mesmo depois de usar um método chamado análise de regressão para levar em consideração fatores atenuantes, tais como renda, raça ou sexo –, elas produzem informações que são suscetíveis à tendenciosidade e precisam ser consideradas com cautela.[1]

[1] Para uma discussão mais aprofundada do projeto de pesquisa para avaliação do impacto do microsseguro, ver Radermacher et al. (2012).

3.2 A literatura vigente

Considerando que o microsseguro trata-se de uma intervenção relativamente nova, poucos estudos de avaliação de impacto foram realizados, o que é agravado pela falta de indicadores padrão e protocolo de pesquisa para programas de avaliação.[2]

Muitos dos estudos existentes também enfrentaram problemas metodológicos que tornaram difícil determinar se os efeitos relatados foram causados pelas apólices em questão. Essas abordagens incluem avaliações que comparam, simplesmente, os níveis de variáveis de interesse, como, por exemplo, a incidência de despesa catastrófica entre grupos de pessoas ou famílias seguradas e não seguradas, o que está extremamente exposto à tendenciosidade descrita anteriormente. Embora alguns estudos levem em consideração fatores externos influentes, como, por exemplo, graus de instrução, renda da família e proximidade em relação a facilidades médicas que usam análise de regressão, isso, muitas vezes, não é suficiente para estabelecer a magnitude (ou mesmo o rumo) dos efeitos em questão.

Os estudos apresentados neste livro foram selecionados porque eram avaliações de impacto suficientemente rígidas de programas de microsseguro. Para se qualificarem como suficientemente rígidas, somente estudos usando um mínimo de análise de regressão foram considerados.[3] O microsseguro é definido como a proteção contratual de pessoas de baixa renda nos países em desenvolvimento contra riscos específicos e predefinidos, e em troca de prêmios (Churchill, 2006) – uma definição que engloba quatro aspectos dignos de detalhamento. Primeiro, população de baixa renda é classificada como aquela que ganha menos de dois dólares americanos norte-americanos por dia ou metade da renda per capita média anual de um país. Segundo, países em desenvolvimento são aqueles designados como tal pelo Banco Mundial (2011a). Terceiro, riscos qualificados incluem cobertura para saúde, funerais, vida, pecuária, acidentes, invalidez, propriedade, catástrofes naturais e provocadas pelo homem, e agricultura. E, quarto, prêmios são pagos pelo segurado para uma cobertura e um prazo específicos.

As 21 avaliações que foram retidas para análise final e são discutidas neste capítulo avaliaram cerca de 110 programas, dos quais todos, exceto três, eram programas de seguro saúde. Nove estudos avaliaram programas na África Subsaariana, três no subcontinente indiano, quatro na China, quatro no sudeste da Ásia e um na ex-União Soviética. Todos os estudos foram publicados depois de 2000, e mais da metade durante ou depois de 2008. Essa tendência deve-se ao fato de que as apólices de saúde são mais fáceis de avaliar, uma vez que cobrem

[2] Em 2006, Pamela Young e coautores propuseram doze indicadores de médio e longo prazo para avaliar os programas de microsseguro saúde. Embora algumas dessas medidas fossem incorporadas em estudos posteriores, o campo do microsseguro ainda carece de indicadores geralmente aceitos para uso comum. O Grupo de Trabalho sobre Impacto da Microinsurance Network (2011a) desenvolve atualmente medidas padrão para microsseguro saúde, agricultura, vida, catástrofe, propriedade e responsabilidade ou invalidez, a fim de corrigir esse problema.

[3] Embora tenham sido empreendidos esforços para localizar todos os estudos de qualificação, a seleção analisada neste capítulo não está, necessariamente, esgotada. Os autores teriam preferido incluir apenas avaliações experimentais, ou aparentemente experimentais, mas estas eram escassas na ocasião da publicação.

eventos que ocorrem com mais frequência do que as mortes dos beneficiários. Por conseguinte, é mais rápido e, portanto, mais barato reunir o volume de dados de sinistros necessário para realizar análises precisas de programas de seguro saúde.[4] Por outro lado, conforme descrito no Capítulo 5, seguro saúde também é um dos produtos mais difíceis de distribuir de forma viável. Consequentemente, os resultados apresentados a seguir devem ser considerados como uma contribuição para compreensão por parte do setor quanto aos benefícios do microsseguro, e não uma avaliação sobre se o seguro saúde pode revolucionar a proteção contra as crises na saúde nos países em desenvolvimento.

Embora os autores tenham identificado inúmeras outras avaliações de ofertas de microsseguro indiano,[5] tais estudos não foram rígidos o suficiente em termos analíticos para merecer inclusão de acordo com os critérios de seleção descritos anteriormente. Da mesma forma, sete avaliações metodicamente rigorosas de apólices latino-americanas foram localizadas,[6] mas os programas em questão foram todos integralmente subsidiados e, portanto, não foram considerados nesta análise.

O número crescente de estudos empregando regressão ou técnicas analíticas mais sofisticadas compara uma tendência crescente para determinar os efeitos causais precisos de intervenções para combate à pobreza na comunidade de desenvolvimento econômico. Das 20 avaliações atuais e em curso de programas de microsseguro registradas on-line por uma iniciativa de reavaliação do Grupo de Trabalho sobre Impacto da Microinsurance Network, 16 usam ensaios controlados aleatórios, o que melhorará imensamente a disponibilidade de informações confiáveis sobre o impacto do microsseguro (Grupo de Trabalho sobre Impacto da Microinsurance Network, 2011b).

Por essa razão, este capítulo considera, principalmente, seguro saúde com base no mercado da África e Ásia. A evidência é ambígua. Há conclusões firmes comprovando que o microsseguro saúde reduz os gastos extras com saúde e aumenta a utilização dos serviços de assistência médica. O conhecimento sobre os demais impactos e os impactos de outros produtos é limitado. Salvo se especificado o contrário, muitas outras informações estão disponíveis para se tirar conclusões sobre a presença, o rumo e a magnitude dos impactos considerados. Curiosamente, conforme apresentado na Caixa de Texto 3.1, uma revisão paralela dos programas de proteção de saúde (social) subsidiados rendeu resultados muito similares.

[4] Curiosamente, as avaliações do programa de saúde não estão imunes a problemas de atribuição que afligem avaliações de outros tipos de microsseguro. Se as avaliações da condição de saúde dos membros não conseguem melhorar depois que eles compram uma apólice de microssaúde, por exemplo, tanto o produto em si quanto a qualidade do seu pacote de benefícios poderiam ser responsáveis. Dito de outra forma, um maior acesso à assistência médica não garantirá dividendos caso os médicos contratados do programa sejam mal treinados ou mal equipados.

[5] Devadasan et al., 2004; Devadasan et al., 2007; Dror et al., 2009; Ranson, 2002 e Ranson et al., 2006.

[6] Barros, 2008; Fitzpatrick, Magnoni e Thornton, 2011; Gakidou et al., 2006; Galarraga et al., 2008; King et al., 2009; Thornton et al., 2010; e Trujillo, Portillo e Vernon, 2005.

Caixa de Texto 3.1

Impacto dos programas de seguro saúde social

Acharya et al. (2011) resume a literatura sobre o impacto dos programas de seguro saúde subsidiados que foram oferecidos, na maioria das vezes, voluntariamente, para o setor informal nos países de baixa e média renda. Um número substancial de documentos forneceu estimativas da média do efeito intenção-de-contratar sobre os segurados. Nessa análise, apenas as estimativas que levaram em consideração o problema da autosseleção em seguros foram consideradas, além de algumas que estimaram a média do efeito intenção-de-contratar. Em geral, a aceitação dos programas de seguro é, em muitos casos, menor do que o esperado, e a evidência de impacto na utilização, proteção contra risco financeiro e condição de saúde, inconclusiva. No entanto, uma vez aceitos, alguns programas de seguro oferecem proteção significativa contra gastos extras altos incorridos. Muitos dos programas oferecem proteção menor para os mais pobres. Mais informações são necessárias para compreender as razões para o baixo índice de cadastros, e por que o pobre segurado não parece, de forma coerente, incorrer em gastos extras mais baixos do que aqueles que não têm seguro. Resumir a literatura foi difícil devido à falta de: (i) uniformidade no uso de definições significativas dos resultados que indicam melhorias em bem-estar e (ii) clareza em como as questões de seleção foram levadas em consideração.

3.3 Impacto esperado e observado do microsseguro

Segundo a teoria de seguro, o microsseguro funciona – como todo seguro – substituindo "a perspectiva incerta de sinistros pela certeza de efetuar pagamentos de prêmio pequenos e regulares" (Churchill, 2006). Isso acontece porque as pessoas querem "nivelar" ou equilibrar seu consumo em diferentes "estados da natureza" ou resultados possíveis no mundo real, tais como saúde, doença, colheitas abundantes e secas. Por exemplo, ao comparar a experiência de um ano de consumo excessivo e de um ano de fome, a maioria das pessoas escolheria – e compram seguro para garantir – dois anos de consumo médio. Isso se dá porque o consumo excessivo não aumenta a satisfação (ou o que os economistas chamam de utilidade), tanto quanto a fome a diminui (Gruber, 2007).

Ao nivelar o consumo nos estados naturais variáveis, o microsseguro oferece aos segurados quatro categorias principais de benefícios possíveis: financeiro, proteção, acesso a serviços, efeitos psicológicos e impacto sobre a comunidade. A proteção financeira é dupla e ocorre tanto *ex-post*, quando o microsseguro protege as famílias das implicações econômicas dos riscos existentes, quanto *ex-ante*, quando permite a realocação de recursos para serem utilizados de maneira mais eficaz e rentável. O acesso a serviços, por outro lado, abrange a capacidade de os beneficiários utilizarem o seguro de forma eficiente, a qualidade dos benefícios oferecidos e as mudanças em relação aos respectivos resultados, como a condição de saúde ou as taxas de matrícula escolar. Os efeitos psicológicos incluem alterações no bem-estar emocional dos

membros, por exemplo, desenvolvendo sensações de fortalecimento ou paz de espírito. E, por fim, o impacto sobre a comunidade inclui os efeitos desdobramento, que dizem respeito a toda a população que vive em áreas onde o microsseguro é oferecido, por exemplo, a criação de postos de trabalho ou uma melhor infraestrutura de saúde. Entre essas categorias, acredita-se que o microsseguro afete as pessoas por oferecer novos benefícios e eliminar ou reduzir a necessidade de se buscar estratégias tradicionais de gerenciamento de risco, porém, teoricamente, menos eficientes.

A Tabela 3.1 a seguir resume a estrutura e descreve os principais resultados de 21 estudos, os quais são apresentados mais detalhadamente nas subseções seguintes.

3.3.1 Proteção financeira

A proteção financeira ocorre quando o microsseguro salvaguarda famílias de baixa renda de usarem mecanismos de defesa ineficientes em resposta a crises e tensões. Esses mecanismos podem incluir o saque de todo o dinheiro da poupança e outros suprimentos de mercadorias, como alimentos e animais, venda de propriedades valiosas e, por vezes, geradoras de renda, empréstimos a taxas de juros normalmente elevadas, ajuste na demanda de trabalho, alteração nos padrões de compra e consumo, participação em práticas de apoio mútuo recíproco, capitalização de membros de grupos de autoajuda e retirada dos filhos da escola, a fim de gerar os recursos necessários para enfrentar as crises envolvidas.

Como tal, o objetivo do microsseguro é, principalmente, evitar eventos indesejáveis provenientes da agravação e do entrincheiramento da pobreza dos segurados. Até que ponto o microsseguro reduz a necessidade de as pessoas empregarem tais mecanismos de defesa é uma questão explorada a seguir, diretamente e conforme mensurado pelas três métricas de proteção financeira comumente avaliadas *ex-post*: despesas com bens e serviços, captação de recursos e mudanças consequentes relativas aos padrões de nivelamento de renda e consumo da população.

Além de reduzir medidas reativas tomadas pelas famílias na crise, a proteção financeira garantida pelo microsseguro permite, teoricamente, que os indivíduos tomem decisões, de forma proativa, que melhorem a renda e o padrão de vida. Isso inclui opções relacionadas à acumulação de bens e alocação de recursos. Em relação à acumulação de bens, acredita-se que as pessoas sejam mais propensas a comprar mercadorias produtivas, tais como fornos ou tratores, quando as repercussões financeiras de perdê-los ou quebrá-los são atenuadas.

Da mesma forma, acredita-se que o microsseguro estimule "famílias a alocarem recursos para fins mais rentáveis (o que, anteriormente, não era possível por ser muito arriscado)" (Morduch, 1995). Por exemplo, na falta de seguro agrícola, os agricultores se resguardam da incerteza plantando uma variedade de sementes que podem sobreviver a diversas condições meteorológicas. Portanto, se o mau tempo arruinar, particularmente, uma parte da safra durante o período de cultivo, os agricultores ainda estarão em condições de vender ou consumir. Além de essa prática os proteger do

Tabela 3.1

Estrutura de avaliação do impacto e comprovação dos estudos analisados

Autor(es)	*Ano*	*Programa*	*Tipo*	*Países*	*Proteção financeira*				*Acesso a serviços*				*Impacto na comunidade*
					Despesa	*Captação de recursos*	*Nivelamento de renda consumo*	*Acumulação de ativos/alocação de recursos*	*Período de carência*	*Taxas de utilização*	*Condição de saúde*	*Tipo/qualidade da assistência médica*	
Aggarwal	2010	Yeshasvini	Saúde	Índia	o/-	+	+		o	+		+	+/o
Cai et al.	2009	não aplicável	Pecuária	China				+					
Chankova et al.	2008	32 programas na África Ocidental	Saúde	Gana, Mali, Senegal	+/o					+/o		+/o	
Diop et al.	2006	32 programas na África Ocidental	Saúde	Gana, Mali, Senegal	+/o					+/o		+/o	+
Franco et al.	2008	Quatro programas de Iniciativa em Equidade	Saúde	Mali	+					+	+/o	+	
Gine e Yang	2007	não aplicável	Indicador meteorológico	Malaui				–					
Gnawali et al.	2009	Programa de Saúde do Distrito de Nouna	Saúde	Burkina Faso						+/o			
Gumber	2001	Vimo SEWA	Saúde	Índia	o							+	–
Jowett et al.	2004	Seguro Saúde no Vietnã	Saúde	Vietnã						+		+	
Jütting	2004	Quatro "mutuelles"	Saúde	Senegal	+					+			
Lei e Lin	2009	New Cooperative Medical Scheme (NCMS)	Saúde	China	o					+	+/o	+/o	
Morsink et al.	2011	Programa PAID	Catástrofe natural	Filipinas	+/o	+							

Tabela 3.1

Continuação

Autor(es)	*Ano*	*Programa*	*Tipo*	*Países*	*Proteção financeira*				*Acesso a serviços*				*Impacto na comunidade*
					Despesa	*Captação de recursos*	*Nivelamento de renda consumo*	*Acumulação de ativos/alocação de recursos*	*Período de carência*	*Taxas de utilização*	*Condição de saúde*	*Tipo/qualidade da assistência médica*	
Msuya et al.	2004	Fundos de Saúde Comunitários	Saúde	República Unida da Tanzânia						+			
Polonsky et al.	2009	Nove programas financiados pela Oxfam	Saúde	Armênia						+			+
Ranson	2001	VimoSEWA	Saúde	Índia	+					o			
Schneider e Diop	2001	54 programas de saúde comunitários	Saúde	Ruanda	+					+			
Sepehri et al.	2006	Seguro Saúde no Vietnã	Saúde	Vietnã	+								
Smith e Sulzbach	2008	32 programas na África Ocidental	Saúde	Gana, Mali, Senegal	+/o					+/o			
Wagstaff et al.	2009	New Cooperative Medical Scheme	Saúde	China	+/o/–					+/o			+
Wagstaff e Pradhan	2005	Seguro Saúde no Vietnã	Saúde	Vietnã	+		+			+/o	+/o		
Yip et al.	2009	Programa Mútuo de Saúde Rural (NCMS)	Saúde	China						+/o	+		

Observação: Não inclui resultados relativos à equidade por motivos discutidos no texto.

cultivo de uma única semente que não germine completamente, ou de serem vítimas de um colapso nos preços de *commodities*, também impede as pessoas de cultivarem mais itens de valor mais alto ou de alcançarem economias de escala na compra de insumos agrícolas – circunstâncias que, supostamente, o microsseguro atenua.

Neste contexto, acredita-se que o trabalho seja um outro recurso possível de ser alocado, com pessoas de baixa renda participando em várias atividades geradoras de renda para gerir a incerteza na falta do seguro. Portanto, se os preços da farinha subirem ou as chuvas deixarem as estradas intransitáveis, por exemplo, os padeiros e taxistas podem contar com outras linhas de trabalho. Embora tais práticas sejam apropriadas no caso de os riscos não serem atenuados, elas evitam que as pessoas maximizem suas rendas e produtos produtivos e, por conseguinte, apresentam outro canal por meio do qual o microsseguro pode ter um impacto sobre os clientes.

Despesa

Os indicadores de impacto do microsseguro sobre despesas dos segurados, incluindo gastos extras (OOP) e gastos catastróficos, garantem medidas fundamentais de proteção financeira. Além de cosseguro e franquias pagas para ter bens e serviços cobertos, os custos de OOP englobam encargos incorridos durante o acesso a esses benefícios, incluindo transporte, subornos e produtos e procedimentos afins, tais como medicamentos e testes laboratoriais que não têm cobertura de seguro. Os custos de OOP excluem o valor de oportunidades (como trabalho remunerado) perdidas durante o acesso à cobertura de seguro, por constituírem desembolsos diretos. Do mesmo modo, os custos são calculados após as apólices serem compradas e não incluem prêmios.

A despesa com OOP passa a ser catastrófica quando absorve um valor considerável da renda familiar anual (muitas vezes definido em 10 por cento).[7] Embora usada com frequência no contexto de hospitalização dispendiosa, essa medida é aplicável a todos os riscos seguráveis, incluindo morte, invalidez, roubo e catástrofes. Quando o microsseguro absorve os custos de tais eventos, ele reduz ou evita a incidência e a intensidade dos gastos resultantes e o concomitante declínio das famílias para a pobreza (mais extrema).

Doze dos estudos analisados investigaram os efeitos do microsseguro sobre a despesa com OOP: destes, seis, três e três concluíram resultados inequivocamente positivos, positivos mistos e insignificantes, e completamente insignificantes, respectivamente. Na categoria de resultados positivos, por exemplo, Jütting (2004) identificou uma redução de 45 a 51 por cento na despesa com OOP entre os segurados de quatro organizações *("mutuelles")* de seguro saúde na comunidade senegalesa em comparação a não membros. Por outro lado, entre os resultados mistos, Chankova et al. (2008) concluíram que enquanto o programa Nkoranza de Gana e aquelas *mutuelles* sene-

[7] Há alguns debates sobre que parâmetros captam com mais precisão a despesa catastrófica: pesquisadores da Organização Mundial de Saúde, por exemplo, definem custos catastróficos como superiores a 40 por cento da "capacidade de pagar" da família, o que, por sua vez, constitui a renda total da família menos a despesa de subsistência (Xu et al., 2003).

galesas que forneciam cobertura de internação reduziam, de forma significativa, os custos de hospitalização dos membros, nem as *mutuelles* nem quatro dos programas de Iniciativa em Equidade do Mali protegiam os clientes contra as despesas com OOP incorridas com atendimento ambulatorial (as apólices de Gana e Mali não garantiam benefícios de atendimento ambulatorial e hospitalar, respectivamente) – um resultado que os pesquisadores atribuíram a taxas que vão de 25 a 50 por cento por visita. Das conclusões totalmente insignificantes, entretanto, Wagstaff et al. (2009) determinaram que o New Cooperative Medical Scheme (NCMS), da China, não apresentava efeito estatisticamente significativo na média das despesas com OOP da família – um resultado confirmado por cada uma das cinco estratégias de estimativa de Lei e Lin (2009), e atribuído pela equipe de Wagstaff à "cobertura limitada e taxas de cosseguro elevadas".

A evidência do impacto do microsseguro na incidência e extensão da despesa catastrófica, em contrapartida, é insuficiente. Dos estudos considerados neste livro, apenas Wagstaff et al. (2009) identificaram que enquanto o New Cooperative Medical Scheme, da China, reduziu a ocorrência das despesas catastróficas entre seus 10 mais pobres membros, aumentou a incidência entre eles de 3 para 10 décimos, uma observação que eles atribuíram a fatores relativos à oferta, como tabelas de preço que incentivaram um atendimento de alta tecnologia mais oneroso.

Mobilização de fundos

Três das formas bem documentadas da população de baixa renda levantar recursos para pagar as despesas com gastos extras após eventos adversos é vendendo bens, zerando poupanças e contraindo empréstimos (Lim e Townsend, 1998). Embora a venda de bens, particularmente os produtivos, reduza a renda e/ou o consumo futuro, cada uma dessas técnicas também retarda o progresso das famílias em sair da pobreza e diminui sua capacidade de absorver crises futuras sem cobertura de seguro, além de poder perpetuar esses problemas durante gerações caso o empréstimo não possa ser pago fácil ou rapidamente. Permitindo que os segurados reduzam os efeitos de eventos desventurados sem recorrer a essas práticas, acredita-se que o microsseguro proteja seus bens e sua poupança. Programas que oferecem acordos de sinistros que não envolvem dinheiro (ver Capítulo 6), em vez de reembolsarem o segurado, entende-se que são mais eficazes neste aspecto, uma vez que eliminam a necessidade de pagar um montante fixo antes que o seguro reembolse o custo do serviço.

Considerando que apenas dois estudos analisaram o impacto do microsseguro sobre captação de recursos, fica difícil chegar a uma resposta conclusiva. A pesquisa de Aggarwal (2010), do programa Yeshasvini da Índia, concluiu que cerca de 30 membros contraíram, aproximadamente, 30 a 36 por cento menos empréstimos para financiamento de cirurgias do que suas contrapartes sem cobertura de seguro. Com a inclusão da venda de ativos, os segurados de baixa renda do Yeshasvini ficaram mais determinados a contrair empréstimos e vender a um percentual estatisticamente significativo de 61 por cento a menos para custear sua utilização de assistência médica primária *(ver Caixa de Texto 3.2)*. Do mesmo modo, a avaliação de um programa de

realojamento depois de um tufão filipino, feita por Morsink et al. (2012), concluiu que tal ação mitigou os efeitos, uma vez que os segurados buscaram estratégias de superação que incluíram venda de bens e saque de todo o dinheiro da poupança depois que os tufões danificaram suas casas.

Caixa de Texto 3.2

Impacto do Programa de Seguro Saúde "Yeshasvini" da Índia

Aggarwal (2010) avaliou o programa Yeshasvini que fornece microsseguro saúde voluntário aos membros de sociedades cooperativas rurais e suas famílias no estado indiano de Karnataka. Seus benefícios incluem cirurgia, consultas ambulatoriais grátis e exames laboratoriais com desconto quando estão doentes. No momento da pesquisa de Aggarwal, seus 2,7 milhões de membros pagavam prêmios anuais de US$2,40 por cobertura que não envolve dinheiro de até US$4,000, disponível em uma rede de 349 hospitais de especialidades selecionadas. O programa é administrado por uma aliança tripartite de organizações dos setores público e privado, além de cooperativas, e subsidiado pelo governo do estado e contribuintes privados.

A principal pergunta da avaliação foi: qual o impacto do programa Yeshasvini nas despesas com gastos extras, mobilização de recursos, nivelamento de renda e consumo, taxas de utilização de assistência médica e resultados do tratamento? Aggarwal usou uma técnica, aparentemente experimental, chamada pareamento por escore de propensão, em que famílias de comparação não seguradas são pareadas individualmente com famílias participantes com base em sua probabilidade de cadastro, tendo em vista a presença de características especiais observáveis (como salário e anos de escolaridade). Essa abordagem reduz a tendenciosidade ao criar grupos de tratamento e controle mais comparáveis, porém não contabiliza os efeitos de autosseleção com base em fatores não observáveis (como aversão ao risco ou envolvimento em atividades perigosas). O estudo utilizou uma amostra de 4.109 famílias selecionadas aleatoriamente, abrangendo 21.630 pessoas em 82 aldeias no estado rural de Karnataka.

Em caso de cirurgia envolvendo gastos catastróficos, os membros do Yeshasvini contraíram empréstimos 30 a 36 por cento menores do que os pacientes sem cobertura de seguro e gastaram até 74 por cento menos recursos, incluindo renda e poupança pessoal. Além de uma incidência maior de cirurgias, as famílias dos membros relataram 6 a 7 por cento a mais de consultas médicas contra uma redução de 19 por cento da quota de visitas feitas a unidades públicas. Embora os resultados do tratamento tenham variado de acordo com a condição socioeconômica dos membros, nenhum impacto significativo em assistência médica materna foi detectado (possivelmente devido ao fato de que o programa, historicamente, não cobre partos). E, talvez o mais interessante, é que o crescimento da renda média anual (sobre os três anos anteriores) foi determinado como sendo significativamente maior entre famílias seguradas.

Fonte: Adaptado de Aggarwal, 2010.

Nivelamento de renda e consumo

Eventos adversos e a necessidade de captar fundos para cobrir despesas relativas a gastos extras podem afetar os padrões de renda e o consumo das famílias de várias maneiras. Muitos traumas, tais como doença ou morte dos chefes de família ou de animais geradores de renda, roubo de bens de produção ou defeito nestes e destruição operada por catástrofes, podem reduzir o lucro, enquanto impõem o duplo desafio de lidar tanto com a despesa dos eventos em questão quanto de continuar a atender às necessidades contínuas das famílias. Sob essas circunstâncias, a população de baixa renda toma uma série de medidas indesejáveis, tais como comer menos ou se alimentar com comida menos nutritiva. Ao reduzir o ônus financeiro das crises, o microsseguro tem como objetivo permitir que o segurado mantenha sua renda e seu padrão de vida em tempos de crise. O microsseguro também pode estabilizar, e em alguns casos até aumentar, a renda dos membros e o consumo subsequente de outras formas. Se a cobertura melhora a saúde dos membros ou a produtividade dos animais ou equipamentos, por exemplo, por meio de um melhor acesso à assistência médica ou veterinária ou informações sobre manutenção mais eficientes, as pessoas, animais ou produtos em questão podem ser capazes de produzir bens e serviços de qualidade maior ou melhor.

Dois trabalhos oferecem apoio a esses supostos efeitos. Aggarwal (2010) estimou que o crescimento da renda média anual de famílias cobertas pelo programa de microsseguro saúde foi significativamente mais elevado do que o de suas contrapartes sem seguro durante um período de três anos. Wagstaff e Pradhan (2005) determinaram que o Vietnam Health Insurance (VHI) aumentou o consumo de bens não médicos das famílias seguradas, como alimentação e educação, e o "valor de uso" dos bens de consumo duráveis.

Acumulação de bens e de alocação de recursos

No que diz respeito ao impacto de proteção financeira do microsseguro *ex-ante*, os pesquisadores também estudaram os efeitos de intervenção sobre a acumulação de bens e alocação de recursos em potencial. Embora Cai et al. (2009) tenham atribuído a um programa de seguro de animais do governo chinês o aumento na aquisição de matrizes pelos segurados, Gine e Yang (2007) concluíram que o seguro baseado em indicadores pluviométricos reduziu os empréstimos contraídos por agricultores do Malaui para comprar milho híbrido de maior lucro e melhores sementes de amendoim *(ver Caixa de Texto 3.3)* – um resultado inesperado, tendo em vista que o microsseguro tem a intenção de incentivar decisões em produção mais arriscadas, porém supostamente mais rentáveis.[8]

[8] Aqui, a distinção entre contrair um empréstimo sob pressão (para levantar recursos após a ocorrência de crises) e contrair um empréstimo em uma atitude preventiva, visando a facilitar o investimento, deve ser observada.

Caixa de Texto 3.3

Seguro, crédito e adoção de tecnologia no Malaui

Em seu estudo *Insurance, credit and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi,* Gine e Yang (2007) avaliaram um programa que foi criado, especificamente, para o estudo e interrompido em seguida, que agregou cobertura baseada em indicadores meteorológicos com empréstimos para comprar milho de maior rendimento e sementes híbridas de amendoim. A apólice pagou uma proporção (ou a totalidade) do valor e dos juros do empréstimo, dependendo das chuvas em cada uma das três fases de cultivo (plantio, floração e colheita). O risco foi precificado com base em taxas justas em termos atuariais, pautadas em informações meteorológicas históricas do local, e subscrito pela Associação de Seguros do Malaui.

A pergunta principal da avaliação foi: a garantia do microsseguro contra uma importante fonte de risco de produção (chuva) incentiva os agricultores a contraírem empréstimos para adotar tecnologias de cultivo mais arriscadas, porém potencialmente rentáveis? Metade dos objetos do estudo foi escolhida aleatoriamente para receber oferta crédito para compra de milho de maior rendimento e sementes híbridas de amendoim. A outra metade recebeu oferta do mesmo pacote de crédito, porém acoplado ao seguro baseado em indicadores meteorológicos que, em parte ou totalmente, perdoava o empréstimo no caso de pouca chuva. A amostra consistiu de 787 agricultores de milho e amendoim em 32 localidades no centro do Malaui.

Surpreendentemente, o total de empréstimos não segurados contraídos foi 13 pontos percentuais maior. Os pesquisadores ofereceram uma série de explicações possíveis para tal observação, incluindo a responsabilidade limitada inerente a contratos de empréstimo efetuados de forma independente, falta de familiaridade dos agricultores com o plantio de sementes híbridas, percepções de um padrão diferente de custos nos dois pacotes de crédito e no risco de base. Contrariando a teoria do seguro, a compra de microsseguro foi também associada, negativamente, à aversão ao risco relatada pelos próprios agricultores e, positivamente, a seus níveis de instrução, renda e riqueza.

Fonte: Adaptado de Gine e Yang, 2007.

Renda e consumo

Gine et al. (2009) lançaram uma luz sobre a conclusão inesperada do Malaui com sua análise das taxas de participação em uma apólice de seguro baseada em indicadores meteorológicos em Andhra Pradesh, na Índia. Inversamente às previsões teóricas, a aversão ao risco diminuiu, de forma significativa, a demanda de pequenos segurados por microsseguro – uma conclusão que os autores atribuíram à "incerteza da família sobre o produto" juntamente com as limitações de recursos normalmente enfrenta-

das pelas famílias de baixa renda. Se precisa, essa observação indica que os efeitos do microsseguro com relação à acumulação de ativos e alocação de recursos podem levar mais tempo para se materializar, embora mais propensas a risco ou possivelmente mais ricas, as famílias inicialmente experimentem produtos de microsseguro e compartilhem informações importantes sobre eles em suas comunidades. Para melhorar o impacto das apólices dentro de um curto período de tempo, as microsseguradoras podem acelerar o processo de adaptação de várias formas. Por exemplo, Gine et al. (2008) observaram que o indicador mais significativo em termos quantitativos de empréstimos contraídos era a familiaridade das famílias e a experiência prévia com o provedor de microsseguro; neste caso, uma instituição de microfinanças chamada BASIX.

3.3.2 Acesso a serviços

Acredita-se que o microsseguro tem vários efeitos básicos em termos de acesso a serviços. O primeiro deles é a melhoria da capacidade de segurados e beneficiários obterem benefícios cobertos de forma rápida e econômica, o que, por sua vez, teoricamente, aumenta as taxas de utilização de serviço. O segundo, para a cobertura de saúde, taxas mais altas de utilização significam resultados em saúde potencialmente melhores; o que é uma importante conquista, tendo em vista que uma população mais saudável pode trabalhar mais horas, receber salários mais altos, ter mais imunidade e adquirir, com mais facilidade, capital humano por meio de estudo. Terceiro, as microsseguradoras de saúde contratam com frequência ou então estimulam os segurados a usarem provedores de assistência médica modernos, o que também acredita-se reforçar os resultados em saúde, permitindo que eles ignorem terapeutas tradicionais, religiosos e "charlatões".[9] Considerando que as microsseguradoras por vezes negociam padrões de serviço com provedores selecionados previamente, disponibilizam advogados para os clientes nos hospitais, constroem novas unidades e contratam pessoal qualificado para seus clientes, supõe-se que elas estejam, da mesma forma, facilitando a prestação de assistência médica de qualidade superior. Por fim, melhorando o acesso da população de baixa renda a esses serviços, pensa-se também no microsseguro para aumentar a igualdade tanto espacial quanto entre grupos econômicos e de sexo.[10]

Embora estes efeitos tenham sido quase que exclusivamente pesquisados no contexto da saúde, eles também são aplicáveis a outros riscos segurados. Por exemplo, minimizar os períodos de carência e aumentar as taxas de utilização dos serviços veterinários pode ser o aspecto-chave das apólices do ramo de pecuária.

[9] Das 35 apólices de saúde avaliadas pelo projeto "Boas e Más Práticas" do Grupo de Trabalho sobre Microsseguro do CGAP, relata-se, por exemplo, que apenas duas – Yasiru, do Sri Lanka, e Society for Social Services, de Bangladesh – cobrem tratamentos oferecidos por profissionais tradicionais (neste caso, terapeutas Ayurveda e "dai", parteiras de Bangladesh, respectivamente: Enarsson e Wiren, 2006; Ahmed et al., 2005).

[10] Igualdade espacial se refere à acessibilidade de serviços para aqueles que estão localizados a distâncias diferentes dos pontos de prestação de serviços. A população que vive perto de um hospital, por exemplo, pode ter um acesso mais fácil e, portanto, maiores taxas de utilização do que aquela que vive longe – um exemplo clássico de desigualdade espacial. Ao incentivar os clientes de mais longe com prêmios mais baixos, subsídios de transporte e de telemedicina (entre outros), os programas de microsseguro podem corrigir tais desequilíbrios e promover uma utilização mais coerente em todas as regiões geográficas.

Taxas de utilização

Removendo custos e outras barreiras ao acesso a bens e serviços cobertos, o microsseguro, teoricamente, incentiva e, portanto, aumenta, a utilização desses benefícios pelos clientes. Ao contrário, devido a fatores que vão desde a indisponibilidade de recursos até opções de transporte que não funcionam, os indivíduos sem seguro podem adiar ou desistir completamente de buscar soluções, mesmo quando as situações se tornam desesperadoras.

O impacto do microsseguro sobre as taxas de utilização é avaliado com bastante frequência. Com base nesses dados, conclui-se que o microsseguro melhora as taxas de utilização dos segurados nos programas de saúde. Dezesseis estudos relataram resultados positivos ou resultados mistos positivos e insignificantes, enquanto apenas um estudo apresentou resultados insignificantes. Entre os resultados afirmativos, por exemplo, Msuya et al. (2004) determinaram que os segurados do Fundo de Saúde Comunitária da República Unida da Tanzânia eram 15 por cento mais propensos a buscar assistência mais formal do que seus homólogos sem cobertura de seguro. Da mesma forma, Polonsky et al. (2009) concluíram que a frequência de visita a postos de saúde por membros de nove programas armênios operados pela Oxfam foi 3,5 vezes a frequência de não membros.

Dos estudos com resultados mistos, a avaliação de Smith e Sulzbach (2008) sobre os padrões de utilização do serviço de saúde materna dos membros de 27 *mutuelles* senegalesas, quatro organizações mútuas de saúde malienses e do Programa de Seguro Saúde Nkoranza de Gana concluíram que a adesão estava associada ao uso expressivamente maior de assistência pré-natal e parto no Mali. Embora os segurados de programas senegaleses que garantiam cobertura de parto fossem mais propensos a dar à luz nas unidades de atendimento, as *mutuelles* não aumentaram acentuadamente as já elevadas taxas de procura por assistência pré-natal, nem o programa de Gana, que cobria apenas cesariana. Resultados contrastantes também foram obtidos por Gnawali et al. (2009) em uma avaliação do Programa de Saúde do Distrito de Nouna, de Burkina Faso. Embora o aumento total de consultas ambulatoriais para determinadas doenças foi 40 pontos percentuais maior entre os membros, esse aumento somente foi significativo entre o quartil mais rico de segurados. Em seus dados sobre o VimoSEWA da Índia, Ranson (2001) não pode demonstrar qualquer diferença significativa na probabilidade de o segurado ser hospitalizado. Curiosamente, Diop et al. (2006) descobriram efeitos colaterais inesperados entre membros de programas de microsseguros. Embora o programa Nkoranza de Gana não cobrisse atendimento ambulatorial, os pesquisadores calcularam que, não obstante, os membros aumentaram seu consumo de tais serviços.

Apesar de ser um dos indicadores mais comumente avaliados, os especialistas discutem se uma utilização maior demonstra, inequivocamente, o impacto positivo do microsseguro. Programas de microsseguro mal concebidos podem incentivar risco moral ou seleção adversa, enquanto um melhor uso dos serviços por parte dos segurados pode, ao contrário, representar a má alocação de recursos e a exclusão de acesso para pessoas com necessidades mais legítimas. Outros argumentam que o

aumento nas taxas de utilização do membro, pelo menos inicialmente, representa a solução de questões de longo prazo sobre falta de acesso para a população de baixa renda recém-segurada (Schneider e Diop, 2001).

Períodos de carência

Períodos de carência reduzidos para acesso a benefícios cobertos podem limitar os efeitos de choque entre riscos seguráveis. Quando as famílias têm cobertura de saúde, por exemplo, elas podem abdicar do processo potencialmente longo de levantar recursos para procurar assistência mais rapidamente quando estão doentes, o que limita a duração e as repercussões financeiras dos problemas em questão. A composição dos benefícios é a chave a este respeito. Por exemplo, se os programas cobrem apenas internação, as famílias podem se abster de procurar consulta médica ou recorrer a estratégias intermediárias mais baratas e menos eficazes, como automedicação, até que seus problemas se agravem o suficiente que justifiquem internação hospitalar. Em última análise, situações como estas resultam em problemas de duração mais longa e mais cara e, portanto, em uma solução ineficaz.

Um número limitado de estudos avaliou esta questão. Por exemplo, a análise de Aggarwal (2010) sobre o programa Yeshasvini concluiu que "o período de carência antes da primeira consulta com um médico não pareceu ter sido afetado pelo seguro".

Condição de saúde

O microsseguro saúde promete melhorar a saúde dos segurados. Como a condição de saúde é relativamente difícil e cara para se medir objetivamente, indicadores aproximados são utilizados com frequência (Thomas e Frankenberg, 2002). Apenas um estudo avaliou o efeito do microsseguro nos indicadores diretos de saúde. Wagstaff e Pradhan (2005) utilizaram medidas antropométricas da Pesquisa Nacional de Padrões de Vida e determinaram que o Vietnam Health Insurance afetava a altura e o peso de crianças e o índice de massa corporal de adultos de forma significativa.

Vários outros documentos utilizaram medidas substitutas para condição de saúde, incluindo autorrelatos de temas de estudo e compromisso com o comportamento de promoção à saúde. Por exemplo, Lei e Lin (2009) estimaram que cadastrados no New Cooperative Medical Scheme (NCMS), da China, representavam um percentual significativo de 2,8 por cento de pessoas menos propensas a relatarem que estavam se sentindo mal. No Mali, Franco et al. (2008), da mesma forma, determinaram que embora as políticas de cadastramento nas quatro Iniciativas em Equidade não pareceram ter influenciado o uso de vacinas ou suplementos infantis de vitamina A, isto foi um indicador importante para o uso de redes mosquiteiras por crianças e mulheres grávidas.

Tipo e qualidade da assistência

Outras medidas de condição de saúde comumente usadas, porém também indiretas, incluem o impacto do microsseguro sobre o tipo e a qualidade da assistência

recebida. Uma vez que acredita-se largamente que a medicina (alopática) moderna produz melhores resultados de saúde do que as opções de tratamento tradicional ou alternativo disponíveis para muitas pessoas de baixa renda, o efeito do microsseguro sobre a utilização de provedores modernos pelos membros é também avaliada.[11] Em sua avaliação do NCMS da China, por exemplo, Lei e Lin (2009) indicaram que os membros fizeram menos uso de médicos populares tradicionais chineses. Da mesma forma, Yip et al. (2009) concluíram que a adesão ao Rural Mutual Health Care da China reduziu a probabilidade de automedicação em caso de doença em cerca de dois terços. Segurados de programas de Iniciativa em Equidade do Mali buscaram tratamento moderno para cuidar de febres 1,7 vezes a taxa de suas contrapartes não seguradas (Franco et al., 2008). Chankova et al. (2008) verificaram que os membros da Iniciativa em Equidade eram consideravelmente mais propensos a procurar atendimento moderno para uma variedade de problemas médicos. No entanto, eles não puderam provar que padrões similares observados entre os clientes da *mutuelle* senegalesa eram estatisticamente significativos, um resultado confirmado por Diop et al. (2006). Embora reconhecidamente limitada, essa evidência indica que o microsseguro causa um impacto positivo sobre o uso de tratamento médico moderno pelos membros.

Em lugares onde acredita-se que certos tipos de unidades prestam serviços de má qualidade quando os segurados buscam atendimento, é um *proxy* para o acesso aos serviços. Na Índia, por exemplo, Aggarwal (2010) constatou que os membros do Yeshasvini fizeram 19 por cento menos visitas a provedores públicos, apesar de sua assistência médica ser, em grande parte, grátis; uma mudança que foi atribuída a serviços ruins, absenteísmo e práticas corruptas em hospitais do governo. Entre famílias seguradas, foi observada a evidência clara de aumento no uso de serviços privados de saúde. No entanto, nem todas as apólices de microsseguro permitem aos segurados tal liberdade. Em uma avaliação do Vietnam Health Insurance (VHI), Jowett et al. (2004) observaram que os beneficiários do programa estavam quase três vezes mais propensos a usar provedores públicos do que as pessoas sem cobertura de seguro, precisamente porque os tratamentos cobertos pelo VHI estavam disponíveis nas unidades do governo.

Infelizmente, o único estudo que analisou o impacto do microsseguro nas medidas de qualidade da assistência médica utilizou uma amostra de dimensão extremamente pequena, em que grupos de comparação, indivíduos segurados e não segurados diferiam significativamente um do outro em medidas como distribuição etária e história cirúrgica. Com base em um relatório sobre uma família pequena e entrevistas com os principais médicos da rede Uplift da Índia e de unidades fora da rede, análise dos prontuários médicos e avaliação da infraestrutura das instalações, Bauchet et al. (a ser divulgado) não encontraram evidências estatisticamente significativas de que os pacientes segurados pela Uplift recebiam melhor atendimento.

[11] Aqui, "provedores modernos", "medicina moderna" e "atendimento moderno" denotam profissionais de saúde, cuja qualificação, reconhecimento e desempenho são regulados pelo governo e, portanto (embora de forma alguma universalmente), suscetíveis de ser de melhor qualidade.

Equidade

Um impacto ainda mais hipotético do microsseguro no que diz respeito ao acesso a serviços envolve equidade, além da crença de que políticas bem elaboradas podem resolver disparates históricos, econômicos, espaciais e de sexo no fornecimento de bens e serviços segurados estendendo o acesso a membros de grupos excluídos.

Duas dimensões são importantes nesta análise: quem acessa o seguro e quem recebe seus benefícios (tanto entre os próprios segurados quanto entre segurados e não segurados). O nível de renda é o determinante estudado com mais frequência.

Embora cadastro e acesso a serviços equitativos entre membros não constituam impacto conforme definido anteriormente, eles são explorados a seguir, visto que o acesso equitativo ao seguro é um pré-requisito para os benefícios potenciais que alcançam o pobre. Para evitar mal-entendido, nenhum dos resultados relatados nesta subseção está incluído na Tabela 3.1.

Das avaliações consideradas na análise, 10 chegaram a conclusões mistas sobre o igualitarismo econômico do cadastro nos programas. Curiosamente, os dois com inequívocos resultados positivos avaliaram o programa VimoSEWA da Índia, com Gumber (2001) e Ranson (2001) relatando que a riqueza não fez, significativamente, prever a adesão.

Outros resultados foram mais acentuados: em 27 *mutuelles* senegalesas, quatro políticas de Iniciativa em Equidade malienses e no programa Nkoranza de Gana, por exemplo, Chankova et al. (2008) verificaram que, enquanto a probabilidade de cadastro era significativamente maior entre aqueles no quintil superior de renda, não havia nenhuma evidência da probabilidade de cadastro para o quintil mais pobre ser diferente daquela para os outros quatro quintis agrupados. Em uma análise mais detalhada dos programas de Iniciativa em Equidade do Mali, Franco et al. (2008) chegaram a conclusões semelhantes: "embora o cadastro para todas as categorias ... fosse significativamente maior no quintil de riqueza da família rica, as taxas de cadastro não diferem entre as famílias pobres, pobres medianos, medianas ou medianas ricas". Ainda assim, Jütting (2004) e Msuya et al. (2004) concluem que os níveis de renda influenciaram inequívoca e significativamente o cadastro em quatro *mutuelles* senegalesas e no Fundo de Saúde Comunitária da República Unida da Tanzânia (CHF). Msuya e companheiros, por exemplo, revelaram que um ponto percentual de aumento na renda familiar elevou a probabilidade de adesão ao CHF em aproximadamente 12,5 pontos percentuais. Apesar de Jütting ter indicado que mesmo as famílias em seu quintil mais rico da amostra ainda ganhavam abaixo do salário mínimo mensal da região, estes resultados indicam que certos programas poderiam atingir potencialmente um espectro de clientes mais inclusivos em suas regiões de atuação.

No que diz respeito ao uso de serviços cobertos, cinco de seis estudos relataram acordos igualitários ou mesmo progressivos. Aggarwal (2010), por exemplo, relatou um aumento significativo de 2 por cento na intensidade de utilização de assistência

médica entre membros de situação socioeconômica mais baixa do Yeshasvini. Da mesma forma, Schneider e Diop (2001) concluíram que a probabilidade em consulta dos clientes não variou significativamente por quartil de renda depois de levar em consideração outros fatores quando da avaliação de 54 programas de saúde da comunidade de Ruanda. No Vietnã, Jowett et al. (2004) observaram, de fato, que clientes de baixa renda usavam serviços segurados com mais frequência, supostamente para solucionar problemas que há muito estavam sem resposta. Wagstaff et al. (2009) encontraram apenas mudanças distribuídas de forma desigual (e regressivamente) em relação às taxas de utilização entre membros do NCMS da China. Mais especificamente, eles não puderam discernir entre os 10 por cento mais pobres dos membros do programa, o impacto positivo significativo sobre o comportamento na busca por atendimento ambulatorial ou de internação que fosse evidente entre os membros de outros decis de renda. Apesar dos resultados do último estudo, as evidências indicam que, temporariamente, com os obstáculos que existem em torno deles, os membros do programa desfrutam de algum grau de igualdade econômica no acesso aos benefícios.

Dos estudos avaliados aqui, cinco analisaram a equidade espacial por meio do cadastro e das taxas de utilização. No que se refere a cadastro, por exemplo, Chankova et al. (2008) realizaram regressões a fim de determinar se a presença de unidades de saúde próximas influenciavam positivamente o cadastro no microsseguro no Senegal e no Mali, o que não foi identificado nas pesquisas envolvendo o programa Nkoranza de Gana. Do mesmo modo, Wagstaff et al. (2009) utilizaram a análise de probit para estabelecer que "famílias que vivem longe das unidades médicas são menos propensas a se cadastrar" no NCMS da China. Contudo, observaram que "o aumento da distância reduz a probabilidade apenas até certo ponto". Em relação à utilização, resultados semelhantes foram obtidos entre os membros da Iniciativa em Equidade; por exemplo, Franco et al. (2008) concluíram que a distância até a unidade de saúde foi um indicador negativo importante na busca de assistência médica, em especial, no que diz respeito a partos assistidos. Em Ruanda, Schneider e Diop (2001) também verificaram que os membros de 54 programas comunitários visitaram provedores diretamente, de acordo com sua facilidade geográfica de acesso. Embora limitados em número, estes resultados indicam que as políticas em questão não abordaram de forma eficaz as discrepâncias com base em distância no acesso ao seguro e utilização de serviços.

Os avaliadores estudaram duas questões-chave relacionadas a desigualdades de sexo: como o cadastro no microsseguro e o acesso a serviços variam de acordo com o sexo, e se os programas que cobrem as preocupações com a saúde das mulheres levam a melhores resultados por sexo do que se tem obtido historicamente. Quanto à primeira questão, os pesquisadores chegaram a conclusões diferentes quanto a que taxas as mulheres, ou famílias chefiadas por mulheres, compram microsseguro. Em Gana, no Mali e no Senegal, Chankova et al. (2008) determinaram que as famílias chefiadas por mulheres eram mais propensas a se cadastrar depois de levar em consideração outros fatores, enquanto, em Ruanda, Schneider e Diop (2001)

puderam concluir por um efeito estatisticamente significativo. Wagstaff et al. (2009) verificaram que o sexo do cabeça de uma família não estava relacionado à sua probabilidade de adesão ao NCMS da China. Schneider e Diop (2001) foram os únicos a desagregar o comportamento de busca por assistência médica dos membros por sexo, e eles concluíram que a probabilidade de visita a um provedor não variava de acordo com o sexo para os segurados de Ruanda.

Em termos de resultados de saúde das mulheres, estes foram igualmente mistos. Aggarwal (2010) concluiu não haver impacto considerável do programa Yeshasvini da Índia sobre a saúde materna, enquanto Franco et al. (2008) observaram que os membros da Iniciativa em Equidade do Mali tiveram duas vezes mais chances de fazer quatro ou mais consultas de pré-natal do que as mulheres de toda a população durante a gravidez. Smith e Sulzbach (2008) descobriram que a associação ao programa influencia com mais eficácia o comportamento na busca por saúde materna quando os serviços aplicáveis são cobertos como benefícios. Em função de esses resultados terem sido obtidos no contexto de normas culturais e outros fatores preponderantes, compará-los diretamente é difícil.

Enquanto a evidência permanece inconclusiva e contraditória quanto a se o microsseguro atenua as disparidades econômicas no que diz respeito à associação ao programa e possivelmente também de acesso a tratamento, vários pontos merecem debate. Primeiro, os efeitos da equidade demonstram a importância de determinar a distribuição do impacto juntamente com o mais comumente calculado "efeito médio do tratamento sobre o tratado". Este indicador estabelece as diferenças médias causais nos resultados entre o tratamento e os grupos de controle (Heckman et al., 1997). No entanto, interpretar e comparar os resultados da avaliação relativos à equidade pode ser difícil. Por exemplo, depois de observar que as famílias chefiadas por mulheres eram mais propensas a se cadastrar do que aquelas chefiadas por homens em Gana, no Mali e no Senegal, Chankova et al. (2008) especularam que fatores relacionados à condição tradicional das mulheres como cuidadoras da família podem ter gerado tais conclusões. Sem informações adicionais, os pesquisadores não podem determinar o que causou essas observações ou se elas realmente representam uma mudança.

Segundo, as conclusões iniciais sugerem que alcançar equidade é mais complicado do que simplesmente acomodar ou mesmo estimular ativamente a participação de grupos de clientes específicos. Barreiras relativas a registro, acesso a benefícios e apresentação de reclamações de sinistros devem ser especificamente abordados para tornar as políticas mais igualitárias. Embora o cadastro, as taxas de utilização e os resultados com beneficiários difiram em termos econômicos, espaciais ou de sexo, isso não quer dizer que o microsseguro é discriminatório ou garante pouco valor para clientes de baixa renda, rurais, do sexo feminino ou outros tradicionalmente excluídos. Os programas podem ser mal concebidos, comercializados ou administrados e, portanto, perpetuar, acidentalmente, discordâncias. É interessante notar que, durante sua avaliação no Mali, Chankova et al. (2008) descobriram que 71 por cento dos indivíduos sem seguro não tinham se cadastrado porque nunca haviam visto os

materiais promocionais do programa. Em outras palavras, a despeito de serem pessoas de baixa renda, elas não aderiram porque não sabiam que o programa existia.

Por fim, a abordagem sobre equidade apresentada pelos documentos analisados neste estudo está incompleta em vários aspectos. Além de disparidades econômicas, espaciais e de sexo, por exemplo, desigualdades históricas entre pessoas de diferentes idades, raças, cores, etnias, religiões, sexualidades e níveis de incapacidade, entre outros, podem merecer investigação com base nas circunstâncias em que operam determinados programas. Outras questões relacionadas à concepção também merecem estudo, como se determinadas formas de entrega (por exemplo, com base na comunidade ou com fins lucrativos) são mais favoráveis para alcançar a equidade entre segurados (e entre segurados e todos os membros da comunidade).

3.3.3 Efeitos psicológicos

Psicologicamente, julga-se que o microsseguro promove a paz de espírito e a autonomia das pessoas. No que diz respeito à paz de espírito, por exemplo, o microsseguro, hipoteticamente, alivia o medo e o estresse, aumentando a sensação de segurança dos membros quanto ao futuro. Segurados que participam de programas comunitários, através dos quais pessoas do local concebem e administram elas próprias os pacotes de benefícios, podem ainda ser capacitados com habilidades de negociação, comunicação, sociais e financeiras que eles desenvolvem ao participarem. Infelizmente, nenhum dos estudos analisados neste livro avaliou um desses supostos efeitos.

3.3.4 Impacto na comunidade

Acredita-se que o microsseguro cause seis tipos de efeitos indiretos que impactam não membros em comunidades mais amplas de operação de microsseguradoras. Embora tais resultados estejam descritos a seguir, nenhum dos estudos aqui citados os avaliou, salvo se especificado.

- **Geração de emprego** – A manifestação mais visível de efeitos indiretos relacionados ao microsseguro é a geração de empregos. Simplificando, microsseguradoras precisam de pessoal de vendas, atuários, administradores de programas, árbitros de sinistros, cobradores de prêmio, provedores de TI e pessoal, como, por exemplo, médicos e meteorologistas para criar, implementar e supervisionar uma gama de produtos. À medida que alguns programas têm milhões de segurados, a quantidade de empregos gerados é potencialmente significativa, embora muitas microsseguradoras também, e algumas vezes exclusivamente, dependam de voluntários.
- **Investimento** – Da mesma forma, os prêmios cobrados pelas microsseguradoras podem ser economizados ou investidos localmente, por exemplo, em atividades de microcrédito relacionadas às microsseguradoras ou em mercados nacionais e

internacionais. Este efeito é mais provável em apólices de longo prazo que tenham componentes de poupança *(ver Capítulo 8)*.

- **Mudanças infraestruturais e regulatórias** – Membros da comunidade não segurados se beneficiam das mudanças infraestruturais e regulatórias que as microseguradoras ajudam a criar. Por exemplo, Aggarwal (2010) observou que a mudança para provedores privados precipitada pelo programa Yeshasvini da Índia abriu espaço em unidades públicas para pessoas sem seguro. Da mesma forma, Wagstaff et al. (2009) determinaram que o programa New Cooperative Medical Scheme, da China, teve um impacto significativo sobre pessoal e investimentos de capital nos provedores do município. No entanto, tendo em vista a observação de risco moral do lado da oferta feita por eles, havia a preocupação de que "estoques maiores de equipamentos caros" pudessem resultar em "pacientes ... fazendo exames e tratamentos desnecessários sob o ponto de vista médico ou que os [centros de saúde não são] suficientemente capacitados para atender".
- **Transferência do ônus de doenças locais** – Acredita-se também que programas de saúde com muitos membros reduzem o ônus de doenças locais e produzem mudanças comportamentais colaterais em potencial entre indivíduos sem seguro em suas regiões de operação. Por exemplo, Polonsky et al. (2009) verificaram que as taxas de utilização de assistência médica de pessoas sem seguro aumentou nas aldeias armênias. Yip et al. (2009) concluíram, da mesma forma, que não membros em regiões de operação do Rural Mutual Health Care praticavam automedicação menos arriscada.
- **Solidariedade em grupo** – Devido à ênfase na solidariedade e cooperação em grupo, acredita-se também que os programas baseados na comunidade aumentam a coesão na comunidade. No entanto, suplantando mecanismos de superação tradicionais, que dependem firmemente da família estabelecida e dos laços sociais, o microsseguro pode também minar as práticas e relações locais.
- **Conhecimento financeiro** – Por intermédio de suas atividades, acredita-se que provedores de microsseguro e organizações afins, em geral, aumentam o conhecimento financeiro e alimentam a cultura do seguro em suas áreas de operação. Por exemplo, muitas microseguradoras e instituições de proteção patrocinam eventos públicos de informações sobre seguro próprios para pessoas de baixa renda potencialmente analfabetas, com pouca instrução formal. O BRAC, por exemplo, treina os membros para criarem espetáculos de rua sobre histórias do mundo real baseadas nos aldeões, que ilustram os benefícios do seguro (Ahmed et al., 2005). Os indivíduos também absorvem informações de materiais de marketing das microseguradoras e ouvem tais informações se propagarem de boca em boca entre segurados por meio de suas amplas redes sociais e familiares. Assim, a expansão do microsseguro permite, hipoteticamente, que mesmo pessoas sem seguro desenvolvam uma consciência e compreensão sobre ferramentas e princípios de gerenciamento de risco.

3.4 Conclusão

Poucos estudos, e ainda menos rigorosos metodologicamente, têm explorado o impacto do microsseguro. A grande maioria avalia as políticas de saúde predominantemente na Ásia e na África Subsaariana. As avaliações apresentadas analisam uma variedade de resultados, porém apenas três com a frequência necessária para que surjam tendências: despesa, utilização e equidade. Destas, temporariamente, o microsseguro parece afetar de forma positiva despesas e taxas de utilização. Parece desempenhar com menos sucesso vis-à-vis questões de igualitarismo econômico e espacial, no entanto, à medida que famílias com condição econômica relativamente baixa ou moradias distantes das respectivas unidades se cadastram e reclamam benefícios com menos frequência. Em conjunto, todavia, e em comparação a muitos supostos efeitos do microsseguro, esta é uma evidência extremamente ínfima.

Uma combinação de quatro medidas aumentará o entendimento da comunidade sobre o impacto do microsseguro. A primeira, projetos de pesquisas e técnicas analíticas mais robustas são necessários para aumentar a validade dos resultados da avaliação. Conforme comprovado por estudos mais recentes aqui apresentados e pelos registrados para que se tome conhecimento das avaliações em andamento (Grupo de Trabalho sobre Impacto da Microinsurance Network, 2011b), parece, felizmente, que o movimento sopra nesta direção. A segunda, avaliações de uma variedade maior e distribuição geográfica mais ampla dos produtos de microsseguro são necessárias. A terceira, estudos devem analisar toda a gama de efeitos teóricos do microsseguro juntamente com questões comparativas que permanecem inexploradas. Estas incluem investigar como programas de microsseguro diferentes se equiparam sob uma variedade de condições e como eles se revelam se comparados ou combinados a outras estratégias de atenuação de riscos, tais como mecanismos de superação informais. A quarta, indicadores de resultados melhores e com padrão são necessários porque nem todos os efeitos comumente citados na literatura sobre avaliação relatam, atualmente, informações úteis sobre impacto. Além de serem menos ambíguos, indicadores desenvolvidos recentemente também devem ser adotados amplamente para facilitar a comparabilidade de conclusões e, por conseguinte, a solidez das análises sistemáticas subsequentes. O Grupo de Trabalho sobre Impacto da Microinsurance Network está desenvolvendo esses indicadores e os difundirá em um manual para realização de avaliações sobre o impacto do microsseguro (Grupo de Trabalho sobre Impacto da Microinsurance Network 2011a).

Facilitando a geração e a distribuição de informações precisas sobre ao impacto do microsseguro, essas medidas permitirão que profissionais de desenvolvimento capacitem com sucesso a população de baixa renda em países pobres para gerenciamento de riscos e, desta forma, salvaguardar ou aumentar as rendas e o padrão de vida dessa população.

4 Microsseguro e mudança climática

Thomas Loster e Dirk Reinhard

Os autores gostariam de agradecer a Joachim Herbold da Munich Re, Karlijn Morsink da Universidade de Twente, Birgit Schubert da Albert Ludwig University e David Saunders da OIT, por suas contribuições neste capítulo. Também querem agradecer a Asif Dowla (St Mary's College), Thomas Mahl (Munich Re), Alexandra Michailescu (Credit Suisse), Dan Osgood (IRI), Rupalee Ruchismita (CIRM) e Roland Steinmann (MicroInsurance Centre) por seus comentários.

O ano de 2010 entrou para a história, juntamente com 2005 e 1998, como o ano mais quente desde que os registros climáticos instrumentais foram introduzidos, com novos recordes de temperaturas altas sendo regularmente registrados em todo o mundo (WMO, 2010). Segundo o Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), nos próximos 100 anos, a temperatura média da atmosfera aumentará significativamente, em até 6,4°C no pior dos cenários, com elevação do nível do mar e uma intensificação de extremos de temperatura (IPCC, 2007, 2011).

Estatísticas de sinistro das seguradoras e evidências reveladas por especialistas, incluindo o Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), já mostram fortes tendências que indicam que o aquecimento global levará a situações de risco, piorando em muitas partes do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. Dados de catástrofes naturais desde 1980 revelam que mais de 80 por cento das mortes causadas por catástrofes meteorológicas ocorreram nos países em desenvolvimento e recém-industrializados.[1] Nos países em desenvolvimento, regiões mais pobres estão particularmente em risco devido à infraestrutura precária. Por exemplo, o pobre muitas vezes vive em moradias de qualidade inferior em locais expostos, como, por exemplo, às margens de assentamentos onde estão vulneráveis a inundações, deslizamentos de terra ou tempestades.

O seguro de riscos naturais é um desafio especial para as companhias de seguros devido à exposição a grandes danos (Swiss Re, 2010a). Eventos naturais afetam com frequência enormes áreas e podem devastar milhares de quilômetros quadrados de terra. Isso rapidamente leva a um acúmulo de sinistros e possíveis problemas de solvência para as seguradoras.

O microsseguro também é vulnerável a catástrofes naturais e deve reconhecer os riscos associados a elas. Embora terremotos tenham tido um impacto significativo sobre alguns programas de microsseguro, por exemplo, a Alternative Insurance Company (AIC), no Haiti, em 2010, e a VimoSEWA, da Índia, em 2001, este capítulo se concentra nas catástrofes que estão se tornando mais frequentes e mais fortes devido à mudança climática. Um exemplo disso foi o ciclone Nisha, que atingiu a Índia em

[1] Ver, por exemplo, CRED (EM-DAT), Sigma da Swiss Re ou NatCatSERVICE da Munich Re.

novembro de 2008 e exigiu da Bajaj Allianz o pagamento de cerca de 16.000 sinistros de microsseguro (Kunzemann, 2010).

Este capítulo começa analisando alguns dos dados mais importantes associados à mudança climática, a fim de apresentar os riscos emergentes, em particular, nos países em desenvolvimento, onde o microsseguro está fincando raízes. Contempla também o papel do microsseguro nos riscos contra fenômenos meteorológicos, em níveis micro, meso e macro, conforme ilustrado por inúmeros exemplos do mundo inteiro. A terceira seção resume os principais desafios operacionais, incluindo acesso e gestão de dados, desenvolvimento de indicadores e administração de sinistros. A seção 4.4 oferece uma série de recomendações para os principais públicos-alvo.

4.1 O impacto da mudança climática

4.1.1 Evidência da mudança climática

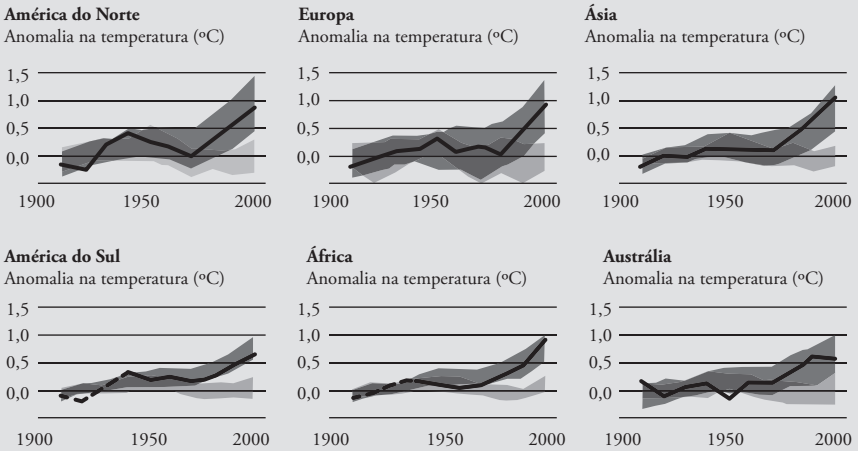
Segundo o IPCC, as tendências de temperatura em todo o mundo estão apontando na mesma direção: para cima (IPCC, 2007):

- As temperaturas subiram em todos os continentes do mundo nos últimos 100 anos *(ver Figura 4.1)*, em alguns casos, de forma significativa.
- A influência humana sobre a mudança climática pode, em grande parte, ser comprovada.
- O aquecimento é forte, particularmente, em latitudes altas.

Conforme resumido na Tabela 4.1, as mudanças significativas, tais como o aumento na incidência de secas e ciclones, parecem iminentes, o que causará um impacto enorme nos riscos locais e regionais. Os altos níveis de validação científica na tabela são notáveis. Portanto, "Muito provável" significa que o nível de certeza científica é superior a 90 por cento. "Provável" significa maior do que 66 por cento e "Mais provável que não" significa maior do que 50 por cento.

Figura 4.1

Mudança de temperatura global e continental[1]



médias decenais de observações
faixa de 5-95% para 19 simulações a partir de 5 modelos de clima usando apenas forçantes naturais
faixa de 5-95% para 58 simulações a partir de 14 modelos de clima usando forçantes naturais e antropogênicas

[1] Nesta figura, as linhas pretas mostram a mudança real em temperaturas nos seis continentes. Em cinza-claro está retratada a faixa em que as temperaturas deveriam estar situadas com base, exclusivamente, nas mudanças naturais, enquanto em cinza-escuro estão representadas as faixas de temperatura com base no impacto dos fatores humanos e naturais sobre o clima.

Fonte: Relatório IPCC: Mudança Climática, 2007.

Tabela 4.1

Projeções de eventos meteorológicos e climáticos extremos

Fenômeno e direção da corrente	*Probabilidade de que esta corrente tenha ocorrido no final do século XX (previsibilidade após 1960)*	*Probabilidade de contribuição de um humano*	*Probabilidade de correntes futuras baseadas em projeções para o século XXI*
Dias e noites mais quentes e menos frios na maioria das áreas terrestres	Muito provável	Provável	Praticamente certo
Dias e noites mais quentes e quentes com mais frequência na maioria das áreas terrestres	Muito provável	Provável (noites)	Praticamente certo
Períodos quentes/ondas de calor. Frequência aumenta na maioria das áreas terrestres	Provável	Mais provável que não	Muito provável
Eventos de precipitação pesada Frequência (ou proporção do total de pancadas de chuva provocadas por chuvas intensas) aumenta na maioria das áreas	Provável	Mais provável que não	Muito provável
Áreas afetadas por aumento de seca	Provável em muitas regiões desde a década de 70	Mais provável que não	Provável
Atividade intensa de ciclone tropical aumenta	Provável em muitas regiões desde a década de 70	Mais provável que não	Provável
Aumento da incidência do nível extremo alto do mar (exclui tsunamis)	Provável	Mais provável que não	Provável

Fonte: Adaptado do IPCC, 2007.

Até o momento, evidências significativas para países, regiões ou até mesmo cidades estão disponíveis apenas em casos individuais. Por exemplo:

- intensificação de ondas de calor nos Estados Unidos (Peterson et al., 2008.), Austrália (Bureau of Meteorology Australia, 2011) e Europa (Robine et al., 2007.);
- aumento na precipitação extrema nos Estados Unidos (US Climate Program, 2008) e na Índia (Munich Re, 2010).

Até agora, a análise quantitativa dos países mais pobres do mundo foi limitada porque os dados da série temporal das condições meteorológicas, muitas vezes, não estão disponíveis. No entanto, as descrições do impacto sobre o clima são impressionantes. A África, por exemplo, é uma vítima frequente da seca. Somente na Etiópia, cerca de 600.000 pessoas morreram nas décadas de 70 e 80 e, aproximadamente, sete milhões foram expostas a longos períodos de seca. Em todo o continente, hoje, a seca continua sendo um grande desafio. Em 2011, Chade, Malaui, Moçambique, Sudão e Chifre da África (Somália, Djibuti, Etiópia e Eritreia) lutaram com uma seca extrema, e cientistas das Nações Unidas estimam que a mudança climática agrave ainda mais tais extremos.

Em muitas regiões, o aquecimento global alterará a frequência e a intensidade de eventos meteorológicos. Isso é particularmente evidente no caso de ciclones tropicais. Por exemplo, as superfícies marinhas mais quentes podem levar à formação de ciclones tropicais mais intensos, visto que esses sistemas de tempestade retiram sua energia da água mais quente. Se as áreas com temperaturas da superfície marinha acima de 27°C aumentarem, novas zonas de risco de ciclones serão criadas. O surgimento de ciclones ao largo da área costeira do Brasil (2004) e da Espanha (2005) são evidências de que a área de risco está mudando no rastro do aquecimento global.

4.1.2 Ramos de seguro afetados

O clima não pode ser segurado. Também é impossível segurar todos os efeitos associados ao aquecimento global. Isso é verdade tanto no seguro quanto no microsseguro. O derretimento de geleiras ou a elevação acelerada do nível do mar não pode ser segurado com base nos princípios de imprevisibilidade, calculabilidade e ocorrência súbita do seguro. Entretanto, alguns efeitos da mudança climática, como inundações ou mesmo secas, são seguráveis.

Quando se discute seguro e mudança climática, isso significa, muitas vezes, o seguro de catástrofes relacionadas a fenômenos meteorológicos, que são muito prováveis de aumentar no futuro. As catástrofes naturais podem ser particularmente prejudiciais para as carteiras de microsseguro à medida que carteiras pequenas ou aquelas de âmbito regional podem ser devastadas por um grande desastre natural. Riscos naturais, como, por exemplo, a onda de inundações no Paquistão, em 2010, ou o ciclone Nargis em Mianmar, em 2007, que devastaram áreas imensas, têm de ser levados a sério no microsseguro.

O impacto da mudança climática afeta também outros tipos de riscos no seguro, conforme resumido na Tabela 4.2. A maior correlação entre tempo e sinistros ocorre no seguro agrícola, conforme discutido detalhadamente mais adiante neste capítulo. No entanto, centenas de milhares de pessoas podem morrer ou serem feridas em eventos meteorológicos extremos; logo, também, há um impacto sobre os seguros saúde e vida. Prédios ou seus conteúdos também podem ser afetados por eventos meteorológicos. Ciclones (no sul da Índia, em 2008) e tufões (nas Filipinas, em 2010) provaram que um desastre meteorológico pode ser um desafio para coberturas de microsseguro de propriedade e construção, que, muitas vezes, não são desenvolvidas para eventos meteorológicos e muito menos mudanças climáticas.

Enquanto catástrofes naturais são, certamente, a ameaça mais imperativa, as variações das condições climáticas também terão efeitos mais sutis, de longo prazo. Aumentos graduais em temperatura, por exemplo, podem afetar períodos de germinação ou determinar quais culturas podem ser cultivadas em certas regiões. Afetarão também a mortalidade e a morbidade, alterando as escalas de diferentes doenças ou dando origem a condições para novas.

Tabela 4.2

Possíveis efeitos da mudança climática nos ramos de seguro, 2030 – 2050

Ramo de seguro	*Efeitos possíveis*	*2030*	*2050*
Agrícola	Início rápido (catástrofes meteorológicas)	+/++	+++
	Início lento (mudanças de temperatura)	+/++	+++
	Geada	–	– –
Saúde	Início rápido (catástrofes meteorológicas)	o/+	o/+/++
	Início lento (mudanças de temperatura)	o/+	o/+/++
	Padrões de saúde, aumentando tipos de doença	o/+	o/+/++
Vida/Funeral	Início rápido (catástrofes meteorológicas)	+	+
	Início lento (mudanças de temperatura)	o/+	+
Propriedade	Início rápido	+/++	++

+/++/+++ risco crescente
o neutro
– /– –/– – – risco decrescente

Fonte: Adaptado da Munich Re Foundation, 2011.

4.2 Microsseguro e eventos meteorológicos

4.2.1 Breve histórico do "microsseguro do clima"

A mudança climática tem um grande impacto sobre as condições do tempo – tempo sendo o estado atual da temperatura, umidade, chuva e vento, enquanto clima é o estado desses elementos do tempo ao longo do tempo. Consequentemente, muitas experiências no microsseguro que são relevantes no contexto de mudança climática são proteção contra a ocorrência de condições do tempo específicas, normalmente medidas por algum tipo de indicador.

O indicador meteorológico ou seguro paramétrico foi desenvolvido no contexto do microsseguro desde o início do século XXI. O primeiro exemplo conhecido foi introduzido no México, em 2001, a fim de garantir aos agricultores cobertura para seca. Desde então, várias coberturas foram introduzidas na Ásia, começando com um indicador de seguro pluviométrico na Índia, em 2003 *(ver Caixa de Texto 4.1 e seção 20.2)*, e um seguro de pecuária na Mongólia, em 2006 *(ver Caixa de Texto 12.3)*. Na África, o seguro de seca foi introduzido no Malaui, em 2005 *(ver Caixa de Texto 4.2),* e na Etiópia, em 2006. Essas coberturas foram ajustadas ou mais desenvolvidas posteriormente, e outras novas foram acrescentadas (ex.: HARITA na Etiópia, em 2008, *ver Caixa de Texto 4.3)*.

Caixa de Texto 4.1

Cobertura baseada em indicador pluviométrico da ICICI Lombard, Índia

Fatos concretos

Início: 2003
Escala: Micro
Desenvolvedores do modelo: ICICI Lombard General Insurance Company, Banco Mundial, International Finance Corporation (IFC), BASIX
Tomadores do risco: ICICI Lombard, Swiss Re
Risco coberto: Qualquer tipo de cultura
Número de clientes: 25.000 agricultores em 2005, 45.000 em 2007, 250.000 em 2009 **Canais de distribuição:** inicialmente BASIX, uma ONG de microfinanças, mais tarde outros bancos e IMFs também foram incluídos

Contexto

Apesar de sua longa história de seguro agrícola, o governo da Índia não conseguiu proteger os agricultores contra riscos meteorológicos. Em 2003, a ICICI Lombard e a BASIX introduziram o seguro específico de culturas, baseado em indicador pluviométrico, para agricultores de mamona e amendoim. O produto foi reestruturado em 2004 para melhorar ainda mais os benefícios dos agricultores segurados e para

cobrir outros tipos de culturas. Os novos contratos se basearam em um gatilho de chuva acumulada específico para cada uma das três épocas de cultivo. Os agricultores podem comprar a apólice por acre, protegendo até 100 por cento de sua terra. Cada cultura tem seu limite específico superior e inferior. Chuva acumulada abaixo ou acima do limite dá origem a um pagamento. A apólice era vendida por intermédio da rede BASIX como um produto combinado de seguro e empréstimo.

Desafios

Viabilidade financeira: Depende da aceitação do produto pelos agricultores e do acesso ao mercado de resseguro internacional. Subsídios estatais e a ligação com um programa de empréstimo agrícola patrocinado pelo governo melhoram substancialmente a escala e a viabilidade *(ver Capítulo 18)*.
Demanda: Prêmios mais elevados do que o produto National Agriculture Insurance Scheme (NAIS), administrado pelo Estado – a falta de subsídios limita a demanda de pequenos produtores. Essa situação mudou radicalmente quando subsídios do governo foram disponibilizados para o seguro com base em indicadores meteorológicos, incluindo cobertura oferecida pelas companhias de seguros privadas.
Conscientização do cliente: Campanhas para aumentar a conscientização feitas pela BASIX e a interação intensiva ajudam a adaptar o produto às necessidades dos agricultores e a aumentar a demanda.
Risco de base: O Banco Mundial instalou estações meteorológicas digitais. Um número limitado de estações meteorológicas pode aumentar o risco de base.

Lições preliminares aprendidas

1. Um produto combinado (crédito mais seguro) protege os agricultores e a IMF contra inadimplência devido à quebra de safra, o que ajuda o produto a ganhar escala rapidamente.
2. Estações meteorológicas automáticas permitem à seguradora ter acesso aos dados em tempo real, o que facilita pagamentos de sinistros mais rápidos.
3. A reestruturação eficiente do formato do contrato amplia o escopo de possíveis clientes que se beneficiam de apólices para riscos de chuva, por exemplo, intermediários do agronegócio.
4. A adaptação contínua às necessidades dos clientes forma uma base para sustentabilidade.
5. Subsídios do governo tornam o produto mais acessível, permitindo que o programa deslanche.

Fontes: Adaptado de Hellmuth et al., 2009; Levin e Reinhard, 2007; Valvekar, 2007; Aggarwal, 2011.

A maioria desses exemplos permanece em sua fase piloto ou foi interrompida porque lutou para alcançar escalas suficientes para ser viável. Clarke (2011) argumenta que a baixa aceitação do seguro agrícola baseado em indicadores não está, necessariamente, relacionada à falta de confiança ou ignorância financeira, mas é simplesmente uma opção economicamente racional quando o preço está acima de um determinado limite comparado ao pagamento esperado. Ademais, muitos produtos de seguro baseados em indicadores meteorológicos disponíveis atualmente apresentam baixa correlação com os sinistros reais, garantindo melhores indicadores com riscos de base mais baixos.[2] Entretanto, mesmo produtos baseados em indenização podem ter pouco efeito sobre o gerenciamento de risco do pobre caso o produto não reflita corretamente a percepção de risco do grupo alvo (Karlan et al., 2011).

Por outro lado, a experiência na Índia parece mais promissora. Em 2010, o mercado de seguro baseado em indicadores meteorológicos da Índia foi o segundo maior mercado meteorológico no mundo, seguido apenas dos Estados Unidos. Conforme descrito no Capítulo 20, as inovações no seguro baseado em indicadores meteorológicos desenvolvidas pelo setor privado foram adotadas pelo governo da Índia, que hoje subsidia o prêmio para tornar a cobertura associada a crédito mais acessível para agricultores de baixa renda. Consequentemente, em 2011, mais de nove milhões de agricultores indianos tinham cobertura de seguro com base em indicadores (Ruchismita, 2011).

O envolvimento de resseguradoras é particularmente importante para o sucesso desses programas, uma vez que elas assumem risco em termos globais. Na Ásia, especialistas da Munich Re desenvolveram conceitos adequados para riscos típicos de mudança climática, incluindo uma cobertura de inundação em Jacarta, na Indonésia, e uma "cobertura de tufão" para ventania e chuva torrencial nas Filipinas. A Swiss Re introduziu uma cobertura baseada em indicadores para produtores de arroz no Vietnã, um país particularmente afetado pela mudança climática. De acordo com seus desenvolvedores, o programa deve alcançar 500.000 famílias (Lai, 2010).

[2] Risco de base, definido mais detalhadamente na seção 4.3.2, é a diferença entre os sinistros reais incorridos pelo segurado e o valor do benefício que eles efetivamente pagaram.

Caixa de Texto 4.2

Seguro de seca, Malaui

Fatos concretos

Início: 2005
Escala: Micro
Desenvolvedores do modelo: Banco Mundial, International Research Institute for Climate and Society (IRI), MicroEnsure
Tomadores do risco: Associação de Seguros do Malaui
Risco coberto: Seca
Número de clientes: 1.710 produtores de amendoim e milho (2006 a 2007); 2.500 produtores de tabaco e milho
Canais de distribuição: National Smallholder Farmers' Association of Malawi (NASFAM)

Contexto

Como 90 por cento da produção agrícola no Malaui é irrigada pela chuva, os pequenos agricultores são altamente vulneráveis aos riscos meteorológicos. A produtividade é baixa, uma vez que os agricultores têm acesso limitado ao crédito para comprar sementes resistentes à seca ou investir em melhor tecnologia. Em cooperação com a NASFAM, o Banco Mundial desenvolveu um seguro de seca baseado em indicadores que protegeria os produtores de amendoim contra a falta de chuvas e melhoraria o acesso ao crédito. Duas IMFs, a Malawi Rural Finance Company e o Opportunity International Bank Malawi, estavam dispostas a conceder empréstimos. A NASFAM providenciou acesso para melhorar a introdução de sementes, garantiu comprar a colheita de seus membros a um preço maior do que o de mercado e assegurou recuperação de crédito. Os contratos de empréstimo incluíram um prêmio meteorológico que foi pago a um consórcio de risco administrado pela associação de seguros. Os agricultores concordaram em vender sua safra, exclusivamente, para a NASFAM. Eles não receberam dinheiro antecipado, mas a NASFAM usou os lucros da safra para quitar o empréstimo e pagar o restante aos agricultores. O produto foi expandido para incluir milho e, a partir de 2007/08, foi transferido para o setor de tabaco em vez de amendoim.

Desafios

Viabilidade financeira: Financeiramente estável, visto que não há subsídios incluídos, porém de acessibilidade limitada para os agricultores mais pobres. A venda paralela pelos agricultores para comerciantes, exceto a NASFAM, ameaçou a viabilidade financeira, e o programa, consequentemente, passou da produção de amendoim para o setor de tabaco.

Demanda: Os produtos foram difíceis de vender para produtores de baixa renda devido ao seu preço, logo a aceitação foi lenta.
Conscientização do cliente: O treinamento da equipe de campo é necessário para oferecer seminários sobre finanças para a população.
Risco de base: Número insuficiente de estações de chuva; o Banco Mundial e o Instituto da Terra estão instalando estações meteorológicas digitais para superar essa limitação.

Lições preliminares aprendidas

1. Desafios de infraestrutura podem ser enfrentados aproveitando as capacidades financeiras e técnicas de todos os parceiros do projeto.
2. A cooperação entre os principais públicos-alvo (companhias de seguros, associações de agricultores, IMFs) expande a gama de produtos financeiros disponíveis para a população rural.
3. A existência de mercados organizados (ex.: NASFAM) é crucial para a distribuição de apólices de seguro.
4. Combinar seguro com empréstimos aumenta a eficiência na venda do seguro.

Fontes: Adaptado de Hellmuth et al., 2007; Mapfumo, 2009; Agroinsurance, 2011.

Caixa de Texto 4.3

HARITA (Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation), Etiópia

Fatos concretos
Início: 2008
Escala: Micro
Desenvolvedores do modelo: Oxfam America, Swiss Re, IRI, Relief Society of Tigray (REST)
Tomadores do risco: Nyala Insurance Ethiopia, Swiss Re
Risco coberto: Seca
Número de clientes: 200 famílias em 2009, 13.000 em 2011
Canais de distribuição: Modelo parceiro-agente com Dedebit Credit and Savings Institution (DECSI)

Contexto

Na Etiópia, 85 por cento da população depende de pequenos agricultores, de agriculturas não irrigadas para sua subsistência. A população é, então, extremamente vulnerável a riscos de seca. Inicialmente dirigido a agricultores de teff[3] na aldeia de Adi Ha, o produto de seguro baseado em indicadores era associado ao programa

[3] Nota do Tradutor: Um cereal próprio cultivado na Etiópia e Eritreia, utilizado na alimentação humana.

de geração de emprego do governo e, portanto, permitia aos agricultores pagarem os prêmios em dinheiro ou em espécie por meio de contribuição de classe a projetos que aumentavam a resiliência da comunidade à mudança climática. A participação de agricultores é assegurada por uma equipe de gestão de cinco membros da aldeia e por seminários de finanças. Para superar as limitações de dados, novas técnicas, como dados de satélite ou modelos de simulação, estão sendo explorados.

Desafios

Viabilidade financeira: Baixa, visto que o projeto HARITA é financiado, principalmente, por doadores internacionais.
Conscientização do cliente: Foco na participação do agricultor desde o início, por exemplo, equipe local de gestão, seminários de finanças ou jogos experimentais.
Risco de base: Exploração de novas técnicas, como, por exemplo, dados de satélite ou simuladores de chuva, pretendem superar as limitações de dados meteorológicos.

Lições preliminares aprendidas

1. A educação e a exposição em microsseguro, além do aumento do acesso ao crédito e melhores técnicas de gerenciamento de risco, são necessários para populações vulneráveis se adaptarem efetivamente à mudança climática.
2. A provisão de seguro claramente necessário em comunidades carentes foi impedida pela falta de acesso a serviços financeiros formais.
3. Questões de escala podem ser abordadas com o uso de um modelo que se concentre no seguro meteorológico no contexto de agricultura de subsistência.
4. Abordagens inovadoras em relação à cobrança de prêmio, por exemplo, o pagamento de prêmios em espécie, tornam o seguro acessível para todos, incluindo agricultores de subsistência cronicamente insuficiente, em que programas correspondentes de geração de emprego estão disponíveis.
5. A colaboração de públicos-alvo local, nacional e global contribui para resultados bem-sucedidos.
6. A participação e a educação do cliente são cruciais para a sustentabilidade e o posterior aumento da escala dos produtos de seguro.
7. Riscos de seca são uma preocupação principal em toda a Etiópia, onde 85 por cento da população depende de pequenos agricultores, de agricultura irrigada pela chuva. Mesmo áreas extremamente expostas, como a Etiópia, podem ser seguradas contra riscos importantes, por exemplo, ondas de calor ou secas.

Fontes: Adaptado de Hellmuth et al., 2009; Agroinsurance, 2011; Swiss Re, 2010a.

4.2.2 Micro, meso e macro

O seguro pode ser organizado de diferentes formas e em diferentes níveis – desde seguro direto individual até seguro organizado pelo Estado de grandes grupos de pessoas – conforme ilustrado na Tabela 4.3. Por definição, o microsseguro pode ser aplicável apenas em nível micro. Entretanto, o seguro organizado em níveis meso ou macro pode ser um meio mais importante de proteger o pobre contra riscos associados à mudança do tempo e do clima. A inclusão de intervenções de níveis meso e macro possibilita ao seguro cobrir não apenas agricultores e riscos agrícolas, mas também ser importante na proteção de outros grupos alvos de catástrofes.

Tabela 4.3 **Dimensões do seguro: Escala, produtos, beneficiários**

	Micro	*Meso*	*Macro*
Segurado	Individual, grupo de pessoas, até várias centenas de pessoas	Comunidade maior, associações, cooperativas etc.; milhares a milhões de pessoas	Nação/governo, centenas de milhares até vários milhões de pessoas
Geografia	Casa, aldeia, cidade, distritos	Distritos, regiões	Regiões, país
Ferramentas e produtos	Microsseguro: saúde, vida, propriedade, agrícola, pecuária; seguro baseado em indicadores	Derivativos, seguro baseado em indicadores	Títulos, *pools* de catástrofe
Faixa de importância segurada	US$50 – 5.000	US$200.000 até vários milhões	US$ milhões até bilhões

Fonte: Adaptado da Munich Re Foundation, 2007.

Milhares de pessoas são seguradas por meio de coberturas nível meso. Os beneficiários são, muitas vezes, organizados em fundos, associações ou cooperativas. A Caixa de Texto 4.4 apresenta um exemplo de uma solução meso com base em indicadores, que teve início em 2011, para cobrir os prejuízos com empréstimo de cooperativas nas Filipinas em caso de eventos meteorológicos extremos e permitir aos mutuários afetados começarem de novo. A cooperativa de seguros CLIMBS atua como o tomador de risco e, portanto, cobre as carteiras de suas cooperativas associadas. O pagamento não está relacionado à regulação de sinistro individual, porém depende dos limites definidos para o evento meteorológico. Cada cooperativa recebe um percentual predefinido de sua carteira de empréstimo como pagamento, uma vez que tenha ocorrido um determinado gatilho de vento ou chuva. As cooperativas seguradas usarão, então, esses fundos para disponibilizar empréstimos de emergência favoráveis aos mutuários afetados.

Caixa de Texto 4.4

CLIMBS (Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services), Filipinas

Fatos concretos

Início: 2011
Desenvolvedores do modelo: Munich Re, CLIMBS
Escala: Meso
Tipo de seguro: Seguro baseado em indicadores de vento e chuva para cobrir empréstimos
Risco coberto: Tufão
Tomadores de risco: CLIMBS, Munich Re
Clientes: Cooperativas associadas da CLIMBS (organização guarda-chuva)
Canal de distribuição: CLIMBS

Desafios

Não há avaliação ainda

Lições preliminares aprendidas

1. Mesmo riscos meteorológicos complexos, tais como tufões ou eventos extremos, como, por exemplo, inundações, podem ser segurados caso o desenho do produto adequado esteja em vigor.
2. Estruturas sociais preexistentes, por exemplo, cooperativas ou associações, aumentam a possibilidade de um programa ser bem-sucedido.
3. O diálogo com as pessoas em risco é crucial para soluções adequadas.
4. Pagamentos regionais ajudam a aceitação do produto e reduzem o risco de base.
5. O uso de métodos modernos de observação do tempo, como dados de satélite, amplia a gama de ferramentas e facilita a administração.

Fonte: Autores

Morsink et al. (2011) identificaram vários desses programas nível meso baseados em indicadores, cobrindo tanto os riscos idiossincráticos dos clientes quanto os riscos agregados de agregadores. O surgimento desses esforços em Burkina Faso, Gana, Haiti, Índia, Mali e Peru *(ver Caixa de Texto 4.5)* indica um aumento no interesse nessa abordagem de proteger o pobre e ampliar o âmbito de quem pode ter cobertura, além dos agricultores, de modo a incluir microempresários e outros grupos de baixa renda. Embora a maioria dos programas nível meso seja relativamente nova, seu potencial de viabilidade e escala parece bastante promissor.

Caixa de Texto 4.5

MiCRO (Microinsurance Catastrophic Risk Organization), Haiti

Fatos concretos

Início: 2011
Escala: Meso
Desenvolvedores do modelo: Provedores de seguro locais e IMFs, tais como Fonkoze
Financiador: Inter-American Development Bank (IDB), UK Department for International Development (DFID), Mercy Corps, Caribbean Risk Managers Ltd, Guy Carpenter & Company, LLC, Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)
Segurador/Ressegurador: Swiss Re
Risco coberto: Chuva, velocidade do vento ou atividade sísmica
Número de clientes: 55.000 clientes de microcrédito da Fonkoze
Cobertura: Reembolso de empréstimo da Fonkoze no caso de desastre natural. Uma quantia fixa de US$125 é garantida se a casa ou as instalações forem destruídas ou todo ou a maior parte de seu estoque comercial for perdido em consequência de um desastre natural.
Canal de distribuição: Administrador de empréstimo da Fonkoze

Contexto

Após a temporada de furacões de 2008 no Haiti, a Fonkoze percebeu que apoiar operações de IMF se tornaria difícil caso desastres naturais fossem recorrentes. A Fonkoze começou a procurar ativamente proteção financeira contra desastres naturais e deu início à criação da MiCRO para ajudar as IMFs do Caribe (especialmente as haitianas) a protegerem seus clientes contra danos oriundos de desastres naturais. Além de fornecer cobertura nível meso, a inovação combina cobertura paramétrica baseada na chuva, na velocidade do vento ou em atividade sísmica, além de uma avaliação dos prejuízos reais no solo pelas administradoras de empréstimo. Havendo risco de base – caso o pagamento com base no gatilho paramétrico não seja suficiente para cobrir as perdas reais – então a MiCRO cobrirá a diferença, até US$1 millhão por ano.
A importância dessa proteção financeira foi demonstrada pelo terremoto no Haiti em 12 de janeiro de 2010, que matou mais de 200.000 pessoas e deixou o país em ruínas, com gerações futuras ainda mais vulneráveis ao risco. No caso das chuvas prolongadas que ocorreram no Haiti durante maio e junho de 2011, apenas um pagamento paramétrico de US$1,05 milhão foi feito para a Fonkoze. A Fonkoze avaliou independentemente os danos dos mutuários e pagou US$1,01 milhão a mais de 3.800 clientes, incluindo a baixa nos empréstimos. Os clientes de microcrédito da Fonkoze foram todos informados e receberam treinamento em cobertura de seguro de catástrofe.

Desafios

Risco: O Haiti está exposto a uma série de riscos naturais com potencial significativo de sinistro. Terremotos e furacões, assim como chuva intensa, tendem a ocorrer de tempos em tempos.
Risco de base: A MiCRO cobre 85 por cento do risco de base estimado até US$1 milhão por ano em base anual agregada.

Lições preliminares aprendidas

1. Parcerias público-privadas são uma necessidade para proteger o pobre contra os desastres naturais.
2. O seguro dirigido à população de baixa renda pode ser oferecido em uma região exposta de forma significativa a riscos naturais.
3. O seguro pode tanto oferecer proteção para uma IMF quanto gerar valor para seus clientes.
4. Coberturas paramétricas podem ser sustentadas quando o financiamento está disponível para absorver desequilíbrios entre a cobertura paramétrica e os sinistros reais ocorridos.
5. O treinamento de clientes é importante. Mutuários da Fonkoze foram todos informados e receberam treinamento em cobertura de seguro de catástrofe.

Fonte: Adaptado de Morsink et al., 2011.

A dimensão "macro" pode envolver milhões de pessoas e, normalmente, é organizada em termos nacionais ou internacionais. Sistemas importantes estão no Caribe, onde o primeiro consórcio de risco segura os governos de 16 países do Caribe contra furacões e demais catástrofes *(ver Caixa de Texto 4.6)*. A população pobre tem intenção de se beneficiar dessa cobertura, mas são os governos os segurados. No México, os *Fondos* estatais têm segurado agricultores desde 1988 *(ver Caixa de Texto 4.7)*, embora a tendência é que estes sejam agricultores mais ricos. O acesso para pequenos agricultores continua sendo difícil.

Caixa de Texto 4.6

Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF)

Fatos concretos

Início: 2007 após 18 meses de desenvolvimento
Escala: Macro
Desenvolvedores do modelo: Chefes de Governo da Comunidade do Caribe (CARICOM), Banco Mundial
Seguradoras: CCRIF, resseguradoras internacionais, incluindo Swiss Re, Munich Re, Paris Re, Partner Re e o sindicato Hiscox do Lloyd's de Londres
Risco coberto: Furacão, terremoto, chuvas em excesso
Número de clientes: 16 países
Apoio financeiro: Capital de doadores (~US$65 milhões) e prêmio anual (US$200,000 a US$3 milhões) por países-membros
Canal de distribuição: Caribbean Risk Managers Limited (CaribRM)

Contexto

Seguindo os enormes prejuízos causados pelo furacão Ivan em 2004, os Chefes de Governo da Comunidade do Caribe, com a ajuda do Banco Mundial, decidiram implementar um programa de transferência de risco para os países-membros a fim de atenuar os efeitos de desastres naturais. Iniciado em 2007, a CCRIF cobriu seus 16 países-membros contra terremotos, furacões e chuvas excessivas. Os perfis de risco país foram criados com base em dados históricos para determinar o prêmio de cada país. Uma vez predefinido o grau do tremor, da velocidade do vento ou do volume da chuva, o pagamento é efetuado dentro de 14 dias.

Pagamentos efetuados até esta data:

2007: ~US$1 milhão para as Ilhas de Dominica e Santa Lúcia
2008: ~US$6,3 milhões para as Ilhas Turks e Caicos
2010: ~ US$7,75 milhões para o Haiti (terremoto) e US$12,8 milhões para o furacão Tomas (Barbados, Santa Lúcia, São Vicente e as Granadinas); US$4,2 milhões para o furacão Earl (Anguilla)

A CCRIF é única, considerando que trata-se do primeiro programa de seguro baseado em indicadores interligando vários países com diferentes níveis de desenvolvimento e diferente exposição ao risco.

Desafios

Complexidade: Fazer um consórcio do risco de 16 países aumenta a complexidade do produto devido aos perfis de risco individuais e exige maior comunicação e relações públicas no que diz respeito à sensibilização entre os países-membros.

Viabilidade financeira: A combinação das reservas em consórcio dos países participantes e da capacidade financeira do mercado financeiro internacional garante sustentabilidade, porém, principalmente, devido a pagamentos relativamente baixos em comparação ao dano real.
Demanda: Ferramenta para gestão da mudança climática, como fluxos de dinheiro para alívio mais rápido, mas somente em termos de governo, sem envolvimento da população.
Outros: Necessidade de se voltar para o setor agrícola, uma vez que a CCRIF proporciona maior valor a áreas de valor econômico (principais centros econômicos).

Lições preliminares aprendidas

1. Consórcios de seguro reduzem os custos de operação devido à estrutura jurídica consistente e às condições de seguro para todos os membros.
2. Como os consórcios permitem cobertura de riscos de alto nível, eles podem ser um elemento de adaptação da mudança climática.
3. É difícil antever parâmetros para pequenos eventos, de modo que sinistros não são, necessariamente, gatilhos para pagamentos (por exemplo, furacão Dean, Jamaica, 2007). Além disto, o seguro paramétrico pode ser difícil de explicar.
4. Consórcios garantem maior oportunidade de transferência de risco para os mercados de capitais.

Fontes: Hellmuth et al., 2009; Young, 2010; UNFCCC, 2011.

4.3 Desafios e soluções operacionais

Como a maioria dos programas destacados neste capítulo operaram apenas por alguns anos, alguns apenas a título experimental, os ensinamentos e as experiências continuam sendo preliminares. Entretanto, há um conjunto crescente de evidências das quais se começa a tirar conclusões iniciais. Com certeza, a conclusão mais óbvia é que há desafios consideráveis. Em particular, esta seção considera os desafios e as soluções associadas a coleta de dados meteorológicos, desenvolvimento e utilização de indicadores, gestão de sinistros, educação dos públicos-alvo e sustentabilidade.

Caixa de Texto 4.7

Seguro agrícola catastrófico para eventos climáticos, México

Fatos concretos
Início: 2005
Escala: Macro
Desenvolvedores do modelo: Agroasemex
Seguradoras: Governo do México, Agroasemex

Risco coberto: seca, enchente
Número de clientes: 800.000 agricultores (em 2008)
Canal de distribuição: Governos federal/estadual

Contexto

Agricultores de subsistência no México sofrem com frequência de excesso ou falta de chuvas. Para atenuar os efeitos para a população rural, recursos federais para auxílio são fornecidos pelo Climate Contingencies Programme ou PACC. Para melhorar o gerenciamento do risco, a Agroasemex, a companhia de resseguros estatal, desenvolveu um programa de seguro baseado em indicadores disponível para os governos federal e estadual. O prêmio de seguro é arcado, principalmente, pelo governo federal. O percentual coberto pelo governo estadual depende do nível de marginalização de sua população segurada. Para municípios com alto nível de marginalização, o governo federal cobre 90 por cento do prêmio, enquanto os 10 por cento restantes são cobertos pelo governo do estado correspondente. Se o pagamento é acionado, os recursos são distribuídos aos agricultores pelos respectivos governos.

Desafios

Viabilidade financeira: Totalmente subsidiado, programa estatal. De acordo com o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA) (Hazell et al., 2010), tem sido mais barato para os governos comprar e operar seguro baseado em indicadores do que pagar fundos de assistência de catástrofe diretamente aos agricultores.
Sensibilização do cliente: Muito baixa, considerando que os agricultores não participam da decisão de comprar seguro. Do ponto de vista de um agricultor, este programa é visto como um auxílio à catástrofe, e não como seguro.
Disponibilidade de dados: A falta de dados históricos, o número limitado de estações meteorológicas e a capacidade técnica limitada restringem ainda mais o aumento de escala.
Risco de base: De acordo com o estudo do FIDA, houve dois casos de risco de base até agora: um em que o pagamento foi efetuado sem que os sinistros tivessem incorrido e outro em que os sinistros foram incorridos e nenhum pagamento foi efetuado. Após o último evento, o estado envolvido, Michoacán, perdeu a confiança no programa e se retirou. Para diminuir o risco de base, a distância entre as estações meteorológicas precisaria ser reduzida para 10 a 20 quilômetros, porém os recursos são insuficientes para tal.

Lições preliminares aprendidas

1. Os governos podem enfrentar os efeitos da mudança climática usando o seguro baseado em indicadores, o qual pode funcionar como uma ferramenta eficiente de gerenciamento de risco e transferência de risco usando recursos federais de auxílio.

2. O escopo do seguro baseado em indicadores depende, em grande parte, da disponibilidade de dados confiáveis.
3. O agrupamento de clientes e a pulverização geográfica do risco oferecem incentivos para o mercado de resseguros internacional participar nos produtos de seguro.

Fontes: Hellmuth et al., 2009; Levin e Reinhard, 2007; Hazell et al., 2010; AGROASEMEX, 2011.

4.3.1 Dados meteorológicos

Os dados são fundamentais para o desenvolvimento de produtos de seguros. Na economia informal, dados sobre clientes – sem falar em séries de dados – são quase inexistentes. Com dados relativos a risco, especialmente dados meteorológicos, a situação, muitas vezes, não é melhor.

Os dados escassos disponíveis nos países em desenvolvimento tornam essa situação particularmente difícil para microsseguradoras. Para desenvolver indicadores para o seguro do tempo, dados meteorológicos devem abranger um período de 30 anos. É praticamente impossível desenvolver produtos e gatilhos importantes usando séries temporais de 10 anos ou menos. A falta de dados pode ser extrapolada utilizando processos de computação que criam aproximações realistas até condições reais (Corbett, 2006), embora o uso de dados calculados seja difícil, em particular no microsseguro.

Em um mundo no qual uma conscientização da importância do seguro deve primeiro ser criada, figuras e fórmulas abstratas podem contribuir para a incerteza. Por exemplo, a cobertura de seca na Etiópia *(ver Caixa de Texto 4.3)* usou dados de apenas 26 estações meteorológicas. Não é fácil de transmitir a um agricultor que o valor ao qual a cobertura agrícola se refere foi medido um pouco fora daquilo que ele havia planejado. Uma solução é aumentar o número de estações meteorológicas de modo que elas estejam mais próximas de um número maior de agricultores, porém, certamente, isso envolve um custo, e não há um consenso em relação a quão perto uma estação deve estar da outra.

Métodos de avaliação remota podem ser uma outra solução que, estima-se, facilitem a concepção dos respectivos indicadores no futuro. Evoluções, como, por exemplo, imagens de satélites de uma área ampla e fotografias aéreas de uma região devem melhorar o rendimento das culturas e as estimativas de sinistros, dando um impulso no microsseguro agrícola. Resta saber se será mais fácil ou mais difícil explicar tal abordagem para os agricultores.

4.3.2 Soluções baseadas em indicadores

Para gerenciar grandes volumes de sinistros pequenos, as coberturas baseadas em indicadores são, em geral, mais fáceis de administrar do que aquelas baseadas em indenização. As últimas são demoradas e caras, uma vez que os sinistros têm de ser calculados e pagos individualmente. Com coberturas baseadas em indicadores, um gatilho específico (por exemplo, temperatura, chuva e velocidade do vento) é acordado. Se este limite for atingido, um pagamento é efetuado, o que agiliza o processo de liquidação de sinistros. Os pagamentos são efetuados independentemente de quão grande seja a perda real do segurado.

No entanto, também pode haver efeitos negativos. Considerando que o sinistro pode não estar coberto integralmente, enquanto com uma cobertura de indenização ele estaria, isso dá origem a um risco de base para o segurado e um risco reputacional para a seguradora. Por exemplo, em uma cobertura agrícola baseada em indicadores, o risco de base pode ocorrer de duas formas:

- **O indicador é acionado, mas não ocorrem sinistros:** um pequeno proprietário tem alguns prejuízos na safra em uma época de colheita, porém recebe um pagamento, porque um valor do indicador acordado (ponto de disparo) foi alcançado. Para sua felicidade, o agricultor recebe um pagamento. Para clientes inexperientes e inseguros, contudo, isso pode ser contraproducente quando a aceitação de um novo produto de seguro está em questão.
- **O indicador não é acionado, mas ocorrem sinistros:** É difícil conseguir que os segurados entendam que eles não receberão um pagamento apesar de incorrerem em sinistros reais. O sistema de seguro pode ser desacreditado por anos, particularmente, se um grande número de pessoas for afetado.

Durante a primeira década do século XXI, houve dezenas de testes pilotos em seguros baseados em indicadores, a maioria deles altamente subsidiada por dinheiro de doadores, mas poucos sobreviveram mais de dois anos. Risco de base não é claramente o único problema. Conforme discutido anteriormente, a acessibilidade e a aceitação são os principais desafios, e, caso os programas não atinjam escala, eles não serão viáveis. A mudança de níveis de micro para meso e macro nas coberturas contra fenômenos meteorológicos e catástrofes é, em parte, um reflexo desta experiência.

O desenho do produto é outro desafio. Em geral, é aconselhável definir um valor simples para disparar o gatilho que seja bem aceito. Mesmo em tempos remotos, o Egito associava os tributos agrícolas ao nível do rio na Ilha Elefantina: quanto mais alto o nível da água, melhores eram os rendimentos e maiores os tributos. Um "mecanismo de gatilho" similar facilmente compreensível em uma medição de limite amplamente conhecida deve ajudar a aumentar a aceitação da cobertura. No entanto, embora gatilhos simples sejam mais facilmente compreendidos, eles podem aumentar o risco de base, apesar de não cobrirem os riscos reais enfrentados pelos agricultores. Fórmulas complexas de gatilhos são talvez mais precisas; todavia, se apenas especialistas puderem entendê-las, elas podem ser contraproducentes. A Caixa de Texto 20.2

propõe uma abordagem alternativa que, provavelmente, seja fácil para os agricultores entenderem e que mais atenda às necessidades deles.

No entanto, a correlação entre as variáveis meteorológicas nos gatilhos e o dano real pode ser pequena, mesmo com desenhos de produto sofisticados. De acordo com os especialistas da Munich Re, estima-se que a correlação seja no máximo de 60 por cento. Por conseguinte, uma abordagem híbrida, como a que está sendo utilizada pela MiCRO no Haiti, que combina métodos paramétricos e baseados em indenização, representa uma alternativa interessante. Da mesma forma, o governo indiano está testando um Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS), que combina indicadores meteorológicos e de rendimento de área *(ver Caixa de Texto 20.4)*.

Por causa da mudança climática, é importante reconhecer que o modelo de dados tem propensão de mudar ao longo do tempo. Consequentemente, será necessário reavaliar o desenho do produto periodicamente, incluindo os riscos cobertos, os prazos e os gatilhos para que a cobertura continue sendo relevante.

4.3.3 Gestão de sinistros

É praticamente impossível transmitir o princípio do seguro se não ocorrem sinistros por anos a fio. Por isso, faz sentido desenvolver o produto de modo que os sinistros sejam liquidados de tempos em tempos. Levar em consideração uma maior frequência de sinistros tem um impacto imediato sobre os preços, porém é importante para a aceitação do conceito do seguro, em particular, durante a fase de lançamento. Por conseguinte, vale a pena considerar diferentes conjuntos de gatilhos e pagamentos definidos para grandes catástrofes, assim como pagamentos menores para uma quantidade maior de eventos ocasionais. Se isso pode ser gerido de forma rentável, pequenos pagamentos frequentes construírão confiança no sistema de seguro e aumentarão a demanda por cobertura para eventos extremos.

No caso de desastres naturais, a liquidação de sinistros é, em especial, complexa. Por um lado, vários sinistros têm de ser processados e liquidados, enquanto, por outro, aqueles que são afetados, muitas vezes, estão em choque, considerando que, além dos bens materiais, objetos de valor sentimental podem ser perdidos ou danificados. No caso de lesão corporal, a tensão emocional é particularmente grande. A falta de entendimento e uma abordagem inábil podem, facilmente, levar à frustração em ambos os lados. No entanto, produtos baseados em indicadores que não necessitam de regulação de sinistro demorada podem ser uma solução eficaz em termos de custo para acelerar o processo de liquidação de sinistros. O processamento de sinistros pode ser ainda mais acelerado caso o sistema utilize estações meteorológicas automáticas que transmitam, com regularidade, índice pluviométrico e outros dados meteorológicos diretamente para a seguradora *(ver seção 24.4)*.

A gestão de sinistros eficaz requer uma preparação muito grande antes de o evento segurado ocorrer. Por meio de planificação por cenário, deve ser dada atenção à perda

potencial – o valor provável do sinistro e o número possível de segurados afetados – e sistemas operacionais precisam ser criados para responder. Os recursos para uma liquidação rápida devem ser mantidos em reserva ou facilmente acessíveis. A chave para o sucesso futuro de uma cobertura reside em exigências simples no que diz respeito a documentação de sinistros, processamento administrativo fácil, canais de decisão claros e prazo. Uma administração de sinistros ruim desacreditará o microsseguro por anos e minará a credibilidade das seguradoras.

4.3.4 Educação e capacitação

A educação e um conhecimento dos mecanismos baseados em seguros requerem especial atenção no trato com o mercado de baixa renda. Muitas publicações lidam com o tão falado problema da ignorância em seguros *(ver Capítulo 14)*, com soluções que surgem em diferentes níveis:

- **Clientes:** oferecer educação efetiva ao cliente, cultivando uma cultura de seguro no mercado de baixa renda, satisfazendo uma demanda não atendida por novos produtos
- **Provedores:** capacitar pessoal, encontrando os modelos de negócios e canais de entrega certos
- **Reguladores:** remover barreiras regulatórias, desenvolvendo abordagens sistemáticas e abrangentes *(ver Capítulo 25)*.

No contexto de mudança climática, a questão é um pouco diferente. Quem precisa conhecer o assunto e como? Como a mudança climática deve ser levada em consideração e informada? As mudanças climáticas ocorrem ao longo de anos e décadas. Como resultado, o fenômeno é abstrato, mesmo embora seja cada vez melhor compreendido (Edenhofer et al., 2010). É possível supor que enquanto as pessoas em regiões afetadas percebem, de fato, as mudanças no clima muitas vezes não há associação com o fenômeno complexo do clima.

A este respeito, a mudança climática deve ser informada de diferentes formas em diferentes níveis, sensibilizando sobre as estratégias de adaptação às novas condições e gerenciar eficazmente riscos adicionais. Por exemplo, dentro de uma companhia de seguros, os funcionários podem ser treinados e estarem mais sensibilizados. É também essencial publicar histórias de sucesso e de obstáculos. Se ideias valiosas não são aproveitadas, a roda terá de ser reinventada constantemente. Para intermediários, agregadores e clientes, as informações devem ser adaptadas para produzir um entendimento dos conceitos relacionados aos fenômenos meteorológicos por fazerem referência às condições do tempo que foram vivenciadas e às medidas de atenuação de risco que eles podem tomar. Reagir às especificidades locais e tratar da situação individual do grupo alvo facilita a introdução dos conceitos de cobertura.

4.3.5 Sustentabilidade

Soluções sustentáveis são boas soluções. São economicamente estáveis e melhoram as condições de vida das pessoas seguradas por anos. Considerando que o setor de microsseguro é jovem, é difícil alcançar um equilíbrio entre anos com poucos sinistros e anos com muitos. As diretrizes a seguir devem ser consideradas caso o microsseguro venha a ser negociado de forma sustentável em um ambiente de mudança climática:

- **Condições plurianuais:** Parcerias de risco fundamentadas no desenvolvimento de confiança durante um longo tempo são uma das bases do compartilhamento de risco bem-sucedido. Programas de seguro que são voltados apenas para lucros de curto prazo não funcionam. Parcerias estáveis têm, portanto, clara preferência sobre a competição por prêmios favoráveis.
- **Distribuição geográfica:** Quanto mais os produtos de seguros são geograficamente distribuídos além das fronteiras, mais fácil será arcar com o ônus de riscos relacionados ao clima. O sistema de seguro baseado em solidariedade funciona melhor quando distribuído em uma área grande, e, por conseguinte, o papel importante do resseguro.
- **Operações eficientes:** No seguro agrícola, uma ligação entre empréstimos e seguro de culturas é indispensável para aumentar escala e manter custos de operação dentro de limites razoáveis. Outras possibilidades de combinação podem ser encontradas na cadeia de fornecimento agrícola, como, por exemplo, associar cobertura para sementes e fertilizantes. Na cobertura não agrícola, associações a empréstimo também podem ser um ponto de partida proveitoso, como nos exemplos da CLIMBS e da MiCRO, mas é importante explorar outros meios de agregar riscos para intervenções nível meso.
- **Diálogo e entendimento:** Os públicos-alvo – políticos, cientistas, representantes comerciais, pessoas seguradas – geralmente têm um entendimento diferente da linguagem utilizada. Para reduzir mal-entendidos, um acordo claro sobre os objetivos e prazos e um fluxo de diálogo livre são necessários. Somente quando todos os envolvidos estão cientes dos benefícios da cooperação, é possível esperar um forte comprometimento.

4.4 Papel dos principais públicos-alvo

Para que o seguro desempenhe um papel na ajuda às famílias de baixa renda ao lidarem com o impacto da mudança climática, um esforço conjunto e coordenado de vários públicos-alvo será necessário. Esta seção descreve brevemente os papéis importantes desempenhados por governos e doadores, seguradoras e desenvolvedores de produtos, resseguradoras e parcerias público-privadas.

4.4.1 Governos e doadores

Conforme discutido no Capítulo 25, a transformação de sistemas não regulamentados em seguradoras regulamentadas é crucial no microsseguro de catástrofe, porque permite seu acesso ao resseguro. No entanto, os governos desempenham um papel ainda mais importante: lidar com a mudança climática e seu impacto. Neste contexto, o microsseguro é apenas uma peça de um enorme quebra-cabeça.

Coberturas de catástrofes relacionadas a fenômenos meteorológicos devem ser consideradas quando do projeto de regulamentação do microsseguro e estratégias nacionais. Ao fazê-lo, é importante lembrar que as companhias de seguros somente pagam sinistros em bases *ex-post* depois de um evento ocorrer. No entanto, medidas preventivas são um componente importante de gerenciamento de risco e, portanto, os governos também devem conceber e implementar estratégias nacionais de redução de catástrofes.

Como tal, as demandas relevantes nos governos não são diferentes daquelas na indústria de seguros convencional (Mills, 2008):

- Assumir a liderança em um esforço nacional coordenado para melhorar a resistência à catástrofe por meio de adoção, aplicação e implementação de códigos de construção aprimorados.
- Exigir que as seguradoras coletem e analisem dados mais abrangentes sobre sinistros relacionados a fenômenos meteorológicos e suas implicações nos seguros.
- Elevar os padrões de prática de modelagem de catástrofe e criar uma modelagem não patenteada e uma entidade de coleta de dados.
- Apoiar a precificação baseada no risco com base em melhor entendimento dos riscos relacionados ao clima, em combinação com a responsabilidade da seguradora por acesso e questões de viabilidade.
- Promover o desenvolvimento de produtos de seguro que respeitam o clima e incentivos de prêmio por meio de leis e/ou regulamentos modelos.
- Promover parcerias com os segurados para atenuação de sinistro.
- Proteger reservas e excedentes com base em um entendimento da mudança climática, e incentivar investimentos prudentes em tecnologias e indústrias que serão parte da solução.

Um dos principais obstáculos para a disponibilidade de produtos de microsseguro cobrindo riscos relacionados a fenômenos meteorológicos reside nos altos custos de arranque. Ao longo de um período de tempo em que não é gerado prêmio ou são gerados prêmios baixos, é necessário que haja recursos para financiar um conjunto de tarefas, incluindo pesquisa de demanda e risco, identificação e seleção de parceiros que tenham credibilidade para entrar no mercado de baixa renda, coleta de dados e monitoramento de gestão. Apoio financeiro ou subsídios aumentarão a acessibilidade, o alcance e a sustentabilidade dos programas de microsseguro.

O seguro competitivo pode ser um ônus muito pesado para aqueles que vivem e trabalham em uma situação vulnerável, sem possibilidade de reduzir sua exposição ao risco a um custo razoável. Subsidiar prêmios diretamente, no entanto, reduz o incentivo para que aqueles segurados tomem medidas adequadas de redução de risco. Incentivos para reduzir o risco podem, dessa forma, entrar em conflito com a equidade e a acessibilidade (Picard, 2008). Embora alguns possam instintivamente recorrer a doadores para tais subsídios, as experiências na Índia *(Capítulo 20)* revelam como os governos podem usar tais intervenções para estimular o desenvolvimento do mercado.

Sempre que necessário, os governos devem também estimular a criação de associações de microsseguro ou apoiar as existentes. Financiar tais estruturas de apoio impõe um desafio, já que muitas delas não recolhem o suficiente de seus associados para cobrir seus custos. Esta pode ser uma área em que os subsídios poderiam também ser eficazes. Da mesma forma, subsídios podem ser necessários para pesquisa e desenvolvimento, como, por exemplo, a criação de novos produtos, a ampliação de benefícios ou a experimentação de tecnologia.

Considerando o papel de governos e doadores de uma perspectiva mais ampla, eles têm um papel a desempenhar em formulação de políticas, participação e formação de consenso para criar um ambiente propício e fortalecer as instituições (Trommershäuser et al., 2006). No entanto, desenvolvimento de produto e precificação, vendas, administração e gestão de sinistros continuam sendo os pontos fortes da indústria de seguros. Todas as outras tarefas podem ser financiadas ou mesmo geridas por governos e doadores. Ao fazê-lo, eles subsidiam indiretamente um programa de seguro sem afetar a precificação baseada no risco, o que pode ser considerado "subsídios inteligentes".

Subsídios inteligentes reduzem os custos para o provedor de seguros, bem como o tempo para equilibrar as finanças. Outro apoio financeiro visado, como doações condicionadas para agregadores (ex.: comunidades, IMFs ou cooperativas) que participam dos programas de atenuação de risco, pode complementar a participação de governo e doadores (Associação de Genebra, 2009).[4] É provável que a combinação desses esforços aumente o alcance e assegure um alto grau de participação, melhorando a viabilidade e o impacto dos programas de microsseguro.

4.4.2 Seguradoras e desenvolvedores de produto

O impacto regional do aquecimento global varia consideravelmente. Em alguns lugares, chuva torrencial e inundações estão ocorrendo com mais frequência. Em outros, ondas de calor ou secas estão se tornando mais intensas e perdurando por mais tempo. Serviços nacionais de meteorologia e agências internacionais, como a

[4] Além de fornecer seguro, as seguradoras podem oferecer outros serviços afins. Por exemplo, especialistas em agricultura que trabalham em companhias de seguros e de resseguros podem ter um melhor conhecimento em termos macro do que um agricultor e podem sugerir uma mudança de culturas a fim de reduzir o risco e tornar o seguro mais acessível.

World Meteorological Organization (WMO), podem normalmente fornecer informações sobre mudanças climáticas em regiões específicas do mundo. Desenvolvedores de produto e seguradoras devem obter um retrato exato de como as mudanças podem afetar eventos meteorológicos e condições atmosféricas.

A este respeito, um número maior possível de eventos históricos deve ser compilado e analisado, em colaboração com especialistas em tempo ou clima, para avaliar o risco. Na esteira do aquecimento global, estima-se que haja uma sobretaxa nos riscos. Assim como os dados climáticos, os períodos analisados nunca devem ser inferiores a 10 anos, com uma análise de 30 anos sendo considerada como cientificamente segura. Efeitos positivos, tais como a probabilidade de menos geada, também devem ser levados em consideração no planejamento, embora no desenvolvimento de produto sejam os efeitos negativos que costumam predominar.

4.4.3 Resseguradoras

O papel do resseguro no microsseguro cobrindo riscos catastróficos não é muito diferente do mercado de seguros regular. É prudente para as microsseguradoras assumirem resseguro catástrofe caso este seja acessível e esteja disponível. O resseguro reduz volatilidade e pode ser um pré-requisito para rentabilidade, particularmente no contexto de mudança climática (Munich Re Foundation, 2011). Por exemplo:

- O resseguro estabiliza as condições financeiras da seguradora, especialmente quando eventos raros, tais como catástrofes naturais, ocorrem.
- O resseguro atende exigências regulatórias de capital ou até mesmo desempenha um papel como fonte de capital para companhias com recursos limitados.
- O resseguro oferece serviços profissionais adicionais para as seguradoras, como, por exemplo, assistência técnica, treinamento ou apoio na fase de desenvolvimento do produto.

Quando se trata de microsseguro e desastres naturais, o último destes três pontos passa a ser cada vez mais importante, já que as resseguradoras dispõem de bom acesso a dados e conhecimentos, o que é importante para uma avaliação de risco e precificação adequadas.

As resseguradoras têm se mostrado relutantes em oferecer resseguro para programas de microsseguro, mas isso está mudando, conforme comprovado por produtos recentes da Swiss Re, por exemplo. As resseguradoras estão restritas a negociar apenas com seguradoras licenciadas, portanto seu envolvimento pode ser melhorado pela regulamentação que formaliza programas informais, como nas Filipinas *(ver Caixa de Texto 25.5)*. No entanto, o porte pequeno de muitos programas torna o resseguro relativamente caro. Redes ou outros agregadores, como a International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF), no caso de mútuas, ou a CLIMBS, para cooperativas filipinas *(ver Caixa de Texto 4.4)*, podem facilitar um acesso maior ao resseguro.

4.4.4 Parcerias público-privadas (PPP)

Não obstante os diferentes papéis desempenhados pelas partes interessadas, é fundamental considerar também como elas podem trabalhar juntas. Por exemplo, um sistema de seguro de culturas pode ser uma oportunidade única para reunir forças e talentos de várias partes interessadas, incluindo governo e organizações internacionais, agricultores e organizações de agricultores, o mercado de (res)seguros e o setor bancário, incluindo instituições de microfinanças e fornecedores de insumos agrícolas. A ação coordenada é um pré-requisito para aumentar a penetração de mercado e fornecer soluções em seguros para pequenos agricultores. Os crescentes desafios na agricultura podem ser enfrentados com a ajuda das PPPs *(ver Caixa de Texto 4.8)*. É vital que os papéis dos grupos participantes – o Estado, o setor agrícola e o mercado de seguros – estejam claramente definidos, por exemplo:

- **Estado:** Determinar uma estrutura jurídica, definir seguro agrícola como parte de política nacional agrícola e, possivelmente, cofinanciar prêmios. Nos países em desenvolvimento, onde as instituições estatais às vezes não dispõem de recursos suficientes, algumas tarefas poderiam ser assumidas por organizações internacionais.
- **Agricultores:** Financiar parte da transferência de risco via prêmios de seguros, reter parte do risco na forma de uma franquia dedutível ou com produtos baseados em indicadores como risco de base e aplicar métodos de produção para locais específicos e sustentáveis a fim de minimizar riscos de produção.
- **Seguro/resseguro:** Assumir o papel de tomador de risco, mercado e gerir as apólices de seguro, desenvolver carteiras e produtos, e regular sinistros. A melhor prática é que as companhias de seguros trabalhem juntas em consórcios de seguros, combinando e desenvolvendo experiência no seguro agrícola em uma companhia de gestão.

Embora o seguro agrícola exista em mais de 100 países, ele ainda é limitado na maioria das economias em desenvolvimento, e a maioria dos pequenos agricultores têm, atualmente, de arcar eles próprios com os riscos climáticos. Por meio de parcerias público-privadas, é possível explorar os pontos fortes das várias partes interessadas a fim de melhorar o acesso (ver Herbold, 2010 e 2011).

Caixa de Texto 4.8

SystemAgro, abordagem PPP na Turquia

Fatos concretos 2009

Importância segurada: €1.416.500.000 (US$2.098.360.000)
Volume do prêmio: €58.773.000 (US$85.251.000)
Número de apólices: total 306.770; seguro de culturas 285.243
Área segurada: total 559.509 hectares, média de dois hectares/apólice
Animais segurados: 112.202 cabeças

Contexto

O SystemAgro, desenvolvido pela Munich Re, é uma parceria público-privada (PPP) entre Estado, agricultores e mercado de seguros.

Organização

- O governo fornece um subsídio no prêmio de 50 por cento e cofinanciamento dos sinistros de catástrofe.
- Consórcio de Seguro: formado por 22 companhias de seguros.
- Diretoria do Consórcio: atua como um comitê de direção composto de sete membros (Ministério da Agricultura, Fazenda, Associação de Seguros, Sindicato de Agricultores).
- Empresa gestora Tarsim: responsável pelas operações de seguro.
- Sistema operando desde 2006.

Desafios

Aumentar penetração do mercado
Desenvolvimento de produto:
- Culturas – complementar perda direta de produtos de seguro (riscos segurados: granizo, geada, tempestade, inundação) com produtos de garantia de rendimento (riscos segurados: todos os riscos climáticos) para culturas em terras aráveis.
- Pecuária – tornar os produtos de seguro de rebanho mais atraentes em comparação às apólices únicas de animais.

Reduzir custos de operação

Lições preliminares aprendidas

1. A ação combinada deste tipo é um pré-requisito para o fornecimento de soluções em seguros para setores não atendidos.
2. Criar uma ligação entre créditos de produção e seguro de culturas é essencial para aumentar escala e manter os custos de operação dentro de limites razoáveis.

Fonte: Herbold, 2010 e 2011; www.munichre.com/systemagro.

4.5 Conclusão

Para se adaptar às condições do clima em mudança e lidar com as catástrofes resultantes, a comunidade internacional prometeu recursos substanciais para financiar medidas de adaptação. O dinheiro de "tramitação rápida", equivalente a US$10 bilhões por ano, aprovados em 2009, será aumentado para US$100 bilhões por ano, até 2020. Os primeiros recursos deste fundo foram alocados pelos respectivos ministérios em 2010 (Wiedmaier-Pfister et al., 2009). Este capítulo identificou uma série de áreas onde tais recursos poderiam ser usados ou aplicados para aumentar a eficácia do microsseguro no contexto da mudança climática, incluindo a melhoria da infraestrutura meteorológica, assistência técnica para melhorar o desenho do produto, conscientização sobre o papel do seguro no gerenciamento de riscos de mudança climática e subsídios para possibilitar que os sistemas comecem e melhorem rapidamente.

Todos os programas de microsseguro, independentemente dos riscos que eles cobrem, precisam avaliar como sua experiência de sinistros pode mudar no futuro devido ao impacto da mudança climática. A assistência técnica de especialistas em mudança climática pode possibilitar que programas de seguro vida, agrícola ou saúde entendam como seus perfis de risco podem evoluir ao longo do tempo e que medidas podem ser tomadas para gerenciar tais riscos, incluindo o acesso a resseguro.

Programas de seguro que tentaram lidar com riscos climáticos e de catástrofe em termos micro não conseguiram alcançar escala sem subsídios governamentais. Com certeza, subsídios para prêmio e subsídios inteligentes para pesquisas, desenvolvimento de produto e educação do consumidor seriam um uso bem-vindo desses recursos para melhorar a eficácia do seguro contra fenômenos meteorológicos com base em indicadores. Investimentos adicionais podem apoiar os esforços inovadores para superar desafios importantes, como sensoriamento remoto e experimentação com abordagens híbridas para reduzir risco de base, e desenvolver gatilhos eficazes, mas compreensíveis.

Da mesma forma, experimentação maior com intervenções de nível meso e macro é garantida para explorar abordagens alternativas para a redução da vulnerabilidade do pobre aos riscos associados à mudança climática. Embora não seja especificamente microsseguro, intervenções de nível meso ou macro podem ser um meio mais eficaz de proteger o pobre de desastres naturais. Recursos devem também ser usados para aumentar a conscientização dos principais públicos-alvo quanto aos papéis que eles podem desempenhar para melhorar a eficácia do seguro como uma ferramenta de adaptação à mudança climática, incluindo a criação de parcerias público-privadas.

Em termos operacionais, o seguro contra fenômenos meteorológicos é uma questão difícil, porém importante para as microsseguradoras combaterem. A assistência técnica pode ajudar essas organizações a superarem os desafios e implementarem as orientações descritas neste capítulo.

II Seguro Saúde

5 Inovações e barreiras no microsseguro saúde

Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen e Jeanna Holtz

Este capítulo é uma adaptação do Microsseguro Paper nº 6, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT (2010). Os autores gostariam de expressar agradecimento especial a Tilman Ehrbeck, que, como parceiro da McKinsey and Company, realizou previamente o trabalho de revisão sobre microsseguro saúde para a Facility e cuja visão ajudou a dar forma ao conteúdo deste capítulo. Os autores se beneficiaram das contribuições de mais de 30 especialistas em entrevistas e reuniões, e são gratos pelos comentários úteis tecidos por Margaret Cornelius (Gates Foundation), Denis Garand (DGA), Ajay Mahal (Harvard), John Pott (ex-AKAM) e Evelyn Stark (Gates Foundation), que analisaram uma versão preliminar deste capítulo. Por fim, os autores agradecem a David Ernsthausen por sua ajuda na identificação dos manuscritos para revisão, e reconhecem o apoio à pesquisa fornecido pela Kenan-Flagler Business School e Gillings School of Global Public Health na Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill.

O microsseguro saúde (HMI, na sigla em inglês) oferece uma maneira promissora de atenuar os riscos de doença e males da saúde a que estão predestinados, de forma desproporcional, os cidadãos mais pobres do mundo. Nos países em desenvolvimento, a doença é mencionada com mais frequência do que a perda de emprego, como a principal causa da pobreza (Dodd et al., 2002; Asfaw, 2003), e muitos indivíduos de baixa renda não podem pagar por tratamento médico. Riscos saúde são ameaças perigosas para a vida e subsistência do pobre, e a segurança da saúde continua sendo essencial para cumprir muitos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Pouco se sabe sobre o impacto do HMI em resultados de saúde e bem-estar da família, apesar de alguns indicadores positivos do valor do HMI que surgiram recentemente. A pesquisa analisada neste capítulo revela que o acesso ao HMI reduz as pequenas despesas com saúde, especialmente eventos de saúde catastróficos, e melhora o acesso à assistência médica de qualidade para aqueles que estão segurados.

O HMI é uma das muitas opções possíveis de financiamento da saúde para o pobre. Outras opções variam entre despesas pagas com recursos próprios ou crédito patrocinado pelo governo para acesso parcial ou total aos serviços de saúde. A pesquisa indica que 26 por cento das famílias em países de baixa e média renda recorrem à venda de bens e contraem empréstimos para cobrir as despesas de saúde (Kruk et al., 2009), indicando que há uma imensa lacuna no financiamento da saúde. Embora a assistência médica seja cada vez mais percebida como um direito humano e um bem público, na realidade as restrições em recursos retardam a implantação e o aumento da escala do financiamento da saúde nacional. Nestes casos, o HMI pode ser uma alternativa possível; estratégias híbridas, que combinam HMI liderado pelo setor privado com os pontos fortes do setor público, também prometem vencer a barreira no financiamento da saúde para o pobre.

Programas de HMI do setor privado visam preencher essa lacuna; porém, desenvolver produtos de saúde valiosos, sustentáveis, é intrinsecamente mais complexo do

que em outros tipos de microsseguro. A maioria dos produtos de saúde cobre riscos catastróficos, que ocorrem com baixa frequência, são muitas vezes imprevisíveis e resultam em uma necessidade de serviços de alto custo. Esses eventos catastróficos são mais facilmente segurados do que as necessidades de saúde de rotina, de modo que as seguradoras têm se concentrado nesses riscos, desenvolvendo, muitas vezes, cobertura apenas de internação. No entanto, os programas de HMI lutam para alcançar adesão sustentável para essas apólices de internação, em parte porque o pobre percebe mais valor na cobertura de alta frequência, de serviços previsíveis e, muitas vezes, de baixo custo.

Apesar dos indicadores positivos e potenciais de HMI, há muitos desafios que limitam o crescimento e o impacto do setor. Este capítulo, com base em um estudo temático mais aprofundado, o qual inclui uma análise da literatura de 68 documentos no período compreendido entre 1999 e 2010 e entrevistas com 31 especialistas representativos, discute tais desafios e sugere caminhos futuros. A próxima seção analisa a literatura sobre o impacto do HMI e é acompanhada de um resumo dos principais obstáculos em oferta e procura, e das inovações que podem contribuir para o progresso neste campo.

5.1 Evidências do impacto do microsseguro saúde

Há uma literatura abundante focada na avaliação do impacto e nas oportunidades geradas pelo HMI. Enquanto o Capítulo 3 oferece uma visão mais abrangente do impacto do microsseguro, esta seção resume a evidência específica do impacto do HMI. Esse impacto se divide em duas categorias principais: 1) finanças domésticas e 2) acesso à saúde e sua qualidade. Infelizmente, a literatura ainda carece de informações sobre os resultados na saúde de curto ou longo prazo, e esta seção encerra com uma discussão sobre o motivo que leva este problema a afetar o seguro e áreas afins.

5.1.1 Impacto na vulnerabilidade financeira da família

Em geral, um número significativo de evidências publicadas sugere que clientes de programas de HMI têm melhor proteção financeira contra choques na saúde do que aqueles que não são clientes. Embora a extensão dos efeitos possa variar, os programas ajudam a reduzir, de forma consistente, as despesas individuais e da família com saúde pagas com recursos próprios (Galarraga et al., 2008; King et al., 2009; Wagstaff, 2007). Em particular, os programas de HMI protegem o pobre dos eventos de saúde catastróficos (Asfaw e Jütting, 2007), embora isso não seja verdadeiro em todos os casos (Werner, 2009). Os resultados do Vietnã indicam que a participação nos programas de HMI reduz as despesas anuais com saúde pagas com recursos próprios e/ou melhora o acesso à assistência médica (Waddington, 2009). Resultados positivos do seguro foram replicados na Indonésia, no Nepal, Senegal, em Uganda, na

República Unida da Tanzânia, e em algumas partes da Índia (Asfaw e Jütting, 2007; Dror et al., 2009; Gertler et al., 2009; Msuya et al., 2004; Wagstaff e Pradhan, 2005).

5.1.2 Acesso e qualidade da saúde

Apesar deste impacto positivo geral sobre as finanças domésticas, há evidências mistas que demonstram que nem todos os segmentos da população estão se beneficiando do HMI. Uma preocupação importante é que o extremamente pobre (incluindo aquele que vive abaixo da linha da pobreza ou aquele que vive com menos de EU$2 por dia em termos de paridade de poder de compra) não esteja sendo alcançado. Basicamente, os mais pobres não podem pagar os prêmios, mesmo em locais onde algum nível de subsídio estava supostamente disponível (Asfaw e Jütting, 2007; Derriennic et al., 2005; Msuya et al., 2004; Saliente, 2004; Wagstaffe Pradhan, 2005). Estas conclusões foram coerentes em programas e países, incluindo programas na Índia, no Senegal, em Uganda, na República Unida da Tanzânia e no Vietnã.

Em uma observação mais positiva, embora os mais pobres não acessem os serviços de saúde por meio de programas de HMI, a pesquisa indica que o pobre (exceto de modo relativo o menos pobre) tem maior acesso à saúde. Em particular, vários estudos revelam que clientes de programas de HMI são mais propensos a usar serviços hospitalares do que aqueles que não são clientes. Um estudo em áreas rurais da República Unida da Tanzânia revelou que indivíduos doentes com HMI eram 15 por cento mais propensos a receber tratamento do que indivíduos de famílias não membros (Msuya et al., 2004).

Outras conclusões positivas foram que era mais provável pessoas com HMI procurarem tratamento para malária no início do ciclo da doença, assim que percebessem estar doentes, do que as pessoas não seguradas (Blanchard-Horan, 2007). O resultado da malária era coerente com o comportamento de buscar assistência médica para outras condições de saúde mais comuns. Por exemplo, grupos de discussão e entrevistas com gestores de programa em Uganda revelaram que os membros já não protelam a assistência médica até que estejam gravemente doentes, como faziam antes de entrar para o programa (Derriennic et al., 2005).

Em geral, indivíduos com HMI são menos propensos a autodiagnóstico e a autoadministrar a doença. Por exemplo, a adesão aos programas no Vietnã aumentou o uso de medicamentos prescritos por um profissional de saúde, ao passo que anteriormente as pessoas faziam uso de remédios sem prescrição médica e/ou dependiam de farmacêuticos para aconselhamento no diagnóstico (Wagstaff e Pradhan, 2005). O autotratamento pode causar complicações médicas, tais como progressão de uma doença não tratada ou diagnosticada de forma errada, complicações provenientes da autoprescrição de remédios ou problemas de saúde pública no caso de doenças infecciosas (Derriennic et al., 2005). Obviamente, a demora na assistência média pode levar a um aumento de morbidade e mortalidade em muitos casos (Derriennic et al., 2005; Msuya et al., 2004).

Observe, entretanto, que muitas doenças são curadas sem intervenção, de modo que a obtenção de medicamento mais cedo nem sempre produz o resultado de custo mais baixo. Além disso, embora o aumento do acesso à saúde seja um indicador normalmente positivo, o propósito benéfico de um programa HMI também pode influenciar o uso de serviços de saúde por motivos não relacionados à necessidade médica. Por exemplo, quando um programa de HMI cobre apenas internação, há um incentivo para clientes buscarem benefícios e provedores de saúde buscarem receita, optando por uma hospitalização cara para assistência médica que poderia ser adequadamente prestada em uma unidade ambulatorial. Da mesma forma, programas nos quais os pacientes incorrem em custos reduzidos ou não incorrem em custos com recursos próprios no tratamento podem incentivar provedores de saúde inescrupulosos a prescrever medicamentos desnecessários ou até mesmo a realizar cirurgias sem necessidade.

Uma questão que não tem recebido a devida atenção é se a adesão a programas de HMI leva a um aumento do comportamento em assistência preventiva, seja porque o seguro promove ou cobre tal conduta, ou porque os membros exigem tais mudanças entre si e seus programas. A questão é mais ampla do que examinar o impacto da atividade em certos tratamentos preventivos, como, por exemplo, imunizações, e inclui outras intervenções em áreas, tais como água e saneamento, higiene, educação e estilo de vida.

5.1.3 Saúde e bem-estar

Os resultados em saúde continuam a ser uma meta elusiva quando são feitas tentativas para medir o impacto de um sistema de saúde e o valor do HMI. Há uma série de fatores que reduzem a capacidade de medir os resultados em saúde. A coleta de dados de resultados válidos ainda é considerada embrionária até mesmo nos sistemas de saúde desenvolvidos em países ricos. Com certeza, isto quase não existe em ambientes com baixos recursos. Ademais, medir o impacto do HMI exige um elevado grau de medição de aspectos específicos, uma vez que os resultados de saúde estão altamente correlacionados ao desenho dos benefícios e da qualidade do serviço entregue (Dercon et al., 2008). Por exemplo, um programa pode ter um efeito limitado sobre a saúde porque o produto de HMI não apresenta boa compatibilidade com as necessidades locais ou porque a qualidade do tratamento no hospital ou na clínica é abaixo da média.

Embora a pesquisa seja bastante limitada sobre este assunto, a capacidade de definir e medir resultados em saúde deve se tornar uma competência operacional de rotina por uma série de razões: para ajudar a determinar onde o dinheiro deve ser gasto em serviços que fazem a diferença no bem-estar, apoiar as avaliações formativas de políticas e processos de HMI, permitir a identificação das melhores práticas para adoção mais ampla e promover a prestação de contas e a transparência na concepção e nas operações do programa.

5.1.4 Potencial do HMI

O surgimento de programas de HMI em todo o mundo oferece esperança de que o pobre terá um nível, no mínimo seguro e adequado, de acesso à saúde viável financeiramente. A pesquisa revela que o acesso ao HMI reduz as despesas com saúde pagas por recursos próprios, especialmente em eventos de saúde catastróficos, e melhora o acesso à saúde de qualidade para aqueles que estão segurados. Há também evidências de que o HMI estimula um importante comportamento na busca por saúde, tais como o uso de redes contra mosquitos e tratamento contra malária prescrito no início do ciclo da doença. No entanto, pouco se sabe sobre o impacto do HMI nos resultados em saúde e bem-estar da família, principalmente quando ele diz respeito aos indivíduos mais pobres, que tendem a ser excluídos dos programas de HMI e que, em geral, recebem um tratamento de menor qualidade. Ainda há espaço para ampliar os benefícios para os membros de HMI. Isso pode aumentar a capacidade dos indivíduos de baixa renda ter acesso ao tratamento médico necessário no momento adequado, e, dessa forma, reduzindo a catástrofe financeira e promovendo produtividade econômica e uso eficiente de recursos.

5.2 Desafios da oferta e procura no microsseguro saúde

5.2.1 Complexidade do microsseguro saúde

A própria natureza do HMI o diferencia de outras formas de seguro. Microsseguro saúde trata-se de prestação de serviço e não de pagamento para compensar uma perda. Tal fato torna extremamente difícil controlar a demanda e garantir que os serviços entregues sejam adequados. A situação é complicada em razão dos serviços de saúde cobertos por seguro serem vendidos por um terceiro, o provedor de saúde, cuja motivação pode ser maximizar receita. Isso cria outra distorção, incentivando a fraude e o preço descabido.

O HMI é ainda mais complicado pela forte demanda por serviços que se imagina serem necessários para uma boa saúde. Padrões de atendimento evoluem continuamente e são influenciados por fatores, tais como tecnologia e infraestrutura, maior conscientização e parcerias melhores. Como resultado, a frequência e a quantidade de tipos de serviço estão aumentando (como, por exemplo, radiologia diagnóstica, desde que equipamentos e provedores sejam acessíveis). Ao mesmo tempo, o custo de serviço também está aumentando (por exemplo, tomografia computadorizada em substituição ao raio-x), combinando o desafio de entregar assistência médica adequada e viável financeiramente. Famílias de baixa renda sofrem de maneira desproporcional com doenças infecciosas e as consequências das más condições de vida, e também estão cada vez mais sujeitas a doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida, por exemplo,

diabetes e doença cardíaca, que são, por tradição, mais comuns em populações de renda mais alta.

Em meio a esses desafios, os programas de HMI diferem em muitos aspectos: eles diferem no desenvolvimento do programa, incluindo o grau de integração com os provedores de saúde, nas abordagens de distribuição e manutenção em relação à cobertura ou aos benefícios. Esta complexidade existe por uma razão; diferentes configurações do programa tratam de diferentes necessidades no ambiente operacional. Comunidades variam em termos de riqueza, saúde e exposição aos riscos saúde, assim como proximidade com os provedores de saúde, farmácias e laboratórios. Por exemplo, alguns programas tentam cobertura compreensiva (de internação e ambulatorial), enquanto alguns oferecem apenas cobertura catastrófica (hospitalização). Além disso, a variação diz respeito a se um produto cobre condições preexistentes, maternidade, tratamento preventivo ou crônico, assim como o valor máximo do benefício e a faixa a partir da qual os membros são obrigados a participar nos custos.

Outros diferenciais são os tipos de organizações que oferecem o seguro e os tipos de relacionamento que as organizações têm com os clientes. Instituições de microfinanças (IMFs) podem trabalhar com as seguradoras para oferecer HMI, o que deve ajudar a atrair e/ou manter clientes, e pode reduzir inadimplências em empréstimos. ONGs podem oferecer HMI para aumentar os serviços e a proteção para membros da comunidade. Seguradoras comerciais podem operar no mercado em baixa para atrair novos clientes. Governos administram programas de proteção social em termos estaduais ou nacionais, e há também modelos híbridos. A relação entre o programa e seus clientes tem implicações na escala potencial e na viabilidade do programa, além dos tipos de benefícios e opções de preço que recebem prioridade.

5.2.2 Desafios em termos de demanda

Pelo menos 93 por cento do ônus global de doença recaem sobre 84 por cento do pobre no mundo (Preker et al., 2002). Esta estatística sugere uma demanda potencialmente alta por assistência médica e meios viáveis para financiar serviços de saúde. O fato de que as opções de gerenciamento de riscos disponíveis para o pobre são normalmente muito caras e limitadas em sua eficácia, fortalece a noção de demanda contida por seguro. A maioria da população pobre entende de imediato como as necessidades de saúde se tornam catástrofes financeiras; as pessoas são frequentemente forçadas a gerenciar o custo da saúde, tanto a de rotina quanto a catastrófica, por meio de altas taxas de juros, esgotando poupança e/ou acarretando a venda não planejada de bens produtivos abaixo do preço. A pesquisa realizada pelo MicroInsurance Centre revela que os entrevistados na África, Ásia e América Latina alegam que HMI é o tipo de cobertura mais procurada (Roth et al., 2007; Dror, 2007). Apesar dessa demanda, alguns dos produtos de HMI atualmente disponíveis atraem e mantêm o número desejado de clientes.

A falta de valor percebida por produtos cobrindo apenas internação, o que menos de cinco por cento dos clientes normalmente praticam, imagina-se ser uma das principais razões para as baixas taxas de participação e renovação. Famílias de baixa renda sofrem outras despesas catastróficas que não se enquadram em internação, por exemplo, um sistema de remédios sustentado. Despesas ambulatoriais de rotina têm um impacto maior sobre a maioria das famílias pobres do que a possibilidade de hospitalização. Além de oferecer uma cobertura que, muitas vezes, é percebida como insuficiente, alguns programas de HMI têm dedicado recursos necessários para educar as populações-alvo, que, na maioria das vezes carecem de conhecimento sobre seguro, sobre o valor potencial e real do HMI e como ele funciona *(ver Capítulo 14* para mais detalhes sobre educação do consumidor*)*.

Conforme descrito no Capítulo 7, as limitações de renda e o alto e crescente custo da assistência médica são sérias barreiras para estimular a demanda por HMI, e o custo de muitos programas existentes está acima do que as famílias mais pobres podem pagar. De fato, um estudo realizado em Uganda indicou que apenas 37 por cento das famílias seguradas podem pagar seus prêmios a partir de recursos pecuniários disponíveis (Dekker e Wilms, 2009), revelando ainda que muitos que compram HMI podem estar contraindo empréstimos ou vendendo bens para fazê-lo. A sazonalidade de renda faz com que seja ainda mais difícil para os clientes pagar prêmios, combinando regularmente os problemas com baixa capacidade de pagar.

Como muitos desafios de demanda são genéricos e, portanto, relevantes para todos os tipos de produtos de microsseguro, apenas barreiras específicas de HMI foram consideradas neste estudo e serão discutidas na seção 5.3. Melhor marketing e educação do consumidor devem resolver alguns dos problemas de demanda por HMI e, consequentemente, algumas das questões discutidas nos Capítulos 13, 14 e 15 também são relevantes para microsseguradoras de saúde.

5.2.3 Desafios em termos de oferta

A análise da literatura e as entrevistas com especialistas identificaram cinco questões importantes em termos de oferta no HMI: 1) limitações no sistema de entrega da saúde, 2) escala insuficiente do programa, 3) questões de preço e financiamento, 4) deficiências no modelo operacional e 5) falta de ambiente propício.

Limitações no sistema de entrega da saúde

A capacidade do sistema de entrega da saúde afeta, fundamentalmente, o sucesso do programa de HMI. Algumas limitações na entrega da saúde incluem:

- barreiras de acesso, tais como quando os pacientes não podem chegar a uma unidade devido à distância, custos de transporte e salários perdidos;
- qualidade do serviço, como, por exemplo, quando as clínicas não oferecem, de forma competente, os serviços necessários (ex.: laboratório e raio-x);

- pessoal, por exemplo, com número insuficiente de médicos, má distribuição de provedores ou deficiências em capacidade e treinamento;
- falta de recursos, em particular a frequente disponibilidade insuficiente de médicos, suprimentos e medicamentos (Preker et al., 2002.);
- normas insuficientes ou inexistentes para monitoramento de desempenho, certificação ou acreditação, tornando mais difícil medir e garantir a qualidade dos provedores.

O resultado final dessas limitações é uma gama extremamente restrita de opções em que os indivíduos podem receber tratamento. Em muitos casos, quando os programas de HMI não são financeiramente viáveis ou não estão disponíveis, a alternativa do pobre é não receber tratamento ou receber de provedores do setor público. Há casos em que os governos têm programas com alcance significativo que funcionam bem, mas em muitos locais a reputação dos serviços públicos indica que eles têm recursos subfinanciados e são carentes de pessoal. Este dilema atual – em que programas de HMI subvencionados pelo governo têm recursos insuficientes ou estão em estágios iniciais de desenvolvimento, com longos períodos de gestação, e programas do setor privado que carecem de apoio governamental básico – deixa os pobres sem uma solução de curto prazo em relação a este problema de financiamento e acesso.

Necessidade de escala de programa

O tamanho e a escala de um sistema de HMI também pode influenciar a qualidade do tratamento, seu preço, seu leque de opções de produtos e sua sustentabilidade. Programas de HMI que limitam o acesso a um pequeno número de unidades não conseguem, muitas vezes, oferecer aos clientes opções viáveis de tratamento de qualidade (McCord, 2007b; S. Ahmed et al., 2005). Programas maiores podem, muitas vezes, ter preços mais favoráveis de provedores de saúde (Marek et al., 2005) e mais facilmente recrutar médicos e enfermeiros para participar da rede do provedor (Marek et al., 2003).

Um estudo de sete programas de HMI na África Oriental revelou que cada programa preferiu buscar escala por meio de grupos de participação, e não por meio individual, reduzindo, assim, a seleção adversa (McCord e Osinde, 2005). A associação em grupo pode ser alcançada por intermédio de parcerias com empregadores com empregados de baixa renda, assim como com IMFs ou grupos comunitários (Kiwara, 2007).

As tentativas de ter a adesão de grupos de trabalhadores do setor informal têm sido mais bem-sucedidas do que as tentativas com indivíduos da mesma área (Kiwara, 2007). Em 1998, gestores da UMASIDA na República Unida da Tanzânia testaram a frequência de pagamento e os padrões de renovação por três anos com base em planos de pagamento administrado para grupo e individual. Os gestores descobriram que as renovações foram maiores quando as associações pagaram o prêmio em nome dos membros e os membros pagaram quantias diárias ou semanais para o fundo do grupo ao longo do ano (Kiwara, 2007).

Questões de preços e financiamento

A precificação inadequada gera situações em que os programas de HMI não podem alcançar suas populações-alvo em números estimados e/ou não podem se sustentar com o tempo. McCord (2007b) demonstrou que, em quatro dos sete programas de HMI analisados, a cobertura foi precificada de forma inadequada. Em todos os casos, os prêmios eram muito baixos. Destes, apenas dois programas tiveram assistência atuarial. Os programas têm, nitidamente, diferentes filosofias sobre preços, visto que alguns tentam compreender o que o mercado pode pagar e outros precificam por rentabilidade ou sustentabilidade financeira (Dror, 2008; McCord, 2007b).

Conforme descrito no Capítulo 21, há várias razões pelas quais os programas de HMI cometem erros de cálculo na precificação. O motivo da subprecificação é a não utilização de práticas atuarialmente corretas para estimar os custos e fixar os prêmios com base no valor que os clientes podem pagar, e não no valor que é necessário para cobrir os custos e gerar margens mínimas para expansão e sustentabilidade. O preço alto pode ocorrer quando as estimativas se baseiam em dados insuficientes ou incorretos, sobre margens excessivamente cautelosas ou sobre uma expectativa de igualar receitas e custos ou até mesmo de lucrar em um período muito curto ou com pouca adesão. Também deve ser observado que um prêmio atuarialmente correto pode ser financeiramente inviável para os clientes – caso em que os benefícios do produto devem ser reduzidos (permitindo que o prêmio seja, consequentemente, reduzido) ou subsídios devem ser criados.

Outras razões para erros de cálculo na precificação dizem respeito a investimentos insuficientes em sistemas de apoio para os programas de seguro. Pesquisas indicam que programas de seguro do setor privado subvencionados pelo governo e patrocinados por ONGs não podem direcionar fundos suficientes para sistemas de gestão ou técnicas de custeio adequadas, particularmente na África (Sabri, 2003). Além disso, a precificação do HMI do setor privado é problemática quando os governos garantem assistência médica gratuita (ou quase gratuita).

Deficiências do modelo operacional

Os fatores críticos em HMI são semelhantes àqueles existentes no seguro comercial. Ou seja, o comportamento de clientes e provedores de saúde será diferente se o seguro existir a partir daquilo que ele seria se não houvesse nenhum (risco moral); apenas os indivíduos mais doentes e propensos ao risco comprarão o produto (seleção adversa), e haverá a exposição à fraude e potencial aumento de custo.

A falta de habilidades para gerenciamento e governança de projeto foi mencionada por muitos especialistas como principais obstáculos no dimensionamento de programas de HMI. Como essas questões são genéricas, elas não são abordadas neste capítulo.

Mais especificamente, as deficiências no uso de tecnologia e resseguro foram desafios comumente identificados.

Conforme ilustrado no Capítulo 24, a tecnologia pode ser empregada para atenuar a fraude pelo provedor de saúde e pelo cliente. É uma ferramenta que também pode ajudar a controlar a qualidade da prestação de serviços de saúde e tornar as operações mais eficientes. Entretanto, a pesquisa revelou que alguns programas de HMI estavam utilizando tecnologia e sistemas de informações gerenciais para melhorar a eficiência, aumentar a qualidade do tratamento e/ou acabar com a fraude. Na verdade, estudos de caso minuciosos de sete programas de HMI na África Oriental revelaram que apenas dois estavam usando sistemas informatizados para aumentar controles e estabelecer gerenciamento de dados (McCord, 2007b). Derriennic et al. (2005) indicam que apenas dois dos 12 programas de HMI com base na comunidade avaliados em Uganda tinham um sistema de informações gerenciais geral que permitia a tomada de decisões gerenciais com base em evidências. No entanto, grande parte da literatura é omissa sobre elementos de infraestrutura, tais como o uso de tecnologia.[1]

O resseguro apoia três áreas: financiamento, estabilização geral e proteção de catástrofe (Dror, 2001). Um contrato de resseguro obriga o ressegurador a pagar alguns ou todos os custos acima de um limite predeterminado, reduzindo, assim, o risco de fracasso e insolvência do programa de HMI. Casos pesquisados por Bonnevay et al. (2002) indicam que um programa de HMI se beneficia mais do pagamento do prêmio de resseguro do que se ele mantivesse o mesmo dinheiro para uma margem de segurança em uma conta reserva. Seus resultados são sólidos, independentemente de como os programas de HMI estejam estruturados. Os autores demonstram, ainda, que embora anos rentáveis para programas de HMI não sejam afetados pelo resseguro, a segurança financeira inerente que ele proporciona permite que os programas usem excedentes como verbas discricionárias e não como reservas. Uma simulação realizada por Dror (2001) indica que os contratos de resseguro podem estabilizar os programas a partir do primeiro ano. É importante ressaltar que o autor também observa que *pools* de resseguro podem exigir vários anos de operação antes de operarem lucrativamente. Note-se, contudo, que o resseguro pode também ser problemático, como, por exemplo, quando mascara ineficiências institucionais.

Ambiente propício e papel do governo

O apoio do governo e o ambiente regulatório para HMI é um diferencial importante entre países e programas de HMI. Por conseguinte, Dror e Jacquier (1999) afirmam que, independentemente da organização que patrocina ou começa a operar com HMI, os programas precisam de apoio político, técnico e financeiro do governo. Os governos podem também permitir uma tomada de decisão descentralizada, a fim de possibilitar que as decisões e negociações locais sejam cumpridas. Algumas pesquisas apontam que o papel do governo é tão marcante e tão variado que destrói a capacidade de extrair quaisquer conclusões gerais sobre a situação do setor de HMI (Churchill, 2007). Nestes moldes, um entrevistado ressaltou que é preciso

[1] Para exceções, ver Derriennic et al., 2005; Leftley de 2009; McCord, 2007b.

considerar cada país e governo isoladamente na avaliação de problemas e soluções, e que recomendações não devem ser feitas com base em generalizações (Adelhardt, 2009).

Com certeza, o ambiente regulatório pode estimular ou restringir o desenvolvimento e a ampliação de programas sustentáveis de HMI. Além de melhorar o apoio regulatório, os governos podem contribuir com o HMI via parcerias público-privadas (PPPs), que são descritas em mais detalhes na seção seguinte. Buscar essas oportunidades de colaboração é um passo importante para vencer os muitos desafios em termos de oferta discutidos nesta seção.

5.3 Inovações e intervenções no microsseguro saúde

Esta seção passa da investigação de questões e impactos ao exame de opções para atender às necessidades do pobre, por meio de modelos aprimorados de negócios de HMI. Vários temas comuns surgiram sobre as áreas onde a inovação em HMI é mais necessária:

- aumento dos benefícios dos membros
- modelos organizacionais e PPPs
- superação da baixa capacidade de pagar
- uso da tecnologia de informação e comunicação

Adesão, vendas e distribuição foram outras áreas com necessidade de inovação; porém, como elas não são específicas de HMI, não foram incluídas neste capítulo.

5.3.1 Aumentar os benefícios dos membros

Os benefícios devem ir além de hospitalização. Os pequenos problemas de saúde são uma preocupação premente para a maioria das famílias de baixa renda, e o atendimento dessa demanda tem o potencial de aumentar a participação e melhorar os *pools* de risco. Uma assistência maior no custo de medicamentos, em especial as drogas necessárias para tratamentos de longo prazo, também tem o potencial de aumentar a demanda. Cuidar da parte ambulatorial também deve melhorar os resultados de saúde e o comportamento na procura por saúde. Um número maior de check-ups regulares, diagnósticos precoces e tratamento adequado para pequenas doenças devem resultar em redução no custo geral do tratamento, melhor controle de custos e menos pedidos de produtos de internação. Por exemplo, a VimoSEWA, um braço de seguros de um grande sindicato que oferece cobertura de saúde combinada, vida e propriedade para mais de 200.000 mulheres autônomas na Índia, descobriu que um terço dos pedidos de internação é por doenças possíveis de serem evitadas, como a malária, gastroenterite e demais doenças transmitidas pela água. Deixar doenças como essas sem tratamento não apenas agrava a vulnerabilidade em comunidades pobres, como

também compromete a viabilidade do microsseguro saúde. Várias organizações da Índia têm abordado o componente ambulatorial de forma criativa, conforme descrito na Caixa de Texto 5.1.

Caixa de Texto 5.1

Aumentar os benefícios dos membros na Índia

Fundado em 2003, a partir de 2010 o Uplift Health Mutual Fund atende mais de 110.000 membros nas favelas urbanas e na periferia de Pune, Mumbai e Marathwada rural. Apoiado por funcionários e sistemas do Uplift, os próprios membros administram o programa por meio de reuniões participativas regulares para pagamento dos sinistros. Este sistema mútuo, associado a parcerias sólidas com vários provedores de saúde, permite que o programa mantenha um conjunto amplo de benefícios que inclui serviços cirúrgicos em internação, alguns serviços ambulatoriais e todas as principais consultas médicas a um preço muito competitivo (INR400 ou US$9 por ano para uma família de quatro pessoas, com benefícios limitados a INR15,000 ou US$333). O Uplift também realiza campanhas mensais de saúde e mantém um serviço 24 horas com atendimento por médicos qualificados que auxiliam os membros a se situar no complexo sistema de saúde (Dimovska et al., 2009; Ruchismita e Virani, 2009). O programa ainda não é totalmente sustentável, entretanto a taxa de crescimento recente, a escala até então alcançada, os processos e sistemas estabelecidos e o profissionalismo da equipe principal distinguem o modelo do Uplift de outros programas baseados na comunidade.

A Swayam Shikshan Prayog (SSP), uma ONG da Índia que oferece oportunidades sociais e econômicas para mulheres de baixa renda e suas famílias está experimentando um modelo híbrido de HMI para superar algumas das limitações dos programas baseados na comunidade. O risco financeiro dos benefícios de internação é arcado por uma companhia de seguros, junto com um pacote de serviços ambulatoriais, implementado por trabalhadores da comunidade, e entregue por intermédio de uma rede de profissionais locais, centros de diagnóstico e unidades dispensadoras de medicamentos. Além da cobertura de internação, os membros podem contar com serviços adicionais de saúde e ter acesso a serviços ambulatoriais primários e preventivos, além de medicamentos, economizando de 30 a 40 por cento nos custos habituais.

A pesquisa revela que conforme os clientes se tornam mais bem informados e consideram os produtos existentes, exigirão cada vez mais produtos personalizados. Em face das enormes variações em necessidades do cliente, custo da saúde, disponibilidade de serviços e demanda de cliente, não há nenhum pacote de benefícios único que possa otimizar todos os fatores e ter aceitação universal. As soluções contextualizadas são mais propensas a abordar esta questão de heterogeneidade. Por exemplo, o programa conhecido como CHAT, ou "Choosing Healthcare All Together", é uma ferramenta desenvolvida para envolver o público no estabelecimento de prioridades em saúde. Inclui os membros da comunidade no processo de distribuição dos benefícios, que

com sua participação individualmente ou em grupos, eles fazem suas indicações distribuindo um número limitado de pregos em uma tábua. Uma vantagem da ferramenta é que os exercícios não exigem grandes conhecimentos ou habilidades matemáticas para participar. O princípio operacional é que o próprio pobre tenha boa condição para determinar o que deve ser incluído e excluído em seu pacote de benefícios. Além disso, a cocriação pode gerar confiança, aceitação e disposição de ser segurado (Dror, 2007; Micro Seguro Academy, 2009).

5.3.2 Modelos organizacionais e parcerias público-privadas

O modelo organizacional utilizado para oferecer HMI desempenha um papel fundamental para determinar o impacto do programa, como a estrutura afeta preço, benefícios e até mesmo financiamento de longo prazo. Dror (2008), analisando o setor de seguros na Índia, descobriu que programas de HMI podem alterar os modelos ao longo do tempo. Por exemplo, as comunidades podem começar comprando seguro em grupo nas seguradoras comerciais e depois mudar para modelos de seguro saúde baseados na comunidade, os quais oferecem mais flexibilidade e se identificam melhor com a necessidade do cliente por produtos customizados. Ademais, os membros podem concordar em distribuir os benefícios com mais facilidade quando eles têm um papel importante no processo de tomada de decisão e não quando eles tentam entender as decisões de aceitação e recusa de uma empresa distante e impessoal. Esta sugestão dá a entender apenas algumas das possíveis conexões entre modelo organizacional, marketing e desenho do produto.

Normalmente, os programas básicos de HMI conhecem as comunidades de baixa renda, mas não conhecem o seguro saúde, enquanto as seguradoras tradicionais não sabem como chegar às comunidades ou como ganhar sua confiança. As seguradoras podem preencher esta lacuna trabalhando em parceria com os canais de distribuição que estão mais em contato com as comunidades pobres; programas básicos de HMI podem preencher suas lacunas de capacidade participando de treinamento e recebendo assistência técnica. Com qualquer solução potencial, no entanto, conhecer e atender às necessidades dos clientes continuará sendo uma prioridade.

Quando somente a intervenção do setor público ou privado não pode realizar o suficiente, *players* públicos e privados podem precisar se unir em formas inovadoras e mais substanciais. É importante ressaltar que a pesquisa revela que avançar nos objetivos de combater a pobreza e garantir o acesso à saúde requer, muitas vezes, a combinação de cooperação e competências de *players* públicos e privados, com recursos e funções complementares (Marek et al., 2005; Cowley e Ehrbeck, 2007; Lomas, 2009).

Até aqui, este capítulo enfatiza as intervenções do setor privado e os programas que, direta ou indiretamente, oferecem HMI e acesso à saúde. No entanto, PPPs inovadoras têm o potencial para catalisar opções em saúde em mais quantidade e de melhor qualidade para indivíduos e grupos de baixa renda. Em particular, PPPs podem explorar a criatividade e a eficiência do setor privado em consonância com a

capacidade do setor público de captar recursos. O dinheiro público pode ser necessário para pagar pela maior parte do tratamento preventivo, pela promoção da saúde ou para subsidiar os prêmios de HMI. O apoio do governo às parcerias público-privadas pode ser fornecido de forma eficaz de várias maneiras. Em Gana e Ruanda, a relação da parceria público-privada é quando o governo oferece subsídios significativos para pagar os prêmios. Na RPD Laos, o governo subsidia a saúde diretamente. No Camboja, o governo financia fundos de capital; doadores também contribuem para esses fundos, os quais são utilizados para subsidiar programas locais, a fim de distribuir seguro para o pobre.

O setor público, no entanto, pode fornecer mais do que apenas apoio financeiro e de contratação. É óbvio que o HMI precisa ser desenvolvido em paralelo com estratégias de saúde pública. Por exemplo, o desenvolvimento de programas de HMI em países onde os sistemas de saúde são muito fracos não faz sentido. Se bem coordenado, o setor público pode ser capaz de garantir acesso a unidades de saúde subutilizadas que o setor privado pode usar para ampliar o acesso e reduzir custos. *Players* do setor público-privado também podem cooperar para criar *pools* de risco maiores e mais estáveis. Tais parcerias podem promulgar e fazer cumprir normas de qualidade e acreditação. A garantia de qualidade e a necessidade de padrões uniformes de qualidade, custo de tratamento e acreditação são outras áreas onde o governo pode desempenhar um importante papel.

Em contrapartida, a experiência em gestão do setor privado pode conduzir a soluções para reduzir a fraude e gerir risco e custos do programa. Amplamente falando, o setor privado é intrinsecamente mais capaz do que o governo para inovar e responder às oportunidades de mercado e "permanecer perto do cliente". A aplicação de práticas comerciais estabelecidas, incluindo aprimoramento contínuo de qualidade, preços com base em cálculos atuariais, pesquisa e desenvolvimento de produtos robustos, monitoramento de operações e uso de tecnologia, são todas práticas essenciais para o sucesso dos programas de HMI.

5.3.3 Superar a baixa capacidade para pagar e restrições de liquidez

Uma vez que a viabilidade financeira continua sendo um dos principais fatores que afetam a demanda por HMI, muitos países apoiam os mecanismos de financiamento da saúde, tais como compartilhamento de custo, intervenção do governo (por exemplo, fixação de tarifas) e subsídios, e a introdução de serviços de saúde privados com fins lucrativos (Kiwara, 2007). Apesar desta gama de opções, um dos maiores desafios do HMI é identificar e implementar preços e métodos de pagamento que resultem em um produto financeiramente viável, embora gerando receita suficiente para sustentar as operações. Boas práticas de negócios em HMI se concentram em aumento da flexibilidade de pagamentos, identificação de subsídios de prêmio e acesso "sem pagamento" aos serviços de saúde, que são cruciais para tornar o HMI acessível e financeiramente viável para os clientes pobres.

Aumentar a flexibilidade de pagamentos de prêmio

Atualmente, a prática de cobrança de prêmio mais comum é cobrar prêmios anuais na hora da adesão ou logo após. No entanto, alguns programas de HMI estão tentando abordagens alternativas para tornar os pagamentos de prêmios mais flexíveis, como, por exemplo, pagamentos de prêmios em espécie e vários acordos associados à poupança, conforme descrito na Caixa de Texto 5.2.

Caixa de Texto 5.2

Facilitar os pagamentos dos prêmios

A VimoSEWA oferece aos clientes uma conta a prazo especial em que os juros ganhos sobre a poupança pagam o prêmio anual. A inovação propicia que os clientes de baixa renda tenham a opção de contribuir para uma conta especial de poupança até que eles tenham acumulado um saldo suficiente para pagar o prêmio (INR500 ou US$11). Os juros que a VimoSEWA ganha sobre a poupança cobre, eventualmente, o custo do prêmio de seguro. A SEWA também oferece um empréstimo ao consumidor, destinado a financiar o prêmio de 500 rúpias, permitindo ao cliente pagar o empréstimo regularmente no período programado (Radermacher et al., 2006).

A empresa Zurich Bolivia Group tem tido certo sucesso na entrega de produtos de HMI por intermédio do BancoSol, um banco comercial com foco no mercado de baixa renda. Um dos fatores que contribui para este sucesso é que as vendas e os pagamentos de prêmio estão vinculados às contas de poupança. O produto, vendido em agências bancárias, oferece 100 por cento de cobertura para consultas médicas, 80 por cento para serviços auxiliares e maternidade, e 70 por cento para internação e cirurgia, além de seguro vida por US$3.99 por mês. A empresa investiu em sistemas de informações gerenciais customizados para cobranças de prêmio automáticas, integrando-as às funções bancárias. A cobrança de prêmio mensal é flexível: se a conta de poupança tem saldo insuficiente quando um pagamento de prêmio programado é processado, o sistema faz nova tentativa a cada dia para debitar a conta até que: 1) haja saldo suficiente para pagar o prêmio ou 2) sessenta dias tenham decorrido, caso em que a apólice é cancelada (Harmeling, 2010b).

Subsidiar prêmios

Outra forma importante de garantir capital adequado é subsidiar os prêmios do HMI. Alguns doadores e governos oferecem subsídios temporários para seguro saúde. A Health Insurance Fund, uma fundação holandesa com financiamento do governo dos Países Baixos, oferece dois anos de subsídios para seus programas de saúde na Nigéria, a fim de permitir que o pobre usufrua dos benefícios de produtos não conhecidos. A justificativa é que os clientes verão o valor do seguro e continuarão a pagar pela cobertura quando os subsídios forem suspensos. Subsídios permanentes também são dirigidos a classes mais pobres em vários países, por exemplo, na Geórgia (estado

ao sul da Ásia) e em Gana. Dada a incapacidade do pobre de pagar pela saúde, é difícil imaginar programas de HMI valiosos para todos sem subsídios e outros apoios do setor público.

Sem pagamento ou pagamentos ínfimos

As restrições financeiras também precisam ser superadas em termos de sinistros. Conforme discutido no Capítulo 6, outra inovação notável para diminuir as restrições de liquidez são os produtos sem pagamento, os quais permitem ao pobre o acesso à saúde sem ter que pagar adiantado e, em seguida, apresentar um pedido de reembolso.

5.3.4 Uso de tecnologia da informação e comunicações

A tecnologia tem um enorme potencial para reduzir custos e aumentar eficiência em todos os tipos de produtos de microsseguro e em toda a cadeia de valor, o que está descrito em mais detalhes no Capítulo 24. Há muitas aplicações de tecnologia relacionadas com processo que devem oferecer melhorias em eficiência operacional.

No contexto de HMI, as inovações em tecnologia de telefonia móvel podem permitir custo-benefício, acesso adequado à saúde. Por exemplo, o Projeto Masiluleke, na África do Sul, envia cerca de um milhão de mensagens de texto por dia, incentivando as pessoas em seu idioma local a contatarem uma linha direta nacional sobre AIDS. A linha direta, então, direciona-os para clínicas fora da sua região local, onde eles podem evitar o estigma de serem testados em locais próximos a seus pares. As respostas têm superado as expectativas, em particular, de homens jovens, anteriormente difíceis de alcançar (*Economist*, 2009). Em outras partes do mundo, como a Tailândia, a taxa de aderência a um sistema de medicamentos para tratamento da tuberculose saltou para mais de 90 por cento quando os pacientes passaram a receber diariamente um texto lembrete para tomarem a medicação.

A forma mais direta de usar tecnologias móveis para melhorar em termos de oferta é oferecer um melhor apoio para os trabalhadores rurais da saúde que atendem pacientes, visto que há uma significativa escassez de médicos treinados em áreas rurais. O Conselho de Relações Exteriores (CFR, na sigla em inglês) desenvolveu um conceito "médico em uma caixa" (*doc in a box*, em inglês), em que equipam um contêiner para servir como uma clínica rural. Agentes comunitários de saúde foram treinados para oferecer serviços das unidades e ter acesso a profissionais perfeitamente capacitados pelo celular (*Economist*, 2009). A Medicall Home, no México, também está usando tecnologia para melhorar os resultados em saúde para as pessoas que não podem acessar as clínicas, oferecendo consultas ilimitadas por telefone com médicos a uma taxa fixa de cerca de US$5 por mês (Medicall Home, 2010). A CARE Foundation está testando um programa de telemedicina na Índia rural (*ver Caixa de Texto 5.3*). Inovações desse tipo têm o potencial para tornar o HMI mais viável em áreas rurais, melhorando o acesso precoce à saúde, reduzindo, assim, sinistros dispendiosos no final do ciclo da doença.

Caixa de Texto 5.3

Tecnologia móvel para conectar médicos a pacientes rurais

Localizada em Hyderabad, na Índia, a CARE Foundation está iniciando um programa para entrega de saúde rural e microsseguro, cujo foco é o tratamento ambulatorial em assentamentos do vilarejo. Os membros da comunidade são treinados para serem campeões de saúde do vilarejo (VHCs, na sigla em inglês) que garantem "assistência médica no vilarejo a domicílio". Para diagnósticos de rotina, os VHCs usam um terminal portátil que inclui um sistema de apoio à decisão clínica para fornecer aconselhamento médico adequado e prescrever medicamentos. Em uma quantidade menor de casos de rotina, eles entram em contacto com um médico remoto da CARE que recomenda o tratamento por meio de uma mensagem de texto. O teste final da tecnologia, formação dos trabalhadores da saúde e desenho do produto estão sendo concluídos.

5.4 O caminho a seguir

Este capítulo sugere caminhos pelos quais os programas de HMI podem se tornar mais valiosos para os clientes e mais sustentáveis com o tempo. Especificamente, algumas estratégias são destacadas para responder à demanda de mercado, suprir as lacunas de oferta, melhorando desenho, entrega e operações do produto, e integrar esforços do setor público-privado.

5.4.1 Estender os benefícios dos membros para responder à demanda de mercado

Os benefícios dos membros devem ser estendidos além da internação. Pequenos problemas de saúde são uma preocupação premente para a maioria das famílias de baixa renda, e atender a essa demanda pode aumentar a participação e estabilizar *pools* de risco. Além disso, melhorar os benefícios ambulatoriais estimula *check-ups* regulares de saúde, diagnósticos precoces e tratamento adequado para doenças de menor gravidade. Essas mudanças devem reduzir os custos gerais do tratamento e reduzir os sinistros de internação, melhorando, assim, a viabilidade global dos programas de HMI.

Os programas de HMI devem educar clientes, simultaneamente, nos benefícios de produtos de seguro saúde e atender às necessidades do cliente. Atualmente, a falta de conhecimento do HMI é uma das principais razões para os baixos índices de renovação de muitos programas de HMI – os clientes sentem, muitas vezes, que o seguro é uma compra desperdiçada caso não adoeçam durante o ano. Poucos programas têm destinado recursos adequados para pesquisa de mercado, educação e marketing específicos no segmento, limitando o conhecimento e a aceitação de produtos de HMI por parte de clientes e até mesmo de profissionais.

Agravando essas questões, está o fato de que ao pobre, por definição, falta a capacidade de pagar. Por conseguinte, estimular a demanda por HMI exigirá o desen-

volvimento cauteloso de excelentes pacotes de benefícios, teoricamente, por meio de um processo participativo envolvendo clientes potenciais. Além disso, os indivíduos de baixa renda exigem modalidades de pagamento flexíveis para ajudá-los a financiar os prêmios.

5.4.2 Aumentar a oferta: Produtos e processos

Atualmente, a saúde universal está fora do alcance de muitos países. Soluções com base em mercado não estão atingindo escala e não podem atender a todas as necessidades devido a exclusões de populações, limitações de cobertura e restrições em infraestrutura e distribuição de provedores de saúde em muitas áreas geográficas. Esses fatores deixam o pobre sem acesso seguro aos serviços de saúde necessários ou soluções em gestão de riscos financeiros confiáveis. Conforme discutido neste capítulo, inúmeros desafios estão restringindo a capacidade de os programas de HMI fornecerem produtos valiosos, e superar tais desafios exigirá cautela e intervenção múltipla.

A atividade do setor privado, por seguradoras comerciais em particular, tem sido limitada até hoje; em parte, devido à complexidade percebida de desenvolver e administrar produtos (por exemplo, ambulatoriais e de internação) compreensivos. Soluções contextualizadas devem ser buscadas, utilizando pacotes de benefícios criados com cuidado. Até que os produtos sejam desenvolvidos e atendam à demanda dos clientes, embora permanecendo viáveis financeiramente, uma escala adequada para o compartilhamento do risco não será alcançada. Ademais, muitos programas de HMI carecem de apoio financeiro suficiente devido à preocupação dos investidores quanto ao alcance de escala e, ironicamente, esforçam-se para alcançar escala devido a essa mesma falta de apoio financeiro. Outros obstáculos em relação à escala incluem infraestrutura de saúde inadequada, bem como dados e experiência técnica insuficientes, ressaltando a necessidade de mais pesquisa de mercado e auxílio na construção de capacidade.

Considerando que o HMI se caracteriza por transações frequentes e margens pequenas, sinistros e processos de administração de apólice eficientes são essenciais para o sucesso. Até agora, a experiência com acordos de terceiros não foi satisfatória *(ver Caixa de Texto 20.5)*, e é preciso mais inovação para obtenção e aplicação de apoio de terceiros. Preços, cobertura de resseguro e controles de fraude corretos também requerem grande atenção e investimento, em especial para programas baseados na comunidade. Embora as seguradoras comerciais possam ter um melhor conhecimento desses conceitos de seguro, elas carecem de um entendimento sobre como alcançar melhor o mercado de baixa renda. Além disso, os programas de HMI enfrentam esses desafios em ambientes que muitas vezes não dispõem de sistemas políticos estáveis e tratamento regulatório de apoio aos programas de HMI.

A melhor solução é um esforço coordenado para enfrentar vários desafios ao mesmo tempo, envolvendo *players* a partir de diferentes aspectos do setor de HMI. Tal esforço deve ser combinado com uma comunicação ativa entre os *players*, compartilhando suas descobertas sobre o que funciona – e o que não funciona.

5.4.3. Colaboração do setor público-privado

A presença (ou cocriação) da prestação de serviços de saúde subjacentes é fundamental para o progresso do HMI e para melhorar os resultados da saúde em geral. Com certeza, nenhum programa de HMI pode ser bem-sucedido a menos que os serviços de saúde e o pessoal sejam adequados e estejam próximos do paciente. Além disso, programas de saúde pública podem gerar ambientes de apoio para reforçar o impacto do HMI. Por exemplo, *players* públicos podem melhorar as condições de saneamento para reduzir o risco saúde sistemático global e apoiar a viabilidade dos programas de HMI. Podem também promover a educação em saúde e tratamento preventivo. Tais atividades incentivarão o tipo de mudança de comportamento que permitirá ao HMI ter um maior impacto e pode também reduzir os riscos dos programas.

Além disso, para criar um ambiente propício, os *players* do setor privado precisam fazer pleno uso da presença de quaisquer entidades organizadoras que consolidem grupos de pessoas sobre critérios que não sejam de saúde. Essa prática é fundamental para enfrentar o problema de seleção adversa e compartilhamento de risco (Ito e Kono, 2010). A gestão da saúde por meio de protocolos de tratamento, planejamento de alta médica e outras formas de coordenação do tratamento podem melhorar a consistência e a eficiência.

Teoricamente, os governos devem fornecer: 1) fontes sustentáveis de financiamento, 2) um ambiente regulatório estável e flexível, e 3) apoio político consistente. Com alguns desses fatores ou todos eles funcionando, a probabilidade de que os programas de HMI sejam suficientemente valorizados pelos clientes a fim de estimular a participação e os programas prosperando tempo o bastante para alcançar escala, aumenta de forma significativa.

5.4.4 Melhorar as avaliações

Outro elemento que merece consideração é a questão das métricas aprimoradas para avaliação do programa. Programas nos quais os gestores estão testando inovações certamente passarão por um estágio de tentativa e erro, e evoluirão ao longo do tempo; alguns vão falhar e muitos exigirão, pelo menos, vários anos para que a receita empate com a despesa. Assim, a longevidade do programa pode não ser o melhor indicador de um programa de HMI viável e sustentável. Outras métricas relevantes incluem indicadores financeiros e coeficientes padrão avaliando tanto o desempenho clínico quanto administrativo, robustez dos sistemas de informações gerenciais, análises confiáveis de preços, e treinamento de pessoal e de incentivos (Biswas e Devi, 2008).

A seleção de métricas e o monitoramento contínuo de mensuração de desempenho exercem um papel no progresso do acesso à saúde e sua qualidade. Teoricamente, a atenção da gestão deve se concentrar em medir e monitorar os indicadores do programa de HMI, assim como os resultados de saúde do cliente.

5.4.5 Um esforço coordenado para aumentar os benefícios dos membros

Em geral, a análise das evidências indica que os programas podem abordar financiamento da saúde, seja para reduzir vulnerabilidade (com foco em um evento catastrófico ou internação) ou para melhorar os resultados da saúde (com foco em atendimento ambulatorial, prevenção e tratamento de doença crônica). Essas duas perspectivas apresentam um dilema: o primeiro está mais alinhado aos princípios do seguro, mas os clientes desejam o último. Por meio de modelos de negócios eficientes, pacotes de benefícios customizados e planos de pagamento variados, os programas de HMI devem buscar um equilíbrio entre as duas perspectivas. A solução deve também fazer uso de parcerias público-privadas (PPPs), combinando a capacidade do setor público de obter financiamento, compartilhar grandes grupos e facilitar questões regulatórias com inovação, perícia em seguro, eficiência e tecnologia do setor privado.

Assim, o caminho a seguir para o microsseguro saúde reside nos esforços combinados de formuladores de políticas, setor privado, ONGs, funcionários do governo, educadores de gestão e empresas de tecnologia. Em última análise, nenhum dos esforços, mesmo os esforços combinados, tendem a ser bem-sucedidos, a menos que os dados da parte interessada mais importante – o cliente potencial – sejam constantemente solicitados e utilizados.

6 Mecanismos de pagamento por terceiros no microsseguro saúde

Pascale LeRoy e Jeanna Holtz

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 13, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT (2011). Os autores gostariam de agradecer às seguintes pessoas por suas opiniões e sugestões úteis: Lisa Beichl (Milliman), Denis Garand (DGA), Ryan Lynch (MicroEnsure) e Tara Sinha (VimoSEWA).

Alguns programas de microsseguro saúde (HMI) exigem que os pacientes paguem em dinheiro quando recebem serviços de saúde e apresentem depois os recibos, de modo que possam ser reembolsados pela seguradora. Para as famílias de baixa renda que venham a ter que contrair empréstimos com familiares, amigos ou prestamistas para pagar a assistência médica – e correr o risco de a seguradora vir a recusar o sinistro –, o método de reembolso pode causar sérias dificuldades financeiras que diminuem significativamente o valor para o cliente.

Uma forma de aliviar este pagamento antecipado é estipular um mecanismo de pagamento por terceiros (TPP), com provedores de saúde selecionados. Um TPP pode ser definido como um modelo para pagamento de sinistros em que os pacientes segurados não são obrigados a pagar pelo custo dos serviços de saúde cobertos pelo programa. Com a exceção de qualquer divisão no custo (por exemplo, copagamento, franquia dedutível), um paciente segurado não precisa não pagar as despesas com recursos próprios quando usar os serviços de saúde, e um terceiro (o programa de HMI ou outra entidade em nome do programa) paga ao provedor de saúde pelos serviços cobertos que foram prestados ao paciente.[1] Os mecanismos de TPP englobam prazos de pagamento negociados entre o terceiro e o provedor de saúde preferido e, geralmente, incluem componentes para gerenciar tratamento médico, como, por exemplo, pré-autorização de internações.

Esta abordagem não é nova no seguro saúde, embora estabelecer e gerenciar um mecanismo de TPP para HMI apresente desafios únicos. Usando uma abordagem baseada na prática, este capítulo identifica as lições aprendidas sobre os esforços de mecanismos de TPP para garantir acesso "sem pagamento" para os segurados *(ver Caixa de Texto 6.1)*.

As evidências para este capítulo têm origem em uma análise da literatura, em uma pesquisa on-line dos programas de HMI da Facility Inovação em Microsseguros da OIT, realizada em 2009, entrevistas com principais fontes e, o mais importante, estudos minuciosos de caso. Sete programas (*ver Tabela 6.1*) foram selecionados para detalhar lições sobre desenvolvimento e gestão de um mecanismo de TPP.

[1] Adaptado do glossário Extensão da Previdência Social Global, da OIT (GESS, na sigla em inglês).

Os critérios de seleção para a inclusão de um programa de HMI como um estudo de caso incluíram sua contribuição para a diversidade geográfica, além de seu tamanho (mínimo de 10.000 segurados) e longevidade (em operação há pelo menos três anos).

Caixa de Texto 6.1

Compreender o vocabulário: "sem pagamento" e mecanismo de TPP

Sinônimos ou expressões correlatas utilizados no setor de HMI para fazer referência a um mecanismo de TPP incluem programas de HMI sem pagamento, acordos de sinistros sem pagamento, programas sem pagamento e benefícios sem pagamento.

O termo "sem pagamento" reflete a perspectiva de um cliente segurado, e não aquela do programa de HMI ou do provedor de saúde. Acordos sem pagamento são feitos pelos programas de HMI para permitir que o segurado acesse os serviços de saúde sem incorrer em pagamentos com recursos próprios (ou relativamente pequenos). O termo sem pagamento pode ser aplicado, independentemente se o acesso do paciente segurado é realmente sem pagamento ou se ele envolve alguma divisão de custo, por exemplo, copagamento ou franquia dedutível.

Fonte: Autores.

Tabela 6.1

Resumo das informações do estudo de caso

	África		*Ásia*				*América Latina*
Nome do programa[1]	*Microcare*[1]	*UMSGF*[2]	*Yeshasvini*	*CBHI*	*GRET-SKY*	*FMiA*[3]	*Sol salud (Zurich Bolivia e BancoSol)*
País	Uganda	Guiné	Índia	RPD do Laos	Camboja	Paquistão	Bolívia
Tipo de programa de HMI	Seguradora comercial	Baseada na comunidade	Baseada na comunidade	Baseada na comunidade	Baseada na comunidade	Seguradora + parceiro de distribuição	Seguradora + parceiro de distribuição
Números cobertos (final de 2008)	29.000	16.120	3.060.000	39.000	19.000	13.000	
Método de pagamento do provedor[4]	Honorário pelo serviço com calendário de pagamento fixo	Pagamento baseado no caso e remédios	Pagamento baseado no caso	Capitação	Pagamento por capitação e baseado no caso	Honorário pelo serviço com cronograma de pagamento fixo	Pagamento/ honorário por capitação pelo serviço e pagamento baseado no caso
Método de transferência de fundos	Transferência eletrônica ou cheques	Dinheiro	Cheques	Transferência eletrônica	Dinheiro	Cheques	n.a.

	África		*Ásia*				*América Latina*
Nome do programa[3]	*Microcare*[1]	*UMSGF*[2]	*Yeshasvini*	*CBHI*	*GRET-SKY*	*FMiA*[3]	*Sol salud (Zurich Bolivia e BancoSol)*
Serviços de saúde cobertos	Hospitalização e tratamento primário	Hospitalização e tratamento primário	Cirurgia	Hospitalização e tratamento primário	Hospitalização e tratamento primário	Hospitalização e vale para uma consulta	Hospitalização e tratamento primário (exclui remédios)
Número de provedores contratados	150	53	295	24	63	4 hospitais e 25 unidades de saúde de primeira linha	n.a.
Divisão de custo entre membros	Sinistros em excesso aos benefícios	Franquia dedutível pequena	Sinistros em excesso aos benefícios	Não há	Não há	Sinistros em excesso aos benefícios	Copagamento e sinistros em excesso aos benefícios
Administração de sinistros terceirizada?	Não	Não	Sim (Família Sem Plano de Saúde Limitado)	Não	Não	Sim (PROVID)	

[1] Os acrônimos referem-se às seguintes organizações: Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF), seguro saúde baseado na comunidade (CBHI), Groupe d'échange et de recherche technologique (GRET), e First Microinsurance Agency (FMiA). SKY é um acrônimo em Khmer, o idioma oficial do Camboja, para "Sokhapheap Krousar Yeung", que significa "Saúde para Nossas Famílias".

[2] A Microcare encerrou as operações no final de 2009 devido a uma combinação de motivos políticos e regulatórios. Entretanto, as lições deste programa são importantes para este capítulo.

[3] A FMia encerrou as operações em 2011 sem alcançar sustentabilidade financeira ou sem atrair novos recursos. Este fato não afeta o valor das lições que eles aprenderam.

[4] Estes métodos de pagamento são definidos na seção 6.2.2.

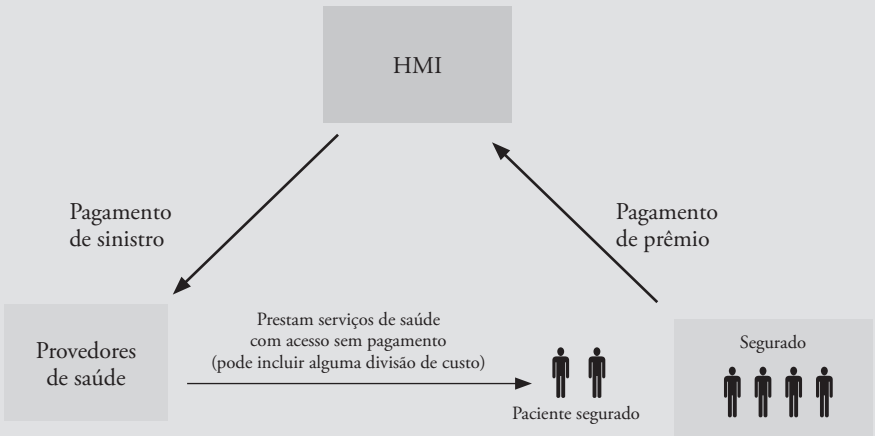
Este capítulo está organizado em duas partes. A primeira parte apresenta o mecanismo de TPP no contexto de modelos de sinistros disponíveis em relação ao HMI e programas e avaliações de prós e contras de pagamentos de terceiros. A segunda parte resume as principais questões para abordar ao criar e gerir um mecanismo de TPP nas três dimensões: 1) acesso ao, 2) custo do tratamento e 3) qualidade do tratamento.

6.1 Práticas vigentes de TPP

Ao desenvolver um programa de HMI, os profissionais devem definir as condições para o acesso ao tratamento de saúde, e ao mecanismo e à entidade responsável pela apresentação das reclamações e pagamentos de sinistros. Os mecanismos de TPP são um dos três modelos principais de sinistros predominantes em HMI (Radermacher et al., 2006). Dois desses modelos oferecem acesso sem pagamento para pacientes segurados, enquanto o outro reembolsa os sinistros.

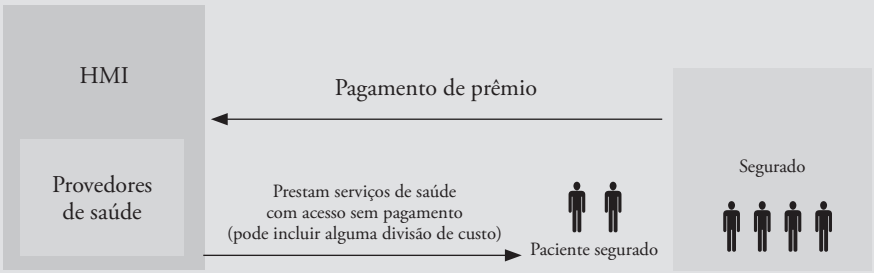
1) **Mecanismo de TPP:** Com um mecanismo de TPP, o programa de HMI providencia o pagamento direto pelos serviços cobertos ao provedor de saúde em nome do segurado (*ver Figura 6.1*). Com exceção de qualquer divisão de custo, como um copagamento ou franquia dedutível, o paciente não precisa pagar com recursos próprios no momento em que o serviço é prestado. Deste modo, os mecanismos de TPP são frequentemente citados como uma ferramenta para aumentar o valor do seguro para pessoas de baixa renda, que, caso contrário, podem enfrentar uma dívida significativa para arcar com o custo da assistência médica, mesmo que por um curto período.

Figura 6.1 **Mecanismo de TPP**



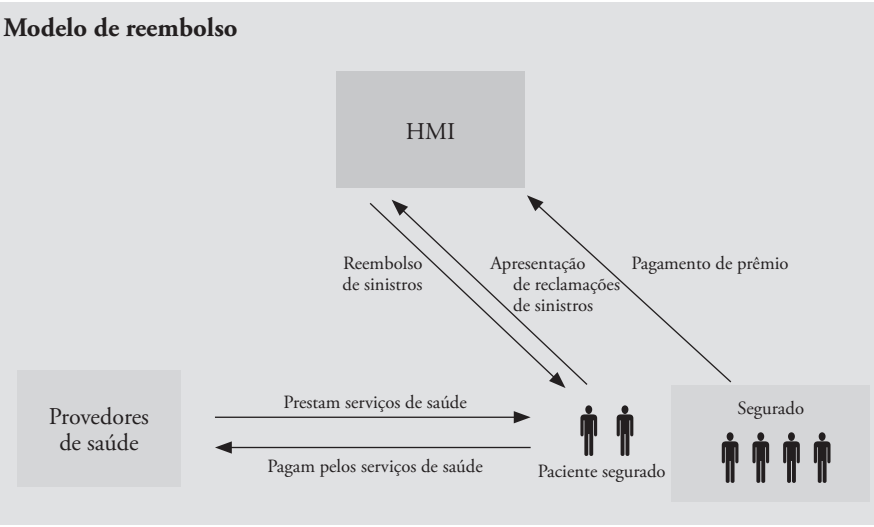
2) **Modelo integrado de tratamento e financiamento:** Os profissionais de HMI podem possuir e gerir unidades de saúde (normalmente para oferecer assistência médica primária) ou os provedores de saúde podem iniciar programas de HMI, integrando seguro com a entrega da assistência médica. Em um modelo integrado, os provedores de saúde cobram o prêmio do segurado e fornecem os serviços de saúde de acordo com os termos da apólice de seguro *(ver Figura 6.2)*. Estima-se que o prêmio cobrado adiantado pelos provedores de saúde cubra o custo dos serviços. Nesta situação, os pacientes não têm que apresentar as reclamações de sinistros. No caso do mecanismo de TPP, no modelo de sinistro integrado os pacientes segurados têm acesso ao tratamento sem pagar pequenos gastos ou pagando apenas uma parcela moderada quando há divisão de custo.

Figura 6.2 **Modelo integrado de tratamento e financiamento**



3) **Modelo de Reembolso:** Com o modelo de reembolso de sinistros, o segurado membro paga pelos serviços de saúde no momento do uso e, em seguida, envia documentos do sinistro e recibos dos provedores de saúde para o programa de HMI solicitando reembolso (*ver Figura 6.3*).

Figura 6.3 **Modelo de reembolso**



Os médicos combinam, muitas vezes, diferentes modelos dependendo dos contratos com os provedores e dos serviços cobertos (*ver Caixa de Texto 6.2*).

Caixa de Texto 6.2

Modelos de sinistros em programas de HMI

Uma pesquisa on-line realizada em 2009 pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT confirmou que a maioria dos programas de HMI usam mecanismos de TPP. Entre os 65 entrevistados:

– 52 por cento utilizam um mecanismo de TPP
– 22 por cento utilizam modelos de reembolso (principalmente na Ásia)
– 18 por cento utilizam uma combinação de mecanismo de TPP e reembolso de sinistros, dependendo dos serviços cobertos ou do tipo de provedor de saúde
– 8 por cento utilizam um modelo integrado de tratamento e financiamento de sinistro

Entre os programas de HMI com mecanismos de TPP puros, um em cada quatro não havia implementado qualquer divisão de custo (por exemplo, copagamentos, franquias dedutíveis) ou limites de benefícios.

Alguns padrões regionais surgiram. Na África Central e Ocidental, os mecanismos de TPP parecem ser um recurso padrão de mútuas de saúde, das quais a UMSGF é um exemplo representativo.

Na Índia, Devadesan et al. (2004) relataram que apenas dois dos 12 programas estudados estavam utilizando mecanismos de TPP, incluindo o Yeshasvini. Cinco outros programas estavam integrados aos provedores de saúde e ofereciam acesso sem pagamento aos serviços. No Paquistão, o National Rural Support Programme iniciou com um modelo de reembolso e está evoluindo para um mecanismo de TPP com base no *feedback* do cliente. Todos os programas desenvolvidos pela First Microinsurance Agency (FMiA) utilizam mecanismos de TPP.

No Camboja, na RPD do Laos e no Vietnã, os mecanismos de TPP eram um recurso comum entre os programas de HMI, considerando que eles tendem a depender menos de um modelo integrado de tratamento e financiamento, e considerando que os sistemas nacionais de financiamento da saúde são orientados para o seguro social de saúde com TPP. Na RPD do Laos, apenas uma rede de seguro com base na comunidade (CBHI) foi desenvolvida até agora, sob a supervisão do Ministério da Saúde, com um mecanismo de TPP. No Camboja, todos os cinco programas CBHI existentes utilizam mecanismos de TPP. O Ministério da Saúde baixou diretrizes sobre os principais recursos de desenho de produto permitindo mecanismos de TPP com capitação para serem negociados com unidades de saúde pública, tanto primárias quanto de tratamento hospitalar em termos de distrito. Em termos de província, os programas de HMI normalmente pagam hospitais na base de honorário por serviço de acordo com uma tabela de honorários.

As respostas à pesquisa da América Latina foram muito limitadas para traçar um quadro justo dos modelos de sinistros naquela região. Cinco programas da Bolívia, Colômbia e México responderam à pesquisa. Três deles adotaram mecanismos de TPP, incluindo os serviços de seguro saúde Sol Salud, da Zurich Bolivia, e BancoSol.

Fonte: Autores.

Em comparação aos modelos de reembolso ou integrados, um mecanismo de TPP tem vantagens e desvantagens potenciais *(Tabela 6.2)*, que diferem de acordo com as partes envolvidas.

Tabela 6.2 **Possíveis vantagens e desvantagens dos mecanismos de TPP**

Parte	*Possíveis vantagens*	*Possíveis desvantagens*
Clientes segurados	– Eliminam ou reduzem pagamentos em dinheiro na hora do serviço – Melhoram acesso aos provedores de saúde – Reduzem incidentes de pessoas que atrasam ou evitam o uso de assistência médica – Reduzem ou eliminam o ônus administrativo (por exemplo, sem reclamações de sinistros para apresentar)	– Restringem escolha de provedores – Exigem autorização antes da internação – Provedores de saúde podem prestar serviços desnecessários que podem aumentar o risco saúde e os custos com pequenos gastos
Seguradoras	– Simplificam a administração de sinistros (ex.: pagamento em lote, e não sinistro por sinistro) – Dependendo do método de pagamento ao provedor, podem alinhar incentivos para provedores oferecerem tratamento eficiente e adequado – Permitem transferência do risco financeiro (todo ou parte) a provedores de saúde – Apoiam expansão de mercado (operações *turnkey*) – Melhoram qualidade do tratamento – Aumentam eficiência da cobrança de prêmio dos clientes	– Aumentam risco moral para provedores de saúde e membros, que podem prestar/procurar serviços desnecessários caso o membro não tenha responsabilidade financeira quando busca tratamento – Contratação de provedores de saúde pode ser difícil e demorada – Alguns provedores podem estar dispostos a contratar caso eles não tenham capacidade em excesso e não enfrentem concorrência – Aumentam custos e processos administrativos, especialmente em TI – Aumentam custos de sinistros
Provedores de saúde	– Aumentam utilização e, portanto, geram receita adicional – Reduzem valores impossíveis de serem cobrados de pacientes – Estimulam qualidade do tratamento (e, portanto, melhoram reputação) – Dependendo do método de pagamento, podem gerar: a) um ganho financeiro b) um fluxo estável de receita	– Geram administração adicional necessária para verificar elegibilidade e apresentar sinistros – Aumento na quantidade de paciente pode não compensar alguns descontos ou custos adicionais – Aumento nas exigências de *compliance* em qualidade de tratamento – Pressão para eliminar custos informais, incluindo suborno – Dependendo do método de pagamento e utilização, podem gerar uma perda financeira – Dependendo do método de pagamento, podem aumentar o tempo de pagamentos a serem efetuados

6.2 Criar e gerir um mecanismo de TPP

A forma pela qual um programa de microsseguro escolhe, contrata e gerencia provedores de saúde em um mecanismo de TPP determinará seu sucesso ou fracasso. É fundamental que os programas de HMI estabeleçam e mantenham padrões mínimos para cada provedor participante e para a rede de provedores em geral. Esses padrões devem tratar da adequação de três dimensões principais: 1) acesso ao tratamento, 2) custo do tratamento e 3) qualidade dos tratamentos.

6.2.1 Acesso aos serviços de saúde

A primeira dimensão diz respeito ao acesso aos serviços para membros do programa de HMI por meio da seleção de provedores de saúde. No caso dos programas regulares de seguro saúde, devem ser calculados o ambiente regulatório e geográfico, bem como as ofertas de serviços, a fim de que se avalie os provedores de saúde que podem ser parceiros relevantes para o programa de HMI. Em alguns locais, os provedores públicos de saúde são os únicos parceiros disponíveis que oferecem serviços de saúde financeiramente viáveis para a população-alvo (por exemplo, Camboja, RPD do Laos). Muitas vezes, a reputação dos provedores públicos é percebida como ruim, mas pode ser possível formar parcerias produtivas, que podem melhorar a qualidade. Em outros contextos, provedores públicos não podem ser autorizados a participar em contratação com seguradoras de saúde (por exemplo, no Paquistão, onde provedores públicos oficialmente fornecem seus serviços de forma gratuita), forçando os provedores de HMI a se voltarem para provedores privados, negociando os custos dos serviços de saúde, a fim de tornar os prêmios financeiramente viáveis.

Um dos desafios mais difíceis de superar é quando simplesmente não há provedores de saúde qualificados o bastante em uma área de serviço. Neste caso, soluções de curto prazo podem ser escassas, e é possível que o mecanismo de TPP não seja relevante. Abordagens de longo prazo incluem trabalhar com governos, doadores e outras partes interessadas para melhorar a capacidade de entrega da saúde. Alternativas, incluindo clínicas móveis, telemedicina e treinamento de agentes comunitários de saúde, continuam a surgir em um esforço para resolver este dilema.

O acesso aos serviços de saúde pode ser definido pelo número, tipo e pela localização dos provedores de serviços, bem como pela combinação dos serviços que eles oferecem. A adequação de uma rede de provedor para atender ao número de participantes pode ser monitorada por meio de indicadores, como, por exemplo, o tempo de espera para as nomeações e a quantidade e o tipo de atendimento prestado fora da rede do provedor. A rede de provedores em um mecanismo de TPP deve incluir provedores necessários para cobrir os serviços segurados. Por exemplo, se a cirurgia oftálmica é um benefício coberto, oftalmologistas devem, então, estar incluídos na rede de provedores.

O acesso geográfico pode ser medido usando tempo e distância necessários para acesso ao tratamento. Os resultados destas medições podem ser comparados aos *benchmarks*, como, por exemplo, 85 por cento dos membros que têm acesso a dois ou mais fornecedores dentro de um raio de 20 km ou de um tempo de viagem de 90 minutos. Esses padrões devem ser adaptados a cenários urbanos e rurais, e devem refletir as normas existentes na comunidade.

6.2.2 Gerenciar custos de saúde

Uma vez escolhidos os provedores de saúde, o sucesso de um mecanismo de TPP depende do estabelecimento de um contrato de colaboração com estes a fim de gerenciar custo e alinhar incentivos financeiros para estimular o tratamento adequado. Para gerir custos, o programa de HMI também precisa gerenciar risco moral e riscos de fraude, tanto no que diz respeito a provedores de saúde quanto a clientes.

Processo de contratação colaborativa

A contratação de provedores de saúde para participarem de um mecanismo de TPP é mais bem-sucedida quando as negociações são transparentes e colaborativas, e quando há reconhecimento dos objetivos de ambas as partes. O aval de provedores de saúde participantes existentes pode ajudar um programa de HMI a recrutar novos parceiros. Programas de HMI procuram, muitas vezes, provedores de saúde que concordam em:

- cumprir os padrões mínimos de qualidade do tratamento de saúde, teoricamente, sob a supervisão de um conselheiro médico do programa de HMI;
- realizar acompanhamento regular quanto à qualidade do tratamento, em termos de profissionais de saúde internos e/ou externos;
- pagamento pelos serviços prestados nos termos do acordo e uso de tabelas de honorários cabíveis;
- utilizar sistemas de faturamento e contábeis transparentes;
- estabelecer um procedimento aceitável para verificar a elegibilidade dos pacientes segurados;
- compartilhar informações com o programa de HMI sobre a utilização dos serviços de saúde pelos membros segurados;
- apoiar a presença de um serviço de assistência no local, com o intuito de ajudar os membros segurados.

Os compromissos do programa de HMI com os provedores de saúde contratados podem incluir:

- garantias financeiras, como o pagamento mínimo anual até que um limite de adesão seja alcançado, ou estipular um máximo sobre a potencial receita perdida em um acordo de capitação (GRET-SKY);
- associação mínima ou suficiente do membro (Microcare, FMiA);
- adiantamentos em dinheiro (UMSGF);
- ferramentas ou apoio para identificar clientes segurados e determinar a elegibilidade de serviços cobertos (Microcare, FMiA);
- concordar com uma avaliação regular de resultados do programa de HMI (por exemplo, quantidade de pacientes, receitas e custos) com a possibilidade de renegociar os termos.

A contratação de provedores de saúde pode ser demorada, já que o contrato precisa ser abrangente e claro, a fim de evitar complicações futuras. Por exemplo, na UMSGF leva aproximadamente três meses para contratar uma clínica ambulatorial e seis meses um hospital. Ambas as partes precisam entender o que é esperado deles, e como a relação funcionará na prática. Tanto as equipes administrativas quanto as clínicas dos provedores de saúde devem estar envolvidas no processo de contratação, considerando que ambas têm diferentes expectativas em relação à parceria com um programa de HMI. Acima de tudo, os programas de HMI devem ter o cuidado de assumir compromissos que possam ser cumpridos e estar preparados para reavaliar os compromissos de atender aos interesses de longo prazo de todas as partes.

Para os programas de HMI que contratam provedores públicos de saúde, é necessário envolver as autoridades de saúde (que supervisionam os provedores), em uma fase inicial, visando apoiar o processo de contratação, bem como executar o contrato em alguns casos (GRET-SKY, CBHI).

Negociar o método de pagamento

Com um mecanismo de TPP, os programas de HMI costumam pagar os provedores de saúde contratados de acordo com um método de pagamento predeterminado. O método de pagamento é fundamental para o sucesso do programa. Quatro métodos comuns de pagamento são delineados a seguir. Cada método oferece estímulos e desestímulos diferentes para provedores controlarem os custos e a qualidade dos serviços:

- **Pagamento retroativo com base em um honorário pelo serviço:** os provedores recebem (*à la carte*) por cada serviço realizado que está coberto pelo programa de HMI. Pagamentos de acordo com um honorário pelo serviço podem ser baseados em uma tabela de honorários fixos para cada serviço, grupo de serviços ou sobre os custos cobrados pelo provedor. No caso da última, os pagamentos podem ser baseados em um percentual dos custos cobrados (ou seja, quando um desconto é negociado ou quando há divisão de custos). Este é o modelo mais prevalente entre os programas pesquisados. Nos países desenvolvidos, esse método de pagamento é, em geral, associado a um aumento tanto em volume de serviços prestados quanto em despesas globais de saúde (Langenbrunner et al., 2009).
- **Pagamento retroativo com base no caso:** os provedores recebem um valor que inclui tudo (às vezes chamado de pagamento "global"), normalmente por todos os serviços prestados junto com a hospitalização ou um episódio de tratamento, que pode incluir tratamento pré e pós-hospitalização. Pagamentos caso a caso podem ser constantes ou variar de acordo com fatores, tais como diagnóstico ou idade do paciente, que podem influenciar bastante o custo do tratamento.
- **Pagamento retroativo por dia:** os provedores recebem uma quantia por dia de internação, que inclui tudo. Os valores por dia podem variar de acordo com o tipo de serviço ou leito, como, por exemplo, tratamento intensivo, cirurgia ou dias de enfermaria.
- **Pagamento futuro por capitação:** os provedores recebem um pagamento fixo por adesão por um período definido, geralmente um ano. Pagamentos por capitação não são afetados pela utilização dos serviços (quantidade e tipo) pelo segurado; são

efetuados na forma de pagamentos prospectivos (adiantados) ao provedor de saúde que o associado escolhe. A capitação pode ser aplicada a um serviço de saúde específico ou um conjunto de serviços, tais como tratamento primário (ambulatorial) ou a capitação pode ser aplicada em termos "globais", ou seja, para toda a assistência médica, incluindo tratamento primário, secundário e terciário.

Pode ser difícil desenvolver pagamentos justos, independentemente do método utilizado, tendo em vista a grande variação nos custos de referência e a tendência para que os custos não se baseiem no valor acrescido de uma margem cabível ou que estejam apoiados por dados precisos. Outro desafio com todos os métodos de pagamento é que os profissionais de saúde podem tentar "equilibrar a conta" ou cobrar taxas adicionais não reembolsadas pelo pagamento efetuado pelo mecanismo de TPP.

Do ponto de vista do programa, cada método de pagamento apresenta vantagens e desvantagens, conforme ressaltado na Tabela 6.3. Medidas para compensar as desvantagens variam dependendo do método de pagamento escolhido (OIT STEP, 2006; Langenbrunner et al., 2009).

Tabela 6.3 **Vantagens e desvantagens dos diferentes métodos de pagamento**

Método de pagamento	*Vantagens*	*Desvantagens*

Pagamento pelo serviço	– Fácil de entender e implementar; normalmente o método usado pelos provedores de saúde
	– Estimula prestação de serviços, o que pode ajudar o acesso ao tratamento por famílias de baixa renda
	– Geralmente bem aceito pelos provedores de saúde
		– Alimenta a inflação médica fornecendo um incentivo financeiro para:
		  – utilização em excesso dos serviços (aumento de volume)
		  – aumento dos custos cobrados (aumento do custo unitário)
		– Programas de HMI arcam com todo o risco financeiro e podem tentar restringir sinistros limitando serviços cobertos ou estando propensos a recusar sinistros
		– Podem exigir intervenções impopulares para reduzir sinistros inapropriados

Por caso	– Simplifica a administração de sinistros – Transfere o risco financeiro do tempo de estadia para provedores – Estimula gestão eficiente do tratamento (menos tempo de estadia)	– Incentivo ao diagnóstico e conta para casos mais complexos (receita mais alta) – Incentivo para reduzir tempo de estadia e serviços que venham a ser necessários – Incentivo para realizar internações desnecessárias – Difícil de estipular um custo justo por caso para todos os pacientes (ou seja, incluindo valores discrepantes)
Por dia	– Simplifica a administração de sinistros – Transfere o risco financeiro do custo por dia para provedores – Estimula gestão eficiente do tratamento (menor quantidade de serviço por dia)	– Incentivo para aumentar tempo de estadia – Incentivo para reduzir serviços que podem ser necessários – Incentivo para realizar internações desnecessárias
Capitação	– Simplifica a administração de sinistros (nenhum sinistro necessário) – Fluxo constante de receita (pré-pagamento) para provedores (vantagem de fluxo de caixa) – Permite a transferência de risco financeiro para o provedor de saúde – Estimula os provedores a fornecerem tratamento preventivo e estimula tratamento precoce e menos oneroso	– Provedores geralmente não receptivos devido à instabilidade para gerir o risco financeiro do tratamento – Dificulta precificar com exatidão sem grande adesão devido à alta variação no custo da saúde para pequeno número de pacientes e carência global de dados – Incentivo para reduzir tratamento – Incentivo para excluir grupos de alto risco (idosos, pessoas com HIV/AIDS, pessoas com doenças preexistentes e crônicas em alguns casos) – Estimula encaminhamento indevido para outros provedores nos casos mais caros quando alguns, porém não todos, serviços de saúde estão cobertos pelo pagamento por capitação – Pode ser difícil para a seguradora obter (encontrar) dados de utilização para reconciliar pagamentos com experiência real

A maioria dos programas pesquisados com mecanismo de TPP usa um método único de pagamento, embora 36 por cento usem uma combinação de dois ou mais métodos de pagamento. A maioria (69 por cento) negociou condições de pagamento pelo serviço, enquanto 40 por cento usam um método de pagamento com base no caso e 17 por cento negociaram um pagamento prospectivo por capitação.

As seguintes lições emergem dos estudos de caso:

- Métodos de pagamento que transferem algum risco financeiro para provedores de saúde (com base no caso, por dia, ou por capitação) têm maior potencial para conter os custos do que pagamento na forma de honorário pelo serviço, mas exigem medidas adicionais para controlar a qualidade do tratamento *(ver seção 6.2.3)*. Esses métodos são, em geral, mais difíceis de negociar com os provedores de saúde *(ver Caixa de Texto 6.3)*.
- A capitação pode ser uma forma adequada para pagar os provedores cujos eventos de saúde sejam de alta frequência/baixo custo (ou seja, mais previsíveis), incluindo tratamento ambulatorial. Isso ocorre porque é mais fácil estimar antecipadamente a frequência que as pessoas procurarão assistência médica primária em um determinado período e o custo aproximado envolvido. Esse tipo de pré-pagamento é mais difícil para o tratamento complicado e pouco frequente, como, por exemplo, hospitalização. A capitação também pode reduzir os custos de administração, porque os sinistros não precisam ser apresentados e processados para cada consulta *(ver Caixa de Texto 6.3)*.
- A capitação se adapta melhor aos contextos nos quais uma massa crítica de adesão pode ser alcançada com um determinado provedor. Essa massa é mais frequentemente passível de alcançar quando a escolha de provedores de saúde é limitada e/ou a população participante é significativa. Pagamentos por capitação são mais fáceis de estipular e gerir em locais onde o prestador pode entregar uma gama completa de serviços de saúde.
- Métodos de pagamentos combinados podem ser adequados em muitos aspectos (ou seja, capitação para provedores/serviços de saúde primários e por caso em ocorrências hospitalares), mas, muitas vezes, complicam a administração e aumentam os custos de gestão.

Limitar risco moral e fraude

Risco moral e fraude são desafios padrão no seguro saúde. Considerando que pacientes segurados nos programas de HMI com um mecanismo de TPP não arcam com o custo da assistência médica no momento do serviço prestado, a incidência do risco moral pode aumentar à medida que os clientes venham a considerar o tratamento como gratuito e usar serviços desnecessários. Da mesma forma, muitas vezes, os provedores de saúde consideram a seguradora como tendo uma maior capacidade de pagar do que um paciente que deve pagar diretamente e, portanto, pode considerar uma oportunidade maior para entregar serviços que estão cobertos, mas podem não ser necessários em termos médicos.

Programas de HMI com mecanismos de TPP enfrentam desafios semelhantes em relação à fraude nos programas que usam modelos de reembolso. Comportamento fraudulento pode ocorrer quando pacientes que não são segurados se apresentam como

tendo cobertura ou clientes segurados procuram serviços sem cobertura; os provedores podem se envolver em ações fraudulentas cobrando por serviços não entregues ou prestando serviços desnecessários para gerar receita adicional.

Cada um dos sete programas de HMI estudados implementou medidas para controlar risco moral e fraude por meio de estratégias no intuito de influenciar a conduta tanto de provedores quanto de clientes.

Caixa de Texto 6.3

A experiência do GRET-SKY com capitação

O GRET-SKY queria oferecer aos clientes acesso gratuito à saúde primária para limitar os casos hospitalares caros (contribuindo, assim, para a sustentabilidade do programa) e oferecer a eles um benefício atraente. A capitação foi pensada para oferecer o melhor método de pagamento para saúde primária, em parte porque pode limitar os custos administrativos associados à alta frequência de sinistros em saúde primária e porque limitava o risco financeiro do programa de HMI.

Estabelecer um acordo de pagamento por capitação exigiu longas negociações para lidar com as preocupações dos provedores públicos de saúde quanto a gerar receita suficiente. Vários fatores fizeram desta negociação um sucesso:

- O programa contou com o apoio do Ministério da Saúde, bem como da autoridade local de saúde.
- A primeira unidade pública de saúde contratada foi apoiada por uma ONG internacional que estava aberta a métodos alternativos de pagamento.
- A unidade pública de saúde contratada tinha excesso de capacidade e buscava mais pacientes.
- Todos os cálculos para determinar o valor da capitação eram transparentes para todas as partes. O GRET-SKY compensava qualquer perda financeira sofrida pelo provedor durante o primeiro ano, caso os custos pelos serviços prestados excedessem o valor da capitação.
- Quando o número de clientes segurados era limitado e os provedores relutavam em participar, o pagamento por capitação por cliente foi "impulsionado", a fim de garantir um valor mínimo de receita para os provedores participantes. Esse "impulso na capitação" diminuiu gradativamente conforme a adesão aumentou.

Uma vez por ano, o GRET-SKY avalia se o valor da capitação está apropriado para alcançar viabilidade financeira para ambas as partes e procede aos ajustes necessários. Por enquanto, o valor da capitação diminuiu progressivamente para muitos provedores contratados, visto que as taxas foram inicialmente "impulsionadas" para incentivar a participação. A experiência do GRET-SKY mostrou que cerca de dois anos eram necessários para eliminar o subsídio das taxas de capitação por pessoa (e não um ano, como inicialmente previsto).

Fonte: Autores.

Risco moral e fraude por provedores de saúde

É necessário monitorar utilização, custo e satisfação do paciente entregues nos vários sistemas de pagamento, e cada qual pode gerar tipos específicos de risco moral *(ver Caixa de Texto 6.4)*. Por exemplo, em ambientes de honorário pelo serviço, os provedores têm uma tendência bem conhecida de aumentar a quantidade e o custo de serviços. Para gerenciar o risco moral, os programas podem adotar uma série de abordagens, conforme descrito a seguir.

Desenho do produto: limite máximo total de benefício por pessoa para tratamento hospitalar (FMiA e Microcare). Esta pode ser uma forma eficaz de limitar a exposição ao risco, porém limita os benefícios para o tratamento necessário daqueles que sofrem uma catástrofe. Isto, por sua vez, pode reduzir o valor do programa de HMI, tanto o real quanto o percebido, a partir da perspectiva do cliente, fazendo com que o equilíbrio ideal seja difícil de alcançar.

Administração de sinistros: análise de sinistros e utilização de dados. Uma variedade de indicadores relacionados a custos altos ou baixos ou utilização pode ajudar a identificar situações de risco moral. São as seguintes:

- quantidade e custo de sinistros (total, segmentado por categoria de cliente, local, provedor, tipo de serviço e categoria de doença);
- frequência e custo por unidade (por exemplo, número e custo de internações hospitalares por 1.000 membros por ano);
- tempo médio de permanência, expresso em dias por internação (para hospitalizações);
- coeficiente de sinistros incorridos (sinistros incorridos/prêmio ganho);
- custos cobrados como um percentual da capitação total (para programas com capitação).

O acompanhamento mensal dos principais indicadores é essencial para analisar as taxas de incidência e identificar o risco moral de um programa. A interpretação desses indicadores exige um sistema de informações gerenciais (MIS, na sigla em inglês) e conhecimento para permitir que os dados sejam analisados. Para programas que utilizam um pagamento com base no caso, o foco deve ser garantir que o tempo de permanência e de prestação de serviços durante esta estadia seja apropriado, e que os provedores não peçam diagnósticos mais complexos ou tratem casos sem necessidade visando aumentar a receita. Em programas como a FMiA, os pedidos às vezes eram analisados duas vezes antes de serem enviados à seguradora para pagamento: a primeira análise era feita no momento da alta por um responsável do setor de vendas, que poderia, então, submeter os pedidos questionáveis a uma segunda análise pelo consultor médico da FMiA. Programas utilizando uma abordagem de pagamento futuro, como capitação, precisam monitorar o serviço prestado. O risco moral pode ocorrer na forma de provedores restringindo tratamento, uma vez que reduzindo a quantidade de tratamentos pode aumentar os lucros.

Gestão médica: implementar controles de utilização. Intervenções como, por exemplo, pré-autorização ou análise simultânea podem gerir tanto custo quanto qualidade prospectivamente e simultaneamente, e reduzir risco moral. No entanto, tais atividades (por exemplo, implementação de diretrizes de tratamento) podem ser complexas e onerosas para administrar, e são, muitas vezes, vistas como um incômodo pelos provedores, assim como pelos clientes.

Caixa de Texto 6.4

Um copagamento para limitar a utilização excessiva pelos clientes induz risco moral pelos provedores

Os programas de HMI em estudos de casos que usam capitação não exigem que quaisquer custos relativos a pequenos gastos sejam arcados pelos clientes, mesmo na saúde primária (por exemplo, consultas ambulatoriais). No GRET-SKY, um provedor contratado solicitou que um copagamento fosse implementado para desestimular o uso leviano dos serviços de saúde. O que aconteceu, porém, foi que o provedor de saúde, na realidade, estimulou consultas adicionais (e potencialmente desnecessárias) para acrescentar os pagamentos por capitação aos copagamentos. O copagamento desde então foi interrompido e o provedor recebe pagamento exclusivamente para tratamento por meio de capitação, enquanto o GRET-SKY monitora a utilização e a satisfação do paciente, a fim de avaliar se o acesso ao tratamento e seu uso é apropriado.

Fonte: Autores.

Risco moral e fraude por parte dos clientes

Quando o acesso à saúde é gratuito ou quase gratuito para os pacientes, o risco de utilização excessiva, especialmente de serviços ambulatoriais, aumenta. Uma estratégia comum é incluir algum tipo de participação do paciente no custo (Microcare, UMSGF). Além disso, muitos programas implementam um mecanismo de controlador, o que requer um encaminhamento por um provedor de saúde primário para acessar consultas com especialista ou serviços hospitalares. A associação a um programa de HMI desencadeia, muitas vezes, um período inicial de alta utilização, devido à demanda reprimida e tratamentos adiados, especialmente para cirurgias eletivas (por exemplo, correção de hérnia).

As lições dos estudos de caso demonstram que os profissionais de HMI entendem que uma expectativa de fraude zero não é realista. As estratégias para prevenir fraude incluem:

– **emitir um cartão de seguro família ou individual** com uma fotografia. Resultados da pesquisa on-line revelam que 67 por cento dos programas com mecanismos de TPP usam um cartão de identificação com uma fotografia e 14 por cento usam um cartão inteligente mais sofisticado que permite a verificação eletrônica de elegibilidade. Cartões de identificação com foto, no entanto, impõem desafios e há formas

de verificar a identificação sem esses cartões *(ver Caixa de Texto 6.5)*. A emissão de cartões acrescenta custos administrativos e, consequentemente, a economia em face da redução de fraude deve compensar o custo adicional. Os cartões podem não ser eficazes na prevenção de fraude quando os provedores de saúde não fazem uso desses cartões corretamente ou se o provedor é cúmplice na fraude; como, por exemplo, quando ele recebe o pagamento da seguradora por um cliente sem seguro que pode não ter recursos para pagar pelo tratamento. A elaboração de cartões de identificação com foto também pode ser um problema, considerando que muitas vezes o cliente e os membros da família que estão segurados devem obter, pagar e enviar as fotografias para a seguradora. Finalmente, em alguns locais as fotos podem ser inaceitáveis, por motivos religiosos ou por outras razões, especialmente para mulheres.

– **verificar a identificação por meio do agente de ligação e tecnologia**. O agente de ligação pode fomentar uma "cultura do cliente", ajudando os clientes a entenderem melhor os benefícios de seu programa de HMI, e aliviar a carga sobre os provedores de verificar a elegibilidade. No entanto, o provedor de saúde continua a desempenhar um papel importante na gestão de fraude e deve ser apropriadamente treinado. Ter um agente de ligação do seguro dentro das unidades de saúde implica um risco de fraude interna que precisa ser levado em conta. Por exemplo, a Microcare faz rodízio dos enfermeiros que exercem a função de ligação em um provedor de saúde com o intuito de limitar o potencial de fraude. A Microcare também conseguiu uma redução de 30 por cento na sinistralidade quando um sistema computadorizado de *check-in* foi introduzido em uma clínica. Tal redução foi atribuída a uma redução da fraude, o que pode ocorrer quando pessoas sem seguro acessam a assistência médica usando o nome de uma pessoa segurada.
– **exigir pré-autorização de serviços de alto custo.** A função do controlador para limitar a utilização fraudulenta de assistência médica é especialmente importante quando os provedores recebem pagamentos na forma de honorário pelo serviço (FMiA, UMSGF e Yeshasvini). Normalmente, a pessoa segurada deve solicitar uma autorização do programa para acessar os serviços de saúde. A autorização rápida é importante para a satisfação do cliente. Autorizações para casos de emergência são geralmente dadas no prazo de 24 horas. Quando possível, um processo de telefone/fax sem cobrança de tarifa pode ser implementado para acelerar o processo (FMiA e Yeshasvini). Com os avanços em tecnologia e também uma disponibilidade mais ampla de tecnologia, estão sendo introduzidas opções baseadas em internet que usam telefones celulares, computadores ou ponto de dispositivos de serviço. A pré-autorização não se aplica à saúde primária devido à alta frequência de serviços e critérios menos claros disponíveis para seu uso (por exemplo, quando é necessário procurar tratamento médico para uma dor de cabeça?).
– **fornecer listagens precisas de clientes elegíveis** para provedores de saúde, o que é importante para sistemas com pagamento por capitação. Esta estratégia é mais simples para programas de HMI que limitam, por exemplo, a adesão a uma vez por ano, entretanto, é mais onerosa para programas de HMI, como GRET-SKY e CBHI, que

mantêm aberta a adesão. Ambos os programas dispõem de procedimentos e prazos claros para assegurar que os dados de elegibilidade sejam fornecidos para as unidades de saúde no início de cada mês.

Caixa de Texto 6.5

Combater fraude sem identificação de fotografia

Depois de testar um cartão inteligente com fotografias, os quais podem ser usados na recepção de um hospital, a FMiA deu início a um processo de identificação mais simples que usava carteira nacional de identidade (NIC, na sigla em inglês) com fotografias. A FMiA emitiu um cartão de seguro sem fotografia e solicitou ao segurado para apresentar sua NIC na hora da internação. O risco de fraude permaneceu em relação às crianças, que não têm NIC. Nos casos em que uma NIC não havia sido emitida ou não estava disponível, as certidões de nascimento eram solicitadas. Um sistema de identificação por impressão digital foi considerado; entretanto, no final, não foi implementado devido ao tempo e custo estimado para obter as impressões digitais de todos os membros na hora da adesão. A FMiA também administrou a fraude utilizando um processo de pré-autorização e um sistema de "controladoria" com o pessoal da FMiA nos hospitais contratados.

Fonte: Autores.

6.2.3 Gerenciar a qualidade do tratamento

Além de acesso e custo, a terceira dimensão de padrões relevantes para estabelecer e gerir um mecanismo de TPP é a qualidade do tratamento. A qualidade pode ser definida com base em critérios objetivos e subjetivos, e pode ser medida com indicadores clínicos, bem como indicadores não clínicos ou de serviço. As evoluções clínicas, como, por exemplo, taxas de infecção, são exemplos de qualidade objetiva de indicadores da saúde. Uma vez que dados e/ou *benchmarks* da evolução clínica muitas vezes não estão disponíveis, outros critérios podem ser utilizados como uma melhor alternativa. Por exemplo, as credenciais dos provedores de saúde muitas vezes são avaliadas como uma *proxy* da qualidade clínica. Às vezes, os dados de sinistros podem ser extraídos para desenvolver avaliações retroativas de qualidade, utilizando os profissionais de saúde para analisar os padrões de tratamento. A qualidade dos serviços, definida por indicadores, por exemplo, horas de trabalho ou escopo dos serviços prestados, também pode ser medida.

A qualidade subjetiva da assistência médica, às vezes mencionada como a experiência do paciente, reflete normalmente a visão do paciente sobre a assistência médica recebida. Visões subjetivas podem ser medidas por meio de pesquisas ou grupos de discussão sobre uma série de temas, como conforto das instalações, atitudes dos provedores de saúde e custo-benefício.

Programas de HMI exigem que os membros usem uma rede definida de provedores de saúde quando eles implementam um mecanismo de TPP. Assim, a má qualidade do serviço prestado em unidades da rede – seja real ou percebida – pode prejudicar a manutenção do cliente e a reputação do programa de HMI. Conforme indicado na Tabela 6.3 anteriormente, os programas de HMI que usam o pagamento por capitação podem ser ainda mais vulneráveis a questões de qualidade do tratamento, uma vez que os provedores têm um incentivo financeiro para limitar o tratamento.

Medir a qualidade do tratamento

Para promover a qualidade de tratamento, os programas de HMI devem encontrar meios objetivos de medi-lo *(Ver Caixa de Texto 6.6)*. Uma maneira de fazer isso é comparar quantidade real e tipo de serviços (por exemplo, internações por milhares de clientes, número de contratos com provedor de saúde primário por pessoa por ano, número de prescrições por consulta, percentual de crianças imunizadas), em relação aos padrões de morbidade (doença) e mortalidade (morte) estimados. Desenvolver normas pode ser um desafio. Em última análise, com qualidade e quantidade suficientes de dados, a comparação deve ser possível. No entanto, muita cautela há de se ter na interpretação dos dados, pois pode haver muitas variações naturais nas evoluções clínicas entre pacientes. Essas variações podem ser explicadas, por exemplo, por alimentação, educação, saneamento e ocorrência de desastres naturais ou provocados pelo homem.

Caixa de Texto 6.6

Monitorar a qualidade do serviço de saúde

Zurich Bolivia e BancoSol têm um mecanismo de TPP funcionando com um administrador terceirizado (TPA), a PROVID. A PROVID recebe um pagamento por capitação (e, em seguida, paga os provedores de saúde contratados de acordo com vários métodos de pagamento, incluindo o pagamento por serviço). A PROVID monitora a utilização dos serviços de saúde e mantém dados de sinistros. Realiza, ainda, controles regulares da qualidade do serviço no local, em unidades de saúde contratadas, enviando seus funcionários para se passarem por pacientes potenciais, com o intuito de testar como eles são recebidos e tratados.

Pelo fato de o BancoSol distribuir o produto de HMI aos seus clientes de microfinanças, caixas de sugestões foram colocadas nas filiais do BancoSol para permitir que os clientes segurados comentem sobre os serviços de HMI. É fundamental para a instituição de microfinanças se certificar de que os clientes estão satisfeitos com o programa de HMI, uma vez que isso pode afetar a reputação da BancoSol.

Fonte: Autores.

O programa de HMI pode avaliar a frequência e o tipo de serviços de saúde que estão sendo entregues a cada paciente ou por provedores de saúde específicos. O avaliador (teoricamente, um profissional clínico do programa de HMI) pode atender os provedores de saúde para discutir casos e tendências raros, e desenvolver intervenções apropriadas.

Estabelecer padrões de qualidade

Em todos os sete estudos de caso, os contratos dos provedores de saúde estabelecem padrões para vários aspectos de qualidade. Por exemplo, os contratos, em geral, exigem que pacientes segurados sejam tratados da mesma forma que pacientes não segurados, em termos de acesso a serviços e padrões clínicos de tratamento. O comportamento dos provedores de saúde em relação aos membros do programa de HMI deve ser monitorado para quaisquer evidências de que os membros recebem serviço inferior. Isso pode ocorrer em função de uma percepção de que um paciente não está efetuando pagamento com recursos próprios no momento em que o serviço é prestado ou que está recebendo descontos ou tarifas especiais e é de condição socioeconômica inferior. Alguns contratos com mecanismos de TPP estipulam a aderência aos protocolos de tratamento ou diretrizes de assistência médica e asseguram a disponibilidade de medicamentos essenciais.

Em outros contratos, como o da UMSGF *(ver Caixa de Texto 6.7)*, os provedores de saúde são proibidos de solicitar taxas adicionais além daquelas previstas no plano de benefícios, tais como copagamentos. Tais disposições existem para desencorajar práticas fraudulentas, o que pode ser galopante em unidades onde os salários são baixos ou prevalece uma cultura de corrupção.

Para alguns programas de HMI, um contrato com base no desempenho pode ser uma maneira útil de promover a qualidade em assistência médica. O GRET-SKY está testando um contrato com base no desempenho com um pagamento por capitação ajustado por taxas de utilização. Metas para utilização de serviços são definidas com cada provedor e um pagamento por capitação é associado a essa meta. Se a utilização real ficar abaixo da meta, os provedores recebem um pagamento por capitação menor. Quando a utilização excede a meta, os provedores de saúde também recebem um pagamento por captação menor, mas em menor escala. O objetivo é estimular os provedores de saúde a conseguirem uma utilização ótima (desejável) e desestimular a potencial utilização em excesso. O uso de utilização como um indicador indireto de qualidade clínica pode ser útil em um contexto no qual medidas mais específicas de qualidade clínica podem estar indisponíveis.

Caixa de Texto 6.7

Melhorar a qualidade do tratamento

Apesar das relações de colaboração com provedores de saúde, a qualidade do tratamento é um desafio importante para a UMSGF. O programa de HMI tem tomado uma série de medidas para melhorar a situação.

Unidades de saúde contratadas estão subcusteadas e enfrentam grande escassez de medicamentos. Para melhorar a qualidade do tratamento (e a satisfação do cliente), a UMSGF passou a cobrir o custo de medicamentos comprados em farmácias privadas quando prescritos por um hospital contratado. Infelizmente, esta iniciativa resultou em um rápido aumento nos custos de sinistros e, portanto, teve de ser interrompida. Agora, um fundo rotativo para medicamentos foi criado com o apoio de doadores para comprar um estoque de drogas que possam ser fornecidas aos clientes quando a prescrição médica não estiver disponível diretamente em um provedor contratado.

Além disso, incentivos financeiros foram criados para incentivar a equipe médica a oferecer tratamento adequado aos pacientes segurados e limitar pagamentos não autorizados pelos pacientes (por exemplo, suborno por medicamentos). Mais recentemente, um agente de ligação foi destinado a cada unidade contratada para assegurar que os pacientes segurados são adequadamente acolhidos e atendidos.

Fonte: Autores.

Promover a qualidade clínica por intermédio de consultores médicos

Relacionados com qualidade clínica, estudos de casos revelam que os consultores médicos podem desempenhar um importante papel para medir a qualidade do tratamento em relação aos padrões definidos, especialmente quando um provedor de saúde não está diretamente envolvido em sinistros e gestão da assistência médica (FMiA, UMSGF, GRET-SKY, CBHI). Um consultor médico monitora a qualidade do tratamento com os profissionais de saúde por meio das principais funções a seguir:

- **Avaliar se os pacientes segurados recebem serviços de saúde adequados** de acordo com o diagnóstico e o estado de saúde. Esta avaliação pode ser: 1) prospectiva, ao autorizar o tratamento ou avaliar um provedor em relação aos critérios de participação na rede, 2) simultânea, como, por exemplo, por intermédio da gestão de caso de uma hospitalização, ou 3) retroativa, por meio de análise de sinistros, encontros ou pesquisas de pacientes.
- **Fazer triagem e, periodicamente, auditoria na qualidade geral do tratamento** em unidades de saúde contratadas. Os indicadores de qualidade podem incluir critérios simples e mensuráveis, como horas de funcionamento, disponibilidade de equipe médica, disponibilidade de medicamentos e equipamentos de diagnóstico essenciais, e higiene.

- **Implementar e monitorar o cumprimento de protocolos padrão de tratamento.** Tais protocolos podem ser de domínio público e serem publicados por organizações, como a Organização Mundial de Saúde ou o Ministério da Saúde, conforme ocorre no Camboja e na RPD do Laos, ou podem ser patenteados e desenvolvidos pelo programa de HMI e/ou seus provedores de rede.

Promover a qualidade do serviço por intermédio de agentes de ligação

Todos os sete estudos de caso confirmam que os clientes percebem uma maior qualidade de assistência médica quando um agente de ligação os auxilia no acesso aos serviços de saúde. Os agentes de ligação muitas vezes realizam tarefas, tais como:

- acolher pacientes e os orientar na unidade de saúde;
- verificar benefícios e elegibilidade;
- registrar novos membros e cobrar prêmios;
- visitar pacientes internados e atuar como um advogado para garantir que tratamento e serviços adequados estejam sendo prestados, e ajudar a preparar paciente e família para alta; e
- cobrar *feedback* sobre satisfação do paciente e resultados por meio de pesquisas ou entrevistas.

Os serviços de ligação podem melhorar a percepção de valor e qualidade e, por sua vez, aumentar a confiança no programa e incentivar renovações, contribuindo para a sustentabilidade do programa. No entanto, uma vez eles tenham um custo, os programas de HMI devem avaliar quando e como prestar esses serviços de forma eficiente. Por exemplo, o programa deve decidir prestar um serviço de ligação apenas para hospitalizações ou também estar presente em unidades ambulatoriais. Um excelente custo-benefício pode ser alcançado com a oferta de um serviço de ligação em unidades que tenham um número mínimo de clientes ou de sinistros (Microcare). Outra estratégia de custo-benefício pode ser para um agente de ligação cobrir várias unidades em sistema de rodízio ou apenas durante horários de pico (GRET-SKY). Evoluções tecnológicas, tais como a disseminação de telefones celulares, também estimulou a criação de centrais de atendimento, que podem proporcionar muitos dos serviços de ligação desejada remotamente e a um custo consideravelmente mais baixo (cinco estudos de caso, incluindo FMiA).

Assegurar pagamento em tempo hábil para os provedores de saúde

Em um contexto no qual os provedores de saúde muitas vezes lutam para manter um fluxo de caixa suficiente para financiar as operações, é fundamental para um programa de HMI com um mecanismo de TPP fazer pagamentos pontuais aos fornecedores. Contratos com provedores de saúde normalmente estipulam as condições de pagamento, incluindo o prazo máximo permitido para pagamento por capitação ou reembolsos. O não cumprimento dos termos contratuais pode levar à recusa no

tratamento dos pacientes ou a exigir pagamento antecipado, o que pode prejudicar a reputação do HMI entre ambos, segurados e provedores, e pode até resultar na rescisão do contrato. Gerir a qualidade sob um mecanismo de TPP inclui, portanto, pagar os provedores de saúde em dia. Pagamento por cheque ou transferência eletrônica pode diminuir o risco de fraude ou perda, embora alguns programas (por exemplo, UMSGF e GRET-SKY) usem dinheiro.

As lições aprendidas a partir dos mecanismos de TPP retroativos que pagam os provedores de saúde em dia são as seguintes:

- A equipe de administração de sinistros precisa ter uma estrutura clara, e verificações no local devem ser realizadas sobre sinistros problemáticos.
- Um consultor médico deve realizar análises clínicas com foco apenas em casos problemáticos.
- Sistemas computadorizados devem estar funcionando para fornecer dados para preços e serviços cobertos.
- Sistemas descentralizados são necessários para capturar dados diretamente nas unidades de saúde (internação e alta).
- Transferências eletrônicas e/ou cheques devem ser usados para pagar provedores, a fim de reduzir custos e tempo, e evitar os riscos associados a transações em dinheiro.

A Microcare reduziu seu prazo de pagamento de sinistros de 30 dias para 14 dias, com uma reorganização do departamento de sinistros em cinco unidades, cada qual especializada em uma tarefa no processo de sinistros *(ver Caixa de Texto 6.8)*. No Yeshasvini, os sinistros são enviados por provedores de saúde para o administrador terceirizado (TPA), que avalia os sinistros com o apoio de um consultor médico. Esses sinistros são analisados pelo Yeshasvini Trust durante uma reunião mensal e aqueles que são aprovados são pagos por cheque ao TPA, que, por sua vez, paga os provedores de saúde por cheque. As condições de pagamento para provedores de saúde podem variar de 15 dias (meta) até três meses. Atrasos no pagamento são muitas vezes problemáticos, especialmente para pequenas clínicas que tendem a ter problemas de fluxo de caixa.

Caixa de Texto 6.8

A função da administração de sinistros

Em 2009, a Microcare reestruturou sua equipe de administração de sinistros composta de 12 pessoas em cinco unidades. Cada unidade administrativa cumpria uma função distinta para melhorar a eficiência:

1) **Faturamento**: os sinistros eram comparados às faturas do provedor de saúde (muitas vezes enviadas em lotes). Discrepâncias eram enviadas para a unidade de investigação.

2) **Entrada de dados**: os dados dos documentos dos sinistros eram inseridos no banco de dados informatizado. O sistema automaticamente alertava o pessoal da Microcare quando cobranças por serviços essenciais e medicamentos ultrapassavam limites aceitáveis. Foi feita uma pesquisa para validar se a cobrança era pertinente.
3) **Análise de dados**: um médico analisava se o diagnóstico e o respectivo tratamento eram apropriados, e um especialista em medicamentos checava preços e benefícios permitidos das drogas a fim de identificar possíveis ocorrências de fraudes ou faturamento inadequado. Solicitações questionáveis eram, então, examinadas; solicitações aprovadas eram enviadas para apuração, de modo que as solicitações questionáveis não atrasassem todo um lote associado a uma fatura.
4) **Investigação**: os administradores monitoravam os provedores de saúde para resolver as questões sobre solicitações (ex. falta de informação ou informações inconsistentes, cobranças inexplicáveis).
5) **Relatórios**: pedidos aprovados eram enviados para um supervisor para uma análise final e aprovação, o que desencadeava uma solicitação para o departamento de contabilidade efetuar o pagamento.

Fonte: Autores.

Com capitação, o programa de HMI paga um valor fixo por segurado que esteja vinculado a um provedor de saúde. Uma abordagem de pagamento per capita pode ser bastante simples quando as informações do cadastro são precisas, pontuais e são comparadas por um período mais longo. A administração de pagamentos por capitação torna-se complicada quando um programa permite cadastro aberto ou quando ajustes retroativos em razão de dados de cadastro defasados ou incorretos são necessários. A capitação pode ser mais difícil de administrar se os pagamentos per capita são feitos com mais frequência (por exemplo, mensalmente), e quando os pagamentos por parte dos membros variam de acordo com fatores, por exemplo, idade, gênero ou local (GRET-SKY, CBHI - *ver Caixa de Texto 6.3*). Outros desafios podem surgir relativos à cobrança de prêmio e administração de apólice. Por exemplo, a carência pode ser compulsória para reduzir seleção adversa, exigindo que o programa protele os pagamentos por capitação até que a carência tenha decorrido; ou uma carência pode ser aplicada para o prêmio não pago antes que uma apólice seja cancelada, dificultando que o programa de HMI efetue pagamentos *(ver Caixa de Texto 6.9)*. Considerando que estas complexidades ocorrem e os programas aumentam em escala, será necessário um melhor MIS.

Caixa de Texto 6.9

Equilíbrio entre prêmio e pagamentos por capitação

Atrasos ou falhas na cobrança de prêmio pode deixar um programa de HMI com fundos insuficientes para efetuar pagamentos futuros por capitação para os provedores de saúde. Dois programas, CBHI e GRET-SKY, permitem uma carência de três meses para os membros pagarem prêmios mensais devidos. No CBHI, os membros podem evitar o cancelamento caso paguem três meses de prêmio em atraso junto com o pagamento do prêmio do quarto mês, mas, para muitos, isso é inviável financeiramente, e os cobradores de prêmio do programa local relutam em cancelar a apólice. Em vez disso, os membros podem pagar por um mês, saltar dois, e, em seguida, pagar por mais um mês, a fim de evitar o cancelamento, pelo menos até que os serviços de saúde programados possam ser utilizados. Isso gera uma administração adicional e afeta a capacidade dos programas para efetuar os pagamentos por capitação dos provedores de saúde em dia.

Para minimizar tais dificuldades, o GRET-SKY solicita prêmio de três meses na adesão a fim de estabelecer reservas de caixa para pagamentos por capitação e reduzir a incidência de prêmios não pagos. Essa abordagem não foi implementada no CBHI da RPD do Laos, visto que os programas distritais não são informatizados e falta capacidade para gerir os pagamentos de prêmio adiantados.

Fonte: Autores.

6.3 Conclusões

Um mecanismo de TPP foi considerado na maioria dos programas de HMI pesquisados. Esta conclusão é, provavelmente, devido às vantagens potenciais de um TPP, especialmente aumentando o valor para o cliente por meio da eliminação de todos ou da maioria dos gastos com saúde pagos com recursos próprios. Um mecanismo de TPP também oferece as seguintes vantagens potenciais para programas de HMI:

- preço mais racional e justo dos serviços de saúde;
- aumento da qualidade do tratamento, podendo levar a melhores resultados de saúde;
- melhor utilização dos serviços, levando a tratamento melhor e custos mais baixos;
- melhor eficiência administrativa; e
- melhor serviço ao cliente.

Apesar desses benefícios, os mecanismos de TPP também apresentam desvantagens potenciais que os programas de HMI devem monitorar e gerir, tais como:

- falta de provedores de qualidade para construir uma boa rede de provedores que ofereça aos clientes todos os serviços cobertos, bem como opção e conveniência;

- falta de disposição dos provedores de saúde para contratar como parte de um mecanismo de TPP, em especial para concordar com exigências administrativas e financeiras impostas pelo programa;
- falta de tecnologia de sistema de informações;
- dificuldade em monitorar e gerir despesas de sinistros e custos administrativos sem criar procedimentos onerosos (e custos);
- riscos de fraude e abuso, tanto por clientes quanto por provedores de saúde.

Os programas de HMI citam inúmeras lições aprendidas sobre mecanismos de TPP:

- a contratação bem-sucedida com provedores de saúde requer uma abordagem de longo prazo com uma parceria. Os provedores de saúde podem concordar com mecanismos alternativos de pagamento, tais como capitação, desde que eles entendam que as condições são suficientes para eles cobrirem os custos e terem um lucro justo.
- a capacidade do programa de HMI de gerenciar os custos associados a risco moral, fraudes, sinistros e administração, enquanto oferece serviços adequados para clientes e provedores de saúde, dependerá, em grande parte, da qualidade e da eficiência do seu MIS.
- as abordagens que incentivam uma melhor qualidade da saúde incluem: a) avaliar até que ponto os pacientes segurados recebem serviços adequados de acordo com o diagnóstico e o estado de saúde, e b) fazer auditoria da qualidade da assistência médica em conformidade com os protocolos de tratamento padrão.
- as abordagens para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos incluem:
  a) localizar um agente de ligação em provedores de saúde contratados, a fim de apoiar planejamento de internações e altas médicas;
  b) monitorar indicadores simples e mensuráveis da qualidade da assistência médica oferecida, como horas de serviço e satisfação do paciente;
  c) criar uma linha direta de auxílio 24/7 (de preferência, livre de tarifa).
- métodos de pagamento que transferem algum risco financeiro para os provedores de saúde (com base no caso, por dia ou por capitação) são mais capazes para conter os custos do que os pagamentos por serviço, mas exigem medidas adicionais para controlar a qualidade do tratamento. Esses métodos são geralmente mais difíceis de negociar com os provedores de saúde.
- a capitação pode ser apropriada para eventos de saúde de alta frequência/baixo custo (isto é, mais previsíveis), como, por exemplo, tratamento ambulatorial, sem comprometer a saúde financeira do provedor de saúde, e parece apropriada para contextos em que uma massa crítica de adesão pode ser alcançada com os provedores.
- programas de HMI que pagam sinistros com base em um pagamento por serviço podem ser tentados a restringir cobertura para limitar o número e o custo de sinistros em resposta ao incentivo financeiro de provedores de saúde em relação ao excesso de serviços prestados.

Além disso, os programas de HMI podem estar dispostos a contratar um TPA para gerir seus mecanismos de TPP e manter uma rede adequada de provedores de saúde, especialmente ao aumentar em escala e expandir geograficamente. Na maioria dos países em desenvolvimento, os serviços de TPA financeiramente viáveis e adequados ao pobre que funcionam bem podem ser difíceis de encontrar, embora isso esteja mudando com o desenvolvimento de sistemas baseados em internet, como, por exemplo, o uso de telefones celulares para transferência de dados. Uma análise mais aprofundada da disponibilidade e dos prós e contras de TPAs merece mais consideração.

Conforme um programa amadurece e atinge certo grau de volume e complexidade, o investimento em tecnologia da informação e o aperfeiçoamento na coleta e análise de dados tornam-se cada vez mais necessários, não só para gerir o risco moral, mas também para avaliar a qualidade do tratamento e identificar formas para melhorar o produto. A aplicação de tecnologia da informação com o aumento da análise de desempenho do programa deve fazer parte do plano de negócios do programa a fim de obter escala e viabilidade.

7 A busca ilusória por estimativas sobre disposição de pagar por microsseguro saúde

David Dror e Ruth Koren

Os autores, agradecidos, reconhecem os comentários e sugestões úteis de quatro revisores: Aparna Dalal (OIT), Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), e Lisa Morgan (Milliman).

O foco na população pobre nos países de baixa renda (PBR) implica uma restrição de preço para aqueles que pretendem fornecer seguro saúde. O desafio é precificar seguro saúde a um nível que garanta o equilíbrio entre despesa e receita, pelo menos em longo prazo, e permaneça financeiramente viável e atraente para o pobre. Esse equilíbrio pode ser alcançado, seja limitando as despesas em relação à receita de prêmio disponível quando a adesão é geralmente voluntária – mesmo que a unidade de filiação possa incluir mais do que um indivíduo, por exemplo, famílias ou comunidades inteiras, como é normal no seguro saúde mútuo e com base na comunidade – ou definindo primeiro o pacote de benefício e, em seguida, os prêmios necessários para cobrir o custo, o que é típico de programas compulsórios e comerciais.

Este capítulo se concentra na questão da adesão voluntária no seguro saúde. Devemos primeiro explicar por que pessoas com baixa renda desejam comprar seguro, em primeiro lugar, uma vez que isso pode esclarecer como muitas pessoas estão dispostas a pagar. Uma explicação bem conhecida ligada à teoria da utilidade esperada é que o seguro é uma trade-off entre a perda incerta, mas potencialmente grande (ocorrida caso o indivíduo não segurado tenha de pagar pelo risco), e uma perda certa, mas pequena (incorrida pelo pagamento de um prêmio que elimina o risco de valor financeiramente inviável). A hipótese implícita é que todas as pessoas são avessas ao risco. No entanto, em ambiente de baixa renda, essa hipótese não é verdadeira em todos os casos; por exemplo, o prêmio pode ser considerado um custo de alto risco, em vez de um custo para redução de risco, em particular quando as pessoas que pagaram o prêmio não recebem nenhum benefício em troca (mesmo quando incorreram em alguns custos de saúde). Ademais, esta teoria não explica o quanto as pessoas estão dispostas a pagar pela certeza quanto à sua exposição ao risco. Por exemplo, vale a pena pagar INR100 ou 150 (US$2,25 ou US$3,40) para cobrir hospitalização até INR5,000 (US$115)? A teoria também não explica que relação pode haver entre a disposição de pagar (DDP) e os níveis de renda (por exemplo, as pessoas mais ricas estão preparadas para pagar uma parcela da sua renda diferente daquela que a população mais pobre paga para o mesmo seguro?), os níveis de exposição ao risco (por exemplo, a exposição anterior ao risco segurado influencia o valor que as pessoas estão dispostas a pagar como prêmio?) ou outros parâmetros relevantes (por exemplo, a educação, influencia a DDP?). Um melhor conhecimento dos parâme-

tros que costumam influenciar a DDP pode ser muito útil para os profissionais e formuladores de políticas no desenvolvimento de um produto de seguro que atenda à população-alvo.

Uma forma de estimar a DDP é seguindo o método de preferências reveladas (PR) introduzido por Samuelson (1938). PR é uma abordagem de modelagem preditiva de DDP que se baseia no estudo do comportamento de compra real, não do produto no qual estamos interessados, mas de outros produtos afins a partir dos quais desejamos identificar o valor que as pessoas atribuem a um produto – ou estariam dispostos a pagar por ele – um produto para o qual não há informações sobre compra. As primeiras aplicações da abordagem PR foram feitas na década de 1940 para estimar o valor que poderia ser cobrado para entrar em Parques Nacionais nos Estados Unidos; naquela época, não havia informações sobre preços, porque os Parques Nacionais eram novos, e este é o caso do microsseguro hoje. Os custos de viagem das pessoas foram usados para inferir a DDP. No contexto da nossa investigação, não conseguimos encontrar qualquer estudo publicado sobre estimativa da DDP por microsseguro saúde (HMI), utilizando o método preferências reveladas, o que deixa em aberto a pergunta-chave sobre qual seria uma estimativa correta ou margem de erro para estimar a DDP por seguro saúde.

A opção alternativa, chamada de preferências declaradas (PD), é perguntar às pessoas quanto estariam dispostas a pagar pela cobertura de seguro que elas ainda não têm e que talvez ainda nem esteja no mercado. Existem várias formas de atribuir valor a bens não comerciais. Uma das mais utilizadas, chamada de valoração contingente (VC), consiste na utilização de métodos de pesquisa para apresentar aos entrevistados cenários hipotéticos sobre uma intervenção sob avaliação (ou produto de seguro neste caso). Os entrevistados são obrigados a pensar sobre a contingência de um mercado real para os benefícios e indicar o valor máximo que eles estariam dispostos a pagar por eles.

A DDP é aparentemente mediada pela capacidade de pagar e pelos aspectos individuais e culturais que determinam o benefício percebido. Quisemos examinar a comprovação disso e demos início a uma análise sistemática da literatura. Quando essa análise foi concluída (em 2010), encontramos vários estudos que foram relatados provenientes de uma série de países na Ásia e na África sobre DDP por seguro saúde entre o pobre em PBRs (a população-alvo do microsseguro). Este capítulo contém uma comparação dos resultados desses estudos, particularmente dos recursos que surgiram como variáveis explicativas para DDP, alguns dos quais dependem do tempo e do contexto, enquanto outros parecem descrever os principais determinantes da DDP por seguro saúde entre o pobre em PBRs. O estudo termina com uma síntese dos resultados que apontam para a forma como as estimativas de DDP podem ser obtidas, enquanto, ao mesmo tempo, ressaltam as limitações inerentes aos métodos utilizados para elicitar a DDP.

7.1 Métodos de elicitação da DDP

A questão metodológica crucial em VC é a forma como as informações DDP podem ser elicitadas. Por exemplo, as respostas podem ser influenciadas pelo produto em questão e pelas características da população-alvo. No entanto, o processo de levantamento pode influenciar os resultados das pesquisas de VC, em áreas tais como: 1) como a informação é obtida e apresentada; esta informação é clara e completa? As pessoas podem imaginar a situação?, 2) Como as pessoas pagam pelo evento de saúde (por exemplo, com recursos próprios, tributação ou seguro saúde privado?), 3) Durante que período de tempo o produto é avaliado? Isto garante o orçamento e as restrições de fluxo de caixa do entrevistado. 4) Como a pesquisa é administrada? (por exemplo, respostas individuais ou em grupo?).

Há um debate considerável sobre o formato exato no qual as perguntas devem ser feitas, porque cada formato possível parece propenso a alguma polarização *(ver Tabela 7.1)*.

7.1.1 Formato aberto

As aplicações VC começaram com o uso de formatos abertos, em que os respondentes eram solicitados a indicar o valor mais compatível com a avaliação do pacote de seguro hipotético apresentado. Os entrevistados achavam difícil responder às perguntas, levando a baixas taxas de resposta e alto grau de variação. Devido aos resultados frustrantes, formatos fechados alternativos de elicitação foram desenvolvidos.

7.1.2 Formatos fechados

O "jogo de lances" (BG, na sigla em inglês) é um exemplo de um formato fechado de elicitação, no qual o entrevistado é perguntado se está disposto a pagar um determinado valor. Dependendo da resposta, o lance é mais baixo ou mais alto, e o indivíduo é perguntado sobre esta nova proposta ("BG bidirecional"). Esse processo continua até o valor máximo da DDP ser encontrado. Por outro lado, o BG "unidirecional" pode ser ascendente, caso em que o lance inicial é muito baixo e é aumentado até os entrevistados recusarem o lance, ou descendente, em que o lance inicial é muito alto e é reduzido até os respondentes aceitarem o lance. Supõe-se que o BG descendente seja para produzir uma DDP maior. Um problema com o BG é que o valor máximo no processo de leilão pode ser influenciado pelo valor do primeiro lance; um primeiro lance maior foi relatado para resultar em uma DDP maior. Isto é chamado de "polarização do ponto inicial".

Outro método, chamado de "técnica de escolha dicotômica" (DC, na sigla em inglês) envolve pedir para os indivíduos responderem à pergunta sobre se eles pagariam um determinado valor para uma mercadoria específica com um "sim" ou "não".

A curva de demanda é estimada de acordo com a variação do valor do lance dos entrevistados, e a área sob essa curva de demanda representa a DDP mediana.

Uma variação da técnica de DC é a "escolha dicotômica com pergunta de acompanhamento". Na primeira etapa, os entrevistados declaram se estão dispostos a pagar um determinado valor; na segunda etapa, aqueles que disseram "sim" conseguem um lance maior, e aqueles que disseram "não" conseguem um lance mais baixo. De acordo com Asfaw e Braun (2005), os problemas com a polarização do ponto inicial podem ser parcialmente atenuados pela presença de um segundo lance.

Outra variante da DC é a abordagem de "pegar ou largar" (TIOLI) na qual para cada entrevistado é feita uma pergunta durante pesquisas de grande número de pessoas. Os dados são então analisados usando técnicas de econometria para identificar a forma da distribuição. As dificuldades com esta abordagem estão na identificação da série relevante de lances necessários para a estimativa precisa.

Outro método similar é chamado de "cartão de pagamento" (PC, na sigla em inglês). Cada indivíduo é solicitado a escolher sua DDP máxima da mesma lista especificada de valores possíveis, o que fornece ao entrevistado um contexto claro para fazer a avaliação. O método de PC alcançou uma taxa de conclusão mais alta e gerou avaliações mais altas do que no formato aberto. Ele não está exposto em relação à polarização do ponto inicial (como o jogo de lances) ou às respostas "sim" (como na escolha dicotômica), mas a polarização potencial ao se utilizar o método PC é a "polarização do ponto mediano": os inquiridos tendem a declarar sua DDP máxima no meio do cartão. De acordo com Bayoumi (2004), utilizar o método de PC com um processo de lances de acompanhamento pode definir o valor mais precisamente.

Tabela 7.1 **Vantagens e desvantagens dos diferentes métodos de elicitação**

Formato elicitação	*Prós*	*Contras*
Formatos abertos (OE, na sigla em inglês)	método simples e fácil	– difícil de responder – taxa de resposta baixa – resultados são sensíveis a discrepâncias – polarização de *compliance*
Formatos fechados		
Jogo de lances (BG, na sigla em inglês)	– fácil e simples de responder – fácil para pessoas acostumadas a lances para seus bens utilitários	– polarização do ponto inicial
Escolha dicotômica (DC, na sigla em inglês)	– método simples e fácil; o entrevistado tem apenas de fazer uma ou duas escolhas	– resultados em estimativas de DDP mais alta em comparação ao OE e PC – polarização do ponto inicial – polarização do sim
TIOLI	– método simples; o entrevistado tem apenas de fazer uma escolha	– polarização do sim
Cartão de pagamento (PC)	– contexto compreensível para fazer a avaliação – pode ser autoadministrado – receptível à coleta de dados (questionário não supervisionado ou postal)	– polarização da faixa – polarização do ponto da margem de erro – polarização do ponto mediano – polarização do hipotético – polarização do efeito emocional reconfortante/desejabilidade social

7.2 Pesquisas sobre experimentos de DDP relevantes

Para conseguir um lançamento bem-sucedido de HMI, é importante compreender a DDP relativa ao contexto do público-alvo. As três questões que são de interesse particular são: 1) quais são as dificuldades associadas à previsão de quando a pesquisa de DDP deve ser realizada antes que os entrevistados possam realmente comprar HMI?, 2) quais variáveis explicam as diferenças de DDP entre as famílias no mesmo local e em diferentes locais e momentos? e 3) como estimativas DDP confiáveis e comparáveis podem ser obtidas com um investimento mínimo de tempo e dinheiro?

Com o objetivo de analisar o que foi feito neste sentido, realizamos várias pesquisas na literatura em 2010, incluindo uma pesquisa do banco de dados da MEDLINE; os termos da busca incluíram: "DDP" ou "disposição de pagar" e "saúde seguro": foram obtidas 179 respostas; uma busca refinada se baseou no cruzamento de palavras-chave: "disposição de pagar" com "seguro de saúde" ou "pré-pagamento-saúde" e uma das seguintes palavras-chave: "países em desenvolvimento"; "Ásia"; "África"; "América Latina"; "baixa renda"; "pobre"; "microsseguro" ou "CBHI (seguro saúde com base na comunidade)". Foram mantidos 18 artigos relevantes para o tópico "DDP por seguro saúde em países de baixa renda". Também examinamos as referências dos artigos anteriormente mencionados para identificar outros documentos que não apareceram nas buscas on-line; dois artigos foram identificados (um sobre um estudo realizado no Paquistão e outro em Camarões), elevando o total para 20 artigos.

Uma filtragem minuciosa dos artigos revelou que três experimentos foram relatados por mais de um artigo, e, desta forma, este capítulo se baseia em 14 estudos de campo experimentais sobre DDP por seguro saúde entre pessoas de baixa renda nos países em desenvolvimento, porém sobre 20 artigos. Os países incluíram Burkina Faso (cinco artigos), Camarões, China (dois artigos), Etiópia (dois artigos), Gana, Índia (dois artigos), República Islâmica do Irã, Namíbia, Nigéria (dois artigos), Paquistão, República Unida da Tanzânia e Vietnã.

A Tabela 7.2 resume os métodos de levantamento utilizados nos estudos de campo. Todos os pesquisadores utilizaram a abordagem CV, entretanto com diferenças notáveis no método para elicitar a DDP e as definições de vários parâmetros.

Tabela 7.2

Visão geral dos dados, locais e métodos de elicitação de DDP usados[1]

Autores	*Data*	*Amostra*	*País*	*Objetivo*[3]	*Unidade de pesquisa*	*Método*
Walraven	1996	821 I + 1500 HH	República Unida da Tanzânia	DDP por programa de seguro saúde local	I + HH	
Asenso-Okyere et al.	1997	164 urbano + 142 rural	Gana	DDP por seguro saúde	HH	BG
Mathiyazhagan	1998	1.000	Índia	DDP por um CBHI rural	HH	OQ
Masud et al.	2003	600	Paquistão	DDP por tratamento primário de seguro saúde	HH	OQ
Dong et al.	2003	2.414 I + 705 HH	Burkina Faso	DDP por CBHI	I + HH	TIOLI + BG
Binam et al.	2004	471 rural	Camarões	DDP por seguro saúde rural	HH	BG
Asfaw and Braun	2005	550	Etiópia	Avaliar possibilidades por CBHI rural	HH DC + F	
Bärnighausen et al.	2007	621	China	DDP por seguro saúde básico	I	PC
Ying et al.	2007	2.671	China	DDP por seguro saúde privado (setor informal urbano)	I	BG + OQ
Dror et al.	2007	3.024	Índia	DDP por CBHI	HH	BG
Lofgren et al.	2008	2.070	Vietnã	DDP por seguro saúde	HH	TIOLI + OQ
Gustafsson-Wright et al.	2009	1.700	Namíbia	DDP por seguro saúde de baixo custo	HH	DC + F
Onwujekwe et al.	2010	3.070	Nigéria	DDP por CBHI	1 + HH	BG + OQ

[1] Em torno de 90 por cento de 1 milhão da população-alvo optaram por permanecer sem seguro durante o primeiro ano do CBHI.
I = Individual; HH = família; OQ = pergunta aberta; BG = jogo de lances; DC + F = escolha dicotômica com pergunta de acompanhamento; PC = cartão de pagamento.

Alguns pesquisadores usaram perguntas diretas abertas, como, por exemplo, *"Quanto você pagaria por seguro saúde?"* (com uma explicação detalhada sobre o produto de seguro saúde em questão). Walraven obteve a DDP perguntando *"Quanto você está disposto a pagar por ano para cada membro de sua família (para ter cobertura de serviços no hospital)?"*. Masud et al. também utilizam uma pergunta direta: *"Você estaria disposto a pagar [pagar adiantado] por assistência médica em uma unidade de saúde do governo?" ... E qual é o valor máximo que você estaria disposto a pagar?* "Mathiyazhagan (1998) e Lofgren et al. (2008) primeiro apresentaram um preço âncora perguntando aos entrevistados se eles concordariam em pagar um determinado valor. A consulta era

do tipo TIOLI, e, independentemente da resposta, em seguida foi perguntado a todos os entrevistados qual seria a sua DDP máxima; este último valor foi mantido como a DDP dos entrevistados. Onwujekwe et al. (2010) usaram o método DC com acompanhamento, seguido de uma pergunta direta: *"Qual é realmente o valor máximo que vocês estão dispostos a pagar pelo CBHI?"*. Este último número foi mantido como a DDP.

Binam et al. (2004), seguiram um jogo de lances bidirecional para obter DDP e usaram quatro lances iniciais como âncoras. Ying et al. (2007) utilizaram um método composto que era em um jogo de lances bidirecional seguido de uma pergunta aberta, que era, no entanto, apresentada apenas aos entrevistados que ou recusavam o lance menor ou aceitavam o lance maior. A pergunta aberta era *"Qual é o maior valor que você [o entrevistado] estaria disposto a pagar?"*. Vale lembrar que os entrevistados conheciam o último lance, que era seu valor âncora. Ying et al. (2007) explicaram que eles utilizavam a pergunta aberta (além do jogo de lances bidirecional), a fim de evitar que os dados ficassem truncados. Ying et al. (2007) utilizaram um lance inicial uniforme para todos os entrevistados. Outros pesquisadores que realizaram um jogo de lances bidirecional escolheram diferentes lances iniciais para diferentes grupos de respondentes. Dong et al. (2003) utilizaram 13 diferentes lances iniciais, atribuídos aleatoriamente aos entrevistados. Esta multiplicidade de lances iniciais pode introduzir a polarização do ponto inicial, uma vez que os entrevistados podem pensar que o lance inicial representa o valor ou muito próximo do valor do bem ou serviço em questão. Dror et al. (2007) usaram um jogo de lance unidirecional e descendente, cujo propósito era obter uma DDP máxima mais precisa, o que é o mais importante para decisões políticas. Usaram um lance inicial que eles supunham era muito alto, com uma perspectiva de analisar a expressão quantitativa de "DDP máxima de seguro de saúde". Na verdade, 18,4 por cento de seus entrevistados aceitaram o lance inicial, o que poderia sugerir que, se a intenção era simplesmente que ele deveria servir como âncora, pode não ter sido alto o suficiente. Asenso-Okyere et al. (1997) também seguiram um jogo de lances unidirecional e descendente. Como 40,1 por cento de seus entrevistados aceitaram o lance inicial, é possível pensar que ele não era o melhor âncora para obter a DDP máxima. Vale notar que Dong et al. (2003) e Binam et al. (2004) não conseguiram encontrar evidências significativas para uma polarização do ponto inicial em seus conjuntos de dados. No entanto, eles usaram jogos de lance bidirecionais com vários lances iniciais. Supõe-se que um BG unidirecional com âncora igual para todos entrevistados poderia neutralizar a polarização do ponto inicial e melhorar a comparabilidade de resultados entre as famílias da amostra.

Nos artigos analisados, também houve um experimento que aplicou um jogo de lance unidirecional ascendente. Asgary et al. (2004) aplicaram-no na zona rural do Irã para estimar a demanda e a DDP por seguro saúde. Estes pesquisadores utilizaram três lances iniciais como âncoras, cada um apresentado em relação a um terço da sua amostra. Uma resposta negativa ao lance inicial foi registrada como DDP zero; por outro lado, o lance mais alto aceito foi registrado. Bärnighausen et al. (2007) utilizaram uma trajetória ascendente modificada em seu estudo entre trabalhadores do setor informal em Wuhan, China. Eles elicitaram respostas usando um método de "cartão de pagamento".

Asfaw e Braun (2005) e Gustafsson-Wright et al. (2009) usaram o DC com acompanhamento (que eles chamam de "avaliação contingente de dupla limitação" – DBCV, na sigla em inglês), em que são oferecidos aos entrevistados dois lances, um lance inicial e um segundo lance. Os entrevistados que recusavam o lance inicial ganhavam um segundo lance menor, e aqueles que aceitavam o lance inicial ganhavam um segundo lance mais alto. Após esses dois lances, o jogo terminava; os entrevistados então se classificavam em quatro grupos: os que disseram "sim" + "sim", "sim" + "não", "não" + "sim" e "não" + "não". Os valores médios de DDP devem, então, ser estimados com a maximização de uma função logarítmica de probabilidade.[1]

A percepção mais impressionante obtida a partir desta análise de estudos empíricos de DDP é a grande variedade de métodos utilizados. Essa diversidade dificulta comparar estimativas quantitativas da DDP nos estudos, visto que elas usam diferentes métricas. É possível apresentar explicações qualitativas para variações em DDP dentro de cada grupo de entrevistados, mas não existem "regras de interpretação" claras para comparar jogos de lances unidirecionais com jogos de lances bidirecionais, trajetórias ascendentes e descendentes ou aqueles que utilizam uma questão aberta, aqueles que oferecem um único lance (TIOLI) e aqueles que estimam DDP após vários lances. Além da diversidade metodológica, existem diferenças socioeconômicas (inerentes a diferentes locais, assunto abordado nas próximas seções), e as diferenças relacionadas às escolhas dos pesquisadores para medir DDP de uma família e não DDP de indivíduos, enquanto que, em outros estudos, a decisão foi tomada para incluir ambas as unidades. A diversidade de métodos de elicitação utilizados destaca a dificuldade de comparar resultados quantitativos em estudos diversos.

7.3 Principais conclusões

Esta seção resume as conclusões dos estudos identificados sobre a disposição de pagar por HMI. Os resultados sugerem que inúmeros fatores podem influenciar esta decisão, incluindo as características socioeconômicas, demográficas e geográficas, e as experiências dos entrevistados com serviços e despesas de assistência médica.

7.3.1 Renda/condição socioeconômica/demografia e DDP

A maioria dos estudos supõe uma expectativa intuitiva de que a DDP por seguro saúde estará positivamente associada à renda, porque as famílias seriam capazes de efetuar um pré-pagamento maior à medida que sua renda aumenta. Buscamos verificar este pressuposto importante, justapondo DDP e renda (ou suas *proxies*) nos estudos descritos acima *(resumido na Tabela 7.3)*.

[1] Com este método, os valores da DDP (ou a distribuição destes valores) não são observados diretamente a partir das respostas dos entrevistados.

Tabela 7.3

Associação entre renda e DDP

Autores	Proxy *de renda usada*	*DDP (% da* proxy *de renda)*	*Tendência*[1]
Walraven	Gasto semanal por adulto	3,20	n.s.
Asenso-Okyere et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	1,9 rural e 2,5 urbano	Up
Mathiyazhagan	3 categorias: baixa, média e alta (critérios não especificados)	n.a.	Up
Masud et al.	Pontuação socioeconômica & renda	3,0 (apenas aqueles em que DDP>0)	Up
Dong et al.	Consumo/despesa	2,15 (calculado)	Up
Binam et al.	Renda do entrevistado	2,54 (renda média estimada)	Up
Asgary et al.	"Riqueza e renda variável" com base em ativos	1,4 (renda média estimada)	n.s.
Asfaw and Braun	Renda anual agricultor e não agricultor	1,4 (calculada)	Up
Bärnighausen et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	4,6, 7,8, 6,8, 6,9 (4 pacotes)	Up
Ying et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	1,4, 2,0, 2,2 (3 pacotes)	Up
Dror et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	1,35 renda, 1,8 despesa (média)	Up
Lofgren et al.	2 categorias: famílias pobres/ricas (determinadas por líderes locais)	n.a.	Up
Gustafsson-Wright et al.	Consumo/despesa	2,25	Up
Onwujekwe et al.	Índice SES, cm base em ativos	n.a.	Up

[1] UP = DDP aumenta com a renda, n.s. = não significativa

Deve ser enfatizado desde o início que a estimativa de renda em nosso contexto se apresenta muito complexa e pouco confiável devido ao efeito cumulativo: 1) de não haver apenas registros parciais (ou nenhum registro) de renda das famílias que trabalham na economia informal, o que representa a maioria de pobres em países de baixa renda; 2) de uma irregularidade endêmica e persistente na renda devido a flutuações sazonais e padrões de emprego irregulares de pessoas trabalhando como diaristas e autônomas na agricultura ou em empresas familiares; e 3) de imprecisão generalizada no rendimento autodeclarado devido à confusão em relação ao valor monetário do rendimento não monetário.

Como seria possível imaginar, diferentes pesquisadores usaram diferentes métodos para obter a *proxy* de renda. Um método comumente usado é a renda autodeclarada, obtida por meio de uma pesquisa. Considerando que pode haver muitas fontes de renda em termos de família, é improvável obter uma estimativa confiável em resposta a uma pergunta direta, como, por exemplo, *"Qual é a renda familiar?"*. Portanto, a maioria dos pesquisadores usa uma série de perguntas, mas não há um padrão uniforme para elas.

Asenso-Okyere et al. (1997), Asfaw e Braun (2005), Bärnighausen et al. (2007), Ying et al. (2007), Masud et al. (2003) e Dror et al. (2007) relataram que tinham obtido informações de renda familiar ou pessoal por meio de pesquisas.

Informações sobre despesa/consumo são frequentemente utilizadas, pois são consideradas mais confiáveis do que as informações sobre renda nos países em desenvolvimento. A OMS usa esses dados, e muitos governos de renda baixa e média, em pesquisas oficiais, coletam informações sobre o consumo/despesa e não sobre renda (por exemplo, a Organização Nacional de Pesquisa por Amostra da Índia). Masud et al. (2003), além da renda, criaram uma "pontuação socioeconômica" com base em ativos. Asgary et al. (2004) e Onwujekwe et al. (2010) construíram "variáveis de riqueza e renda" ligeiramente diferentes com base em ativos. Dror et al. (2007) também levantaram questões sobre a despesa das famílias do entrevistado, além da renda, e encontraram uma correlação altamente significativa entre as duas variáveis. Outros pesquisadores de DDP por CBHI usaram apenas dados de consumo/despesa, por exemplo, Dong et al. (2003) (em ainda outro documento com base no mesmo conjunto de dados), Walraven (1996), e Gustafsson, Wright et al. (2009) e Mathiyazhagan (1998) e Lofgren et al. (2008) começaram a dividir a amostra em categorias; o primeiro estudioso dividiu em renda baixa, média e alta (mas não especificou o método de classificação), e o segundo estudioso dividiu em "pobres" e "ricos", conforme determinado pelos líderes do local.

Apesar das enormes diferenças entre os métodos de mensuração de uma *proxy* de renda, 12 dos 14 estudos relataram uma associação significativa e positiva entre DDP nominal por microsseguro saúde e a situação econômica das famílias *(Tabela 7.3)*. Os três estudos restantes não relataram nenhuma tendência significativa ou não investigaram esta questão. Esta conclusão confirma que o pressuposto inicial de uma renda maior conduz a uma DDP maior.

À luz dessa conclusão, é possível perguntar se as pessoas estariam dispostas a pagar uma parcela relativamente constante da sua renda por seguro saúde. Essa informação também consta da Tabela 7.3, quer conforme relato dos próprios autores, quer calculado por nós, usando os dados originais publicados. Os resultados são bastante semelhantes, não apenas quando se compara DDP em relação à renda, mas também em relação a consumo/despesas. Ademais, com exceção de uma estimativa discrepante (4,6 por cento a 6,9 por cento para quatro pacotes diferentes, relatada por Bärnighausen et al. (2007)), todos os valores de DDP ficaram na faixa de 1,35 por cento a 3,2 por cento, com um valor médio de 2,2 por cento da *proxy* da renda relevante. Esse intervalo bastante estreito para as estimativas reforça a credibilidade dos resultados, apesar de terem sido obtidos com o uso de modos de cálculo muito diferentes e com populações muito diferentes.

No entanto, a expressão de DDP média como uma parcela da renda pode ocultar uma realidade diferente em que subgrupos distintos de renda de fato divergem na porção da renda que eles estão dispostos a pagar por seguro saúde? Alguns dos artigos analisados oferecem pistas para a resposta. Bärnighausen et al. relataram que para

um aumento de 1 por cento na renda, a DDP aumentou cerca de meio por cento. Dong et al. (2003) mediram este aspecto calculando a medida de desigualdade (Coeficiente de Gini)[2] na renda e na DDP. Dong et al. (2003) mostraram que a desigualdade na renda é muito maior do que na DDP (valor de Gini de 0,68 na despesa individual e 0,63 nas despesas de família em relação a um valor de Gini de 0,15 para DDP individual e 0,08 de família). Essas conclusões indicam que a DDP aumenta a um índice menor do que a renda, ou seja, as famílias mais ricas estariam dispostas a pagar uma parcela menor de sua renda do que as famílias mais pobres.

Tal hipótese foi também testada com os dados de três estudos analisados. Gustafsson-Wright et al. (2009) mostraram que a DDP expressa como um percentual de consumo/despesa foi de 11,4 por cento entre o quintil mais pobre, porém apenas 1,2 por cento entre o quintil mais rico. Dror et al. (2007) relataram que o valor médio da DDP como um percentual da renda diminuiu de 1,79 por cento entre o quintil mais pobre para 0,84 por cento entre o quintil mais rico, e esta correlação negativa foi significativa. Dong et al. (2005) forneceram o valor de DDP para cinco quintiles de renda e a *proxy* da renda média (consumo) para estes quintiles, o que nos permite calcular a DDP em relação à receita/despesa; seus resultados mostram que a DDP foi de 18,9 por cento entre o quintil mais pobre, e apenas 0,9 por cento entre o quintil mais rico. Concluímos, portanto, que, embora os níveis nominais de DDP aumentam quando a renda das famílias aumenta, eles diminuem drasticamente conforme a renda aumenta quando a DDP é medida como proporção da renda.

A maioria dos estudos também examinou a associação entre DDP e outras variáveis sociodemográficas. A Tabela 7.4 contém o resumo dos resultados.

[2] O coeficiente de Gini (desenvolvido por Corrado Gini, 1912) é uma medida da desigualdade de uma distribuição; um valor de 0 expressa igualdade total e um valor de 1 a desigualdade máxima.

Tabela 7.4 **Associação da DDP com parâmetros socioeconômicos**

Autores	*I/HH*	*Gênero*	*Educação*	*Tamanho HH*	*Idade*	*Experiência seguro*
Walraven	HH+I	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Asenso-Okyere et al.	HH	m>f	+	n.d.	n.s.	n.s.
Mathiyazhagan	HH	n.d.	+	+	n.s.	n.d.
Masud et al.	HH	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dong et al.	HH	n.s.	+	n.s.	n.s.	n.d.
	I	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Binam et al.	HH	m>f	n.s.	n.d.	n.s.	n.d.
Asgary et al.	HH	n.d.	+	n.s.	+	n.s.
Asfaw and Braun	HH	n.s.	+	n.d.	n.d.	n.d.
Bärnighausen et al.	I	f>m	+	n.d.	–	n.d.
Ying et al.	I	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Dror et al.	HH	m>f	+ (>IIy)	+,– (PP)	–	+
Lofgren et al.	HH	n.s.	+	n.d.	–	n.s.
Gustafsson-Wright et al.	HH	m>f	+	n.s.	–	n.d.
Onwujekwe et al.	HH	m>f	+	– (PP)	n.s.	n.d.
	I	m>f	+	n.s.	+	+

I = individual; HH = família; n.d. = não determinado; n.s. = não significativa; PP = pessoas na família.

Como muitas vezes se pensa, a educação é uma variável explicativa positiva da DDP na maioria dos casos.

Os resultados (apresentados na Tabela 7.4) também indicam que, na maioria dos casos, os homens estavam mais dispostos a pagar mais do que as mulheres. Quanto à idade, cinco estudos não revelaram qualquer efeito significativo de idade sobre a DDP, e seis relataram uma correlação negativa. Não há nenhuma explicação intuitiva para pessoas mais jovens terem disposição de pagar mais, e não pode ser explicado pela renda ou educação, considerando que o efeito da idade independe destes parâmetros na análise.

7.3.2 Disponibilidade de saúde e DDP

É autoexplicativo que pagar o prêmio é relevante apenas quando o segurado pode acessar a assistência médica em caso de necessidade. Portanto, a associação entre a DDP e os parâmetros em termos de oferta (incluindo disponibilidade, distância e satisfação com o atendimento prestado) deve ser investigada. Curiosamente, apenas

uma minoria de pesquisadores de DDP/CBHI relatou os resultados de associações entre DDP por microsseguro saúde e prestação de assistência médica. A Tabela 7.5 contém um resumo das conclusões.

Tabela 7.5 **Efeito da disponibilidade de saúde sobre a DDP**

Autores	*Parâmetros usados*	*Efeito*
Walraven		n.a.
Asenso-Okyere et al.	Distância percorrida para chegar à clínica	n.s.
Masud et al.		n.a.
Dong et al.	Distância até a unidade de saúde (DDP individual)	
	DDP individual	–
	DDP HH	n.s.
Binam et al.	Variável categórica (sim/não) rapidez na recepção no centro de saúde	n.s.
	Variável categórica (sim/não) representando o asseio do centro de saúde	n.s.
	Variável categórica representando o tratamento dado pelo médico no centro de saúde	+
	Variável categórica representando a disponibilidade de medicamentos básicos no centro de saúde	–
	Variável categórica representando confiança nos serviços de saúde	+
Asgary et al.	Medicamentos disponíveis no centro de saúde	+
	Existência de médico tempo integral no vilarejo	+
	Existência de farmácia no vilarejo	n.s.
	Satisfação com as unidades de saúde na cidade mais próxima	+
Asfaw and Braun		n.a.
Bärnighausen et al.		n.a.
Ying et al.		n.a.
Dror et al.	Distância até a unidade de saúde primária preferida	n.s.
	Distância até o hospital preferido	–
Lofgren et al.		n.a.
Gustafsson-Wright et al.		n.a.
Onwujekwe et al.		n.a.

A distância de casa até o ponto de serviço de assistência médica é um parâmetro frequentemente investigado considerado para representar a acessibilidade da assistência médica. É possível estimar que quanto menor a distância, maior será a DDP. Este pressuposto foi confirmado em dois estudos. Dong et al. (2003) obtiveram uma associação negativa para a DDP individual, porém nenhuma associação significativa

para os níveis de DDP da família, e Dror et al. (2007) relataram uma correlação significativamente negativa para a distância até o hospital preferido, mas não até a unidade de saúde primária preferida. Asenso-Okyere et al. (1997) não descobriram uma correlação significativa entre a distância da clínica e a DDP por microsseguro saúde. Os outros estudos não investigaram a associação entre DDP e esta *proxy*.

A associação entre a qualidade da saúde percebida e a DDP por microsseguro saúde foi investigada por várias *proxies*. A correlação com a rapidez com que os clientes eram tratados, investigada por Binam et al. (2004), foi não significativa. Binam et al. (2004) e Asgary et al. (2004) relataram associação significativa e positiva entre a DDP e a presença dos médicos no centro de saúde. A disponibilidade de medicamentos no centro de saúde também foi considerada positivamente correlacionada com a DDP em um caso (Asgary et al., 2004), mas negativamente correlacionada no outro caso (Binam et al., 2004). Esta aparente contradição pode refletir diferenças nos termos da política relativa a reembolso dos custos de medicamento, mas a informação completa não foi relatada nos documentos. Asgary et al. (2004) também investigaram a satisfação com as instalações da saúde na cidade mais próxima e consideraram uma associação positiva com a DDP que seria de se esperar, e Binam et al. (2004) também demonstraram uma associação positiva entre a DDP e uma variável categórica representando confiança nos serviços de saúde.

Em resumo, os resultados defendem o pressuposto de que a melhor disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde incentivaria maior DDP por seguro saúde. No entanto, tal hipótese deve ser investigada com mais frequência e mais detalhadamente no futuro, a fim de fornecer uma indicação atualizada das características específicas da oferta de saúde que influencia a DDP mais positivamente.

7.3.3 Exposição a problemas de saúde, consequências financeiras da doença e DDP

Como temos observado, a DDP por microsseguro saúde reflete um entendimento de que o valor intrínseco do seguro saúde é que ele deve proteger a família de choques financeiros, pagando os custos relacionados à doença e melhorando o acesso adequado à saúde. Daí decorre que famílias com experiência recente de assistência médica onerosa estariam mais dispostas a gastar dinheiro para se prevenir contra as consequências de tais eventos. Conforme pode ser observado na Tabela 7.6, muito poucos estudos tentaram abordar este ponto, procurando uma associação entre valores de DDP e experiência recente com doença onerosa. É interessante notar a grande variabilidade de *proxies* utilizadas nos diferentes estudos para avaliar essa associação, incluindo despesas anuais com saúde, episódios de internação, frequência de doença, experiência com doença crônica, pagamento de tratamento médico, empréstimos contraídos para pagar por assistência médica e perda de renda devido à doença. Nove dos estudos analisados encontraram uma associação positiva entre a DDP e pelo menos uma das *proxies* para exposição relativa à saúde muito cara. Parece que a experiência pessoal recente com as consequências financeiras da doença é um importante fator explicativo para a variação em DDP.

Tabela 7.6

Efeito das despesas com saúde sobre a DDP

Autores	*O que foi medido*	*Associação com DDP*
Walraven		n.d.
Asenso-Okyere et al.	Despesa em saúde no último mês	+
Mathiyazhagan	Doença do respondente	+
	Número de episódios de hospital	+
	Dias de trabalho perdidos devido à doença	+
	Número de consultas com médico	n.s.
Masud et al.		n.d.
Dong et al.	Despesa HH sobre medicina oriental no último mês	+
Binam et al.	Percentual de indivíduos doentes na família 6-12 meses antes da cirurgia	+
Asgary et al.		n.d.
Asfaw and Braun		
1º lance	Chefe da família que relatou doença	+
2º lance		n.s.
1º lance	Número de membros da família que relataram doença	+
2º lance		n.s.
1º lance	Pediu dinheiro emprestado para tratamento de saúde	+
2º lance		n.s.
Bärnighausen et al.	Gasto médio mensal com saúde no último ano	+
Ying et al.	Respondente sofria de doença crônica	
	MCDI	n.s.
	IEI	n.s.
	OEI	+
Dror et al.	Hospitalização na família em menos de 2 anos	+
Lofgren et al.	Uma ou mais pessoas na família têm uma doença crônica	+
Gustafsson-Wright et al.	Número de membros da família doentes	
	DDP, o 1º lance	–
	DDP, o 2º lance	n.s.
Onwujekwe et al.	Pagou OOP saúde	–
	Pagou com próprio dinheiro	+
	Pediu dinheiro emprestado para tratamento de saúde	n.s.

7.3.4 Composição de pacote e DDP

Em nosso contexto, o preço de diferentes pacotes de seguro podem variar devido aos níveis de copagamento, limites e exclusões, mas também devido aos tipos de benefícios incluídos. Enquanto for possível argumentar que um copagamento e limites refletem considerações econômicas, a inclusão/exclusão de tipos de benefício podem refletir bem as escolhas normativas. Por exemplo, a maternidade deve ser incluída ou não no pacote? Portanto, é necessário investigar se a DDP por microsseguro saúde é influenciada pelo desenho do produto de seguro, e, em caso afirmativo, até que ponto. Infelizmente, muito poucos estudos investigaram essa questão em detalhes. Bäringhausen et al. (2007) perguntaram aos entrevistados sobre sua DDP máxima por um seguro saúde básico (BHI, na sigla em inglês) e, separadamente, considerando três variações: 1) sem o teto da opção básica (que era quatro vezes o salário médio anual do trabalhador do setor formal); 2) sem franquia dedutível (que no BHI era de 9 por cento do salário médio anual); e 3) sem cosseguro (que variava de 10 por cento para internação até 20 por cento para serviços especiais e 30 por cento para assistência ambulatorial). Nesta experiência, as opções investigaram diferentes níveis representados de proteção financeira dentro do mesmo conjunto de benefícios cobertos. Em comparação com o BHI, os entrevistados estavam dispostos a pagar 70 por cento a mais pelo BHI sem um teto, 43 por cento a mais pelo BHI sem franquia dedutível e 56 por cento a mais pelo BHI sem cosseguro. Este aumento na DDP não foi apenas nominal, mas também relativo à renda dos entrevistados (respectivamente 4,6 por cento pelo BHI, 7,8 por cento pelo BHI sem teto, 6,8 por cento pelo BHI sem franquia dedutível e 6,9 por cento pelo BHI sem cosseguro).

Ying et al. testaram a DDP para três programas de seguro saúde diferentes: 1) MCDI reembolsaria 80 por cento das despesas com saúde quando o segurado sofresse de uma doença catastrófica; 2) IEI cobriria 100 por cento das despesas de saúde dos associados nos serviços de saúde ambulatorial; e 3) OEI cobriria 60 por cento das despesas de saúde em serviços de internação. Quarenta e três por cento dos entrevistados escolheram MCDI (DDP: 110,1 RMB (US$17) = 2,2 por cento de renda anual), 49 por cento escolheram IEI (DDP: 100,2 RMB (US$15,50) = 2,0 por cento de renda anual) e 25 por cento escolheram OEI (DDP: 72,4 RMB (US$11) = 1,4 cento de renda anual). A elasticidade do preço da demanda por MCDI foi -0,27 (isto indica que a demanda por MCDI diminuiria em 2,7 por cento se o prêmio aumentasse 10 por cento). A elasticidade da demanda por IEI e OEI foi -0,34 e -0,42, respectivamente. Neste experimento, a demanda por MCDI foi menos elástica, e a DDP mais alta, tanto nominalmente quanto em relação à renda. Esses resultados sugerem que a DDP por seguro saúde pode refletir não apenas proteção financeira, mas também as preferências por diferentes tipos de serviços.

Em contrapartida, Lofgren et al. elicitaram a DDP de seus entrevistados em relação a diferentes produtos de seguro: 1) um seguro saúde que se baseia na

afiliação compulsória com prêmio calculado conforme a renda;[3] e 2) o seguro saúde que se baseia na afiliação voluntária com o prêmio calculado conforme o risco.[4] Embora quando os indivíduos eram questionados sobre a sua vontade de se afiliar a um desses produtos de seguro tenha havido uma ligeira preferência por afiliação obrigatória, a DDP média para ambos os produtos foi praticamente a mesma, apesar do fato de que a cada família eram apresentadas as duas opções.

Dror et al. (2007) também investigaram a sensibilidade da DDP para ser entregue de um modo diferente: a cada terça parte da amostra foi oferecido um pacote de benefício diferente.[5] Neste experimento, não houve diferença na DDP para os três pacotes. Isso pode ser devido ao método de elicitação diferente, em que aos entrevistados foi oferecida apenas uma opção e não foi dada uma alternativa entre as opções que eles poderiam comparar ou preferir. Isso indica que a DDP pode, pelo menos algumas vezes, ser usada como uma ferramenta de desenho de pacote somente quando o mesmo entrevistado puder escolher entre opções. Isso funcionaria quando o número de opções é relativamente pequeno, mas seria inviável com muito mais opções do que os pacotes de seguros saúde geralmente contêm. Outros métodos foram desenvolvidos para o desenho do pacote de benefícios que permitem aos respondentes escolherem 10 ou mais opções, mas isso é feito dentro de um orçamento limitado, ou seja, sem solicitar a DDP dos entrevistados. Os métodos que foram aplicados no contexto de CBHI em países de baixa renda incluem exercícios de simulação (Dror et al., 2007), discussões em grupo e entrevistas estruturadas (De Allegri et al., 2006). Consideramos que as informações disponíveis sobre o impacto da composição do pacote sobre a DDP são inconclusivas.

[3] Todas as famílias do distrito são obrigadas a pagar um prêmio anual para um fundo de saúde local quando as colheitas são vendidas. A taxa se baseia na renda das famílias. Quanto maior a renda, maior a taxa. Todos os membros da família têm direito a tratamentos de saúde gratuitos na Communal Health Station ou no District Health Centre e medicamento grátis, se for prescrito por um médico. Se a assistência em níveis mais elevados for necessária, o paciente segurado receberá um valor com base no custo por dia de internação no nível do District Health Centre. O fundo será gerido pelo Comitê de Pessoas da Comunidade (ou representante eleito).

[4] Cada família pode optar por pagar voluntariamente um prêmio anual para um fundo de saúde local quando as colheitas são vendidas. A taxa se baseia no número de pessoas na família e é maior para crianças menores de cinco anos e idosos acima de 65 anos, porque estima-se que eles usem mais a assistência médica.

[5] A versão 1 incluiu despesas de hospitalização até INR5.000 (US$115) por ano, por pessoa e reembolso de custos de medicamentos prescritos até INR1,000 (US$22,50) por ano, por pessoa; a versão 2 incluiu despesas de hospitalização até INR5,000 (US$115) por ano, por pessoa e reembolso de custos de médicos de clínica geral até INR1,000 (US$22,50) por ano, por pessoa; a versão 3 incluiu reembolso de despesas para medicamentos prescritos até INR1,000 (US$22,50) por ano, por pessoa e reembolso de despesas de médicos de clínica geral até INR1,000 (US$22,50) por ano e por pessoa.

7.3.5 Local de residência e DDP

A discussão apresentada anteriormente, com base em dados relatados nos estudos citados, leva à afirmação de que a DDP por microsseguro saúde é altamente influenciada por diversas variáveis, em especial a condição econômica e sociodemográfica dos entrevistados, sua exposição financeira aos custos de saúde e disponibilidade de unidades de saúde. Todas essas características variam bastante de local, dentro e entre países. A simples comparação de resultados dos diferentes estudos comentados aqui é impossível devido à divergência de métodos utilizados para extrair a DDP e interpretar os dados. Especificamente, a questão é saber se as variáveis explicativas significativas identificadas em termos de familiares isolados podem ser responsáveis pela diferença em todos os locais.

Sugerimos que a forma de abordar essa questão com segurança seria incluir uma "variável local" em regressões múltiplas para identificar as variáveis explicativas em termos de famílias isoladas quando o conjunto de dados incluírem mais de um local. Continuar esse processo poderia garantir que as características da família e os níveis de DDP fossem elicitados usando a mesma metodologia. Apenas dois dos estudos analisados realmente seguiram esse procedimento: Dror et al. (2007) (comparando sete locais na Índia) e Onwujekwe et al. (2010) (comparando seis locais na Nigéria). Ambos os estudos relataram que o local ainda permanecia uma variável explicativa altamente significativa para a variação em DDP, mesmo em um modelo multivariado, incluindo todas as características das famílias individuais (condição econômica e sociodemográfica e experiência recente com custos de saúde). Tal conclusão indica que os estudos publicados até agora sobre DDP por microsseguro saúde ainda não identificaram todas as razões que explicam as diferenças de DDP por seguro saúde nas comunidades; não podemos negar que algumas características, como, por exemplo, aquelas que refletem escolhas culturais ou estilo de vida, poderiam explicar algumas razões subjacentes que não foram reconhecidas. O impacto de localização como uma variável explicativa precisa ser explorado mais a fundo em pesquisas futuras.

7.4 Lições aprendidas e implicações para os profissionais

"Tivemos de trabalhar em sentido contrário levando em consideração o que a comunidade poderia pagar, embora criando um sistema de longo prazo, autossustentável." Esse testemunho de um profissional de HMI na Índia representa o papel essencial das estimativas de DDP, ou seja, que a DDP dos membros determina a margem de renda, e, por extensão, também o que a seguradora pode oferecer em termos de cobertura.

Essa avaliação de experimentos de campo demonstrou que todos os pesquisadores concordam que a DDP deve ser explorada localmente, porque não há opção que "seja adequada para todos" para determinar a margem de renda dos diferentes programas de HMI que operam em diferentes configurações. A análise também esclareceu as dificuldades associadas à obtenção de estimativas sobre DDP que seriam relevantes

localmente. Tais estimativas requerem dados que são geralmente obtidos por meio de pesquisas domiciliares e outras pesquisas mais caras e mais demoradas. Essas limitações tornam impraticável obter dados locais em cada lugar onde o HMI é lançado.

No entanto, se a renda da população-alvo for conhecida, poderia servir como âncora para a estimativa inicial da DDP, com base na análise dos estudos aqui analisados e apresentados na Tabela 7.2. Foi demonstrado na Tabela 7.3 que as estimativas da DDP (quando expressas como um percentual da renda) convergem principalmente para uma faixa relativamente estreita em torno de dois por cento da renda.

Também foi demonstrado nas Tabelas 7.4, 7.5 e 7.6, que vários outros parâmetros influenciam os níveis da DDP. Portanto, podemos ser capazes de extrapolar os níveis da DDP conhecidos em um local para outros locais comparáveis usando o conhecimento desses parâmetros. Por exemplo, se em um local sabemos o nível de instrução dos chefes de família, bem como os valores da DDP, e, em outro local, somente que os chefes de família têm um nível de instrução maior, estimamos os níveis maiores da DDP neste segundo local. Da mesma forma, uma oferta mais ampla de saúde de qualidade, custo do tratamento mais alto ou maior morbidade, espera-se que tudo leve a uma DDP maior.

Observamos, também, que os níveis da DDP são sensíveis para beneficiar o desenho do pacote. Entretanto, esperamos que a participação da população-alvo na fase do projeto aumente os níveis da DDP.

No entanto, por enquanto, é impossível desenvolver um modelo padrão simples para estimar a DDP em qualquer lugar, em função da grande diversidade de métodos usados para elicitar e estimar a DDP nos diferentes estudos analisados neste capítulo. Um modelo como esse pode, com confiança, ser elaborado de acordo com os métodos utilizados para determinar a DDP e padronizado para a finalidade de analisar variáveis explicativas.

III Seguro Vida

8 Poupança em microsseguro: Lições da Índia

Rob Rusconi

Este estudo está recebendo importante apoio do Centre for Insurance and Risk Management (CIRM), que participou na fase conceitual e contribuiu com ajuda significativa no contato com as seguradoras e na obtenção de dados. O estudo também não teria sido possível sem as informações tão generosamente fornecidas pelas seguradoras, informações não apenas sobre os produtos, mas também sobre o pensamento em relação às alternativas e possibilidades de distribuição para o futuro. Finalmente, o autor deseja agradecer aos seguintes revisores pelo feedback: Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Pranav Prashad (OIT), Rupalee Ruchismita (CIRM), Donna Swiderek (DGA), John Wipf (consultor atuarial) e Mary Yang (OIT).

Este capítulo avalia quatro produtos que combinam os benefícios de seguro e poupança oferecidos pelas seguradoras da Índia e direcionados aos clientes de baixa renda. A avaliação é oportuna, já que muitas seguradoras lançaram iniciativas que visam combinar seguro com poupança, ou estão pensando lançar, para este segmento de mercado.

A primeira seção deste capítulo coloca as questões e apresenta uma estrutura que é utilizada para análise do produto. Os produtos são, em seguida, descritos na seção 8.2, destacando as principais características que os distinguem. Isso leva à seção 8.3, o cerne da discussão, que tira e explica uma série de lições importantes dessa análise. Há poucas decisões fáceis e os participantes potenciais neste mercado precisam pensar com cautela sobre as necessidades e preferências mais importantes de seus clientes, transformando-as em desenho de produto e, em seguida, equilibrando trade-offs difíceis.

8.1 Considerações sobre poupança e seguro

Collins et al. (2009) destacam três necessidades que orientam grande parte das atividades financeiras de famílias pobres: gestão básica do fluxo de caixa, enfrentamento do risco e aumento das quantias fixas. Por mais tentador que possa ser comparar tais necessidades a empréstimo, seguro e poupança, o comportamento financeiro dessas famílias – na verdade a complexidade e a incerteza de suas vidas difíceis – torna tal simplificação impraticável. Muitas vezes, as famílias usam uma combinação de instrumentos financeiros para satisfazer suas necessidades financeiras, ressaltando a necessidade de produtos compostos que combinem poupança e seguro.

A poupança ajuda famílias de baixa renda a se proteger contra crises e a estabilizar seu fluxo de caixa, ainda que isso tenha um potencial limitado para abrigar pessoas depois de catástrofes. Adicionar um componente de seguro significa, em geral, determinar previamente que a poupança deve ser regular durante um período prolongado. Como parcelas de amortização de empréstimo, esta exigência pode ser onerosa, ainda que ela também ofereça um mecanismo para incutir disciplina e estimular os clientes

a economizar sistematicamente.[1] Considerando o sucesso comprovado do compromisso de poupar (ver Ashraf et al., 2003 e 2006), famílias de baixa renda muitas vezes aceitam alguma estrutura em seus mecanismos de poupança. Os segurados também se beneficiam da oferta de produtos de poupança de longo prazo pelas seguradoras, por oferecer alternativas para atender às necessidades do cliente e de acesso fácil a outras formas de cobertura de seguro.

Tais tipos de produtos são também importantes porque identificam uma limitação que o mercado de baixa renda tem sobre seguro. No caso de produtos de seguros que não geram valor com o tempo, como as coberturas de vida a termo ou propriedade, em não ocorrendo um evento segurado, os segurados de baixa renda costumam achar que perderam seu dinheiro, por não terem nada para justificar os prêmios que eles pagaram, ao passo que os produtos que combinam poupança e seguro, como os produtos dotais, cobrem o risco de morte e acumularem valor com o tempo.

Todavia, os produtos dotais padrão são notórios por oferecerem pouco valor para os clientes, em comparação a outras opções de poupança, em parte devido às altas comissões pagas a agentes. Por causa de seus fluxos de caixa irregulares, clientes de baixa renda também podem ter dificuldade de pagar prêmios regulares e, portanto, o valor de resgate do produto pode ser bastante baixo (ver Roth et al., 2006). Assim, o principal objetivo deste capítulo é avaliar se a próxima onda de produtos que combinam poupança e seguro encontrou soluções para superar as limitações de produtos tradicionais, e se os novos produtos oferecem melhor valor para clientes de baixa renda do que a geração anterior.

8.1.1 Uma estrutura de seguro associado à poupança

Estes produtos concorrem em atenção com uma grande variedade de alternativas (formais e informais) e precisam ser competitivos, no sentido de atenderem às necessidades do cliente de forma clara e eficaz. Para desenvolver um produto como este, a seguradora precisa considerar um conjunto de princípios fundamentais:

- **Objetivo primário:** Que necessidade fundamental o produto procurou atender? Para tal, as necessidades devem ser identificadas e priorizadas. Ademais, até que ponto os clientes reconhecem efetivamente que essas necessidades devem ser estimadas ou medidas.
- **Objetivos secundários:** Quais são os outros objetivos em relação ao produto e quais são as prioridades desses objetivos?
- **Flexibilidade:** O quanto o cliente pode alterar os termos do contrato padrão para atender a uma variedade de necessidades, tais como mudanças inesperadas de circunstâncias pessoais?

[1] É importante evitar a apresentação de um cronograma de pagamento inflexível – tanto para poupança quanto para amortização de empréstimo – em termos obstinadamente negativos. Assim como a poupança compulsória tem benefícios, as famílias muitas vezes assumem crédito com parcelas fixas de amortização, certamente porque apreciam a disciplina imposta.

– **Conhecimento e confiança:** Que recursos precisam estar no local para garantir que o cliente conheça todos os termos e condições do acordo? A importância de os clientes entenderem esta promessa não deve ser subestimada. Estes são produtos de longo prazo; portanto, manter os clientes é tão importante quanto convencê-los a comprar as apólices em primeiro lugar. Ademais, ajudar esses clientes a entender por que o produto é bom para eles – por meio da simplicidade do desenho e comunicação frequente, por exemplo – é o primeiro passo para ganhar a confiança deles e conservá-los.

8.1.2 Desenho do produto

As seguradoras precisam considerar os quatro princípios enunciados anteriormente ao definir os seguintes componentes de produtos do seguro associado à poupança:

– **Alocação em poupança e seguro**: É difícil avaliar as contribuições inerentes à poupança e ao seguro de forma equitativa, mas a alocação de prêmios entre os dois ajuda a demonstrar a importância relativa de cada um. O provedor deve sempre ser capaz de fazer tal alocação. Para o cliente, muitas vezes isso não é possível, de modo que a seguradora deve envidar todos os esforços para explicar esta alocação – e os benefícios inerentes ao seguro e à poupança.
– **Características do produto**: Características como prêmio ou importância segurada mínima e máxima são capturadas aqui, juntamente com limitações de idade e prazo.
– **Benefício do seguro**: Descreve as contingências que são cobertas, por exemplo, vida, saúde ou bens, e como os benefícios são pagos (por exemplo, quantia fixa ou renda, valor fixo ou indenização).[2]
– **Benefício da poupança**: Inclui a flexibilidade do produto, as limitações sobre o momento do saque ou a oportunidade para o saque parcial durante o prazo do contrato. Outros recursos, como o retorno sobre o investimento potencial ou garantido também podem ser importantes para os clientes, mas a relevância do retorno pode depender de sua sofisticação financeira. Como, em geral, os clientes de baixa renda estão mais expostos ao estresse financeiro, eles podem valorizar a flexibilidade do desenho – dando a eles uma pausa em contribuições ou acesso a suas poupanças em caso de emergência – mais do que o potencial para retorno sobre o investimento.
– **Encargos**: Um registro de taxas, quando estas são explícitas, deve fazer parte de uma topologia detalhada.[3]

[2] Todos os produtos incluídos neste estudo garantem apenas cobertura de vida, embora outros tipos de proteção sejam possíveis.
[3] Alguns produtos oferecem um conjunto predefinido de benefícios que incluem todos os encargos; outros cobram encargos separadamente. Comparar essas ofertas não é simples, um problema que afeta a análise descrita neste capítulo.

– **Exclusões:** Inclui condições preexistentes ou suicídio, por exemplo, sobre seguro vida, ou limites sobre sinistros no seguro de propriedade.
– **Características especiais:** Características adicionais não cobertas por outras rubricas.

Há um número de questões difíceis por trás do detalhe desses componentes que as seguradoras devem resolver ao combinar seus produtos. Essas trade-offs, algumas das quais são consideradas neste capítulo, definem firmemente a essência do produto e da natureza da promessa para os clientes. Por exemplo, é claro que nem toda poupança é por períodos fixos e eventos futuros conhecidos.[4] As seguradoras precisam pensar com cautela sobre o equilíbrio entre o benefício prometido no vencimento (recebido depois de cinco ou dez anos de adesão) e os termos sob os quais os clientes podem sacar suas poupanças acumuladas durante a vigência da apólice.

8.1.3 Foco na Índia

O capítulo se concentra em produtos na Índia, por duas razões principais:

– Foi um desafio encontrar uma gama de produtos provenientes de outras partes do mundo que: 1) forneçam elementos significativos de cobertura de poupança e seguro, 2) tenham alcançado escala e 3) sejam vendidos por seguradoras dispostas a oferecer uma perspectiva sobre a dinâmica de suas carteiras.
– É difícil realizar uma comparação justa de produtos provenientes de diferentes partes do mundial, porque tais produtos podem ser específicos para um contexto, particularmente no que diz respeito a restrições impostas por regulamentação.

Conforme descrito no Capítulo 20, a Índia tem testemunhado o desenvolvimento considerável do microsseguro nos últimos anos, incluindo seguro vida. Consequentemente, o país oferece uma massa crítica de exemplos interessantes com experiência suficiente para justificar uma pesquisa específica. No entanto, um estudo como este, que se concentra em um único país, corre alguns riscos. Um número de produtos incluídos foi retirado do mercado em resposta às mudanças regulatórias que forçaram a reconsideração do seu desenho. Além disso, pode ser difícil transferir as experiências obtidas em um país para outras jurisdições.

[4] Nos três estudos relatados por Collins et al. (2009), em Bangladesh, na Índia e África do Sul, mais da metade de todos os poupadores descreveram seu uso primário de grandes somas emprestadas ou acumuladas, como incluídas na categoria de oportunidade e não de emergência ou ciclo da vida.

Por fim, o estudo dependeu das seguradoras no que se refere às informações prestadas. Os dados sobre as escolhas do cliente são limitados por considerações sobre concorrência. O capítulo pode parecer dar preferência à visão da instituição e não à do cliente, mas esta não foi a intenção, e todo esforço foi envidado para superar as limitações da informação disponível.

8.2 Produtos considerados

O mercado de produtos de seguro associado à poupança na Índia está sujeito a uma série de mudanças regulatórias recentes,[5] que afetaram aquelas consideradas nesta seção. Alguns desses produtos foram retirados do mercado para um novo desenho. Mudanças nas diretrizes de referência também afetaram as opções de distribuição.

As descrições dos quatro produtos a seguir, que antecedem essas mudanças, são amplas, ressaltando as características mais importantes de cada produto. Isto leva à discussão na seção 8.3, que tira uma série de lições dessas semelhanças e diferenças. A Tabela 8.1 resume as principais características desses produtos.

[5] As mais importantes destas exigências regulatórias para produtos de investimentos associados às unidades são as seguintes:
- os clientes devem estar garantidos por um período de no mínimo cinco anos, reforçando o princípio fundamental de que são instrumentos financeiros de longo prazo que oferecem proteção contra riscos;
- os prêmios devem ser regulares e a um nível constante;
- os custos devem ser distribuídos de maneira uniforme nos primeiros cinco anos;
- os benefícios por morte devem atender aos requisitos mínimos; e
- deve ser dada garantia de retorno mínimo sobre os investimentos.

Para os produtos de vida universal, rebatizados de plano de seguro variável, o limite de investimento e comissão combinados é determinado, e para ambos os grupos de produtos, as atividades recomendadas foram reduzidas no interesse da proteção do cliente.

Tabela 8.1

Principais características dos produtos avaliados

	Max New York Life Max Vijay	*Bajaj Allianz Sarve Shakri Suraksha*	*SBI Life Grameen Shakti*	*ICICI Prudential Anmol Nivesh*
Vidas cobertas (aproximadamente)	90.000	3.4 milhões	1 milhão	2.300
Alocação em poupança e seguro	Todos os prêmios em poupança; custo do seguro deduzido	Custo do seguro deduzido do prêmio	Implícita; vencimento e benefício por morte garantidos	Custo do seguro deduzido, mas garantias fornecidas
Opções de pagamento de prêmio	Prêmios inteiramente a critério do cliente depois da compra inicial	Mensal, trimestral, semestral ou anual	Anual apenas	Anual apenas
Prêmio mínimo	INR1,000 (US$22) de contribuição inicial, INR10 (US$0.22) de contribuição mínima depois	INR45 (US$1) prêmio mensal, INR500 (US$11) para seu equivalente anual	Sem mínimo explícito, mas costuma ser baixo	INR1,200 (US$26), prêmio anual somente
Limitações de prazo	Prazo de 10 anos somente	Não depois do 7º aniversário do segurado	Prazo de cinco ou dez anos somente; benefícios em vencimentos diferentes	Entre 7 e 15 anos
Garantia no vencimento	Sem garantia, porém devoluções declaradas não podem ser retiradas	Total de prêmios menos custo da cobertura e taxas de administração	Explicitamente e claramente garantida	Total de prêmios pagos
Importância segurada (benefício por morte)	Cinco vezes o prêmio pago	Garantida desde o início sobre exigências do grupo	Garantida desde o início	A maior das importâncias seguradas, valor do fundo e quantia de prêmios
Retornos sobre o investimento	Garantido uma vez declarado	Com base em retornos sobre ativos de baixo risco	Implícitos nas garantias	Com base nos retornos sobre ativos de baixo risco
Primeiro saque disponível	Três anos	Imediato	Três anos	Três anos
Saque parcial permitido	Sim	Sim	Não permitido	Sim
Prazos de resgates	Justos: disponíveis após três anos com uma multa de 15 por cento até o 6º ano e 7,5 por cento depois	Muito bons: disponíveis a partir do início de vigência e com base no valor da conta com multa, 7 por cento nos anos um e dois, e multas menores depois	Justos: disponíveis após prêmios de três anos; 35 por cento e 65 por cento de prêmios pagos sobre apólices de 5 e 10 anos	Bons: disponíveis a partir de três anos com 10 por cento de encargo, renunciados se três anos de prêmio tiverem sido pagos
Opção de renovação da apólice	Disponível	Disponível	Disponível	Disponível

Observação: As avaliações de qualidade mencionadas nesta tabela propiciam uma comparação das características do produto partindo da perspectiva do cliente e são, portanto, subjetivas, não sendo precisas tecnicamente.

8.2.1 Max Vijay, da MNYL

O empreendimento da Max New York Life (MNYL) em um produto de microsseguro, Max Vijay, combinando poupança e seguro, e disponíveis para indivíduos e não apenas para membros de grupos mostrou, acima de tudo, que isso pode ser feito. Da perspectiva de venda de um produto isolado, os resultados são bons. Desde o lançamento do produto em 2008 até o final do primeiro trimestre de 2010, o Max Vijay vendeu 90.000 apólices, um bom número, mas significativamente menor do que mais de um milhão das apólices vendidas por cada um dos dois próximos produtos considerados. O projeto permitiu à seguradora ganhar experiência em primeira mão na determinação das necessidades dos clientes, incentivando comportamento e identificando os fatores de sucesso de tal empreendimento.

O Max Vijay ofereceu um produto de poupança com uma flexibilidade notável na contribuição, um benefício por morte que aumenta com as contribuições e prazos justos para saque. As características mais importantes do produto são as seguintes:

- **Flexibilidade na contribuição:** Após o pagamento de uma contribuição inicial única, definida pelo subtipo do produto, mas não inferior a INR1,000 (US$22),[6] o segurado fica totalmente livre para contribuir para a conta quando puder, sem regras sobre frequência ou valor, com exceção de uma contribuição mínima de INR10 (US$0.22), um limite extremamente baixo.
- **Importância segurada associada aos prêmios:** O benefício a pagar por morte é igual ao valor da conta acumulada do cliente mais cinco vezes as contribuições pagas, dez vezes no caso de morte acidental, estimulando as contribuições, mas também mantendo sob controle o custo do seguro, que é debitado mensalmente para atender a esse custo.
- **Saques estão disponíveis a partir do terceiro aniversário:** Os segurados podem resgatar total ou parcialmente a apólice a partir de três anos em diante, com encargos que são justos, embora a facilidade para sacar parcialmente livre de encargo sobre um número limitado de ocasiões seja um acréscimo útil à flexibilidade do segurado.

O que o projeto tem de mais ambicioso é o seu modelo de distribuição. É o único produto neste conjunto que está disponível para indivíduos e é comercializado para o público em geral. Isso limita o potencial para alcançar economias de escala, uma vez que os custos de distribuição por unidade são significativamente mais altos do que se o produto fosse distribuído exclusivamente para grupos, tudo o mais sendo igual.[7]

[6] A taxa de câmbio média do mercado no final de fevereiro de 2011 é utilizada em todo o documento, aproximadamente INR45 a US$1.00.

[7] A Max New York Life lançou este produto especificamente para aprender sobre seu potencial e a natureza da necessidade de mercado. A empresa investiu uma quantia considerável de capital, recrutou uma dezena ou mais de gerentes sêniores e terceirizou as exigências de tecnologia da informação para um provedor importante.

As principais observações sobre este produto são:

- As vendas foram boas, sobretudo dada a ambição de alcançar indivíduos em vez de limitar o acesso a membros de grupos.
- Sem o apoio de contribuições permanentes (voluntárias), o produto não oferece, particularmente, bom valor para o cliente e é menos provável de gerar lucro para a seguradora. Um imperativo principal, além da necessidade de desenvolver uma gama variada de canais de distribuição eficientes, é encontrar formas de motivar este compromisso contínuo em relação ao processo de poupar, basicamente, uma forma de parceria com a seguradora (isso é explorado em mais detalhes na Caixa de Texto 8.1 na próxima seção).

Por meio das lições sobre entender o comportamento da poupança, alcançar clientes, desenvolver e precificar produtos, e executar uma operação eficiente, o Max Vijay tem proporcionado uma experiência inestimável para a MNYL.

8.2.2 Sarve Shakti Suraksha, da Bajaj Allianz

O Sarve Shakti Suraksha é um produto de poupança que oferece um benefício garantido no vencimento, multas pequenas no resgate e uma cobertura de seguro que paga um valor fixo sobre morte por causas naturais ou acidentais.

O produto está disponível apenas para membros de grupos alvo. A quantidade mínima do grupo é 50, e o preço do seguro se baseia no perfil de risco desse grupo. O produto é destinado a grupos de mulheres que são alcançadas por intermédio de ONGs e instituições de microfinanças (IMFs).

As características mais importantes do produto são as seguintes:

- **Benefício de seguro garantido:** A importância segurada é negociada com o grupo e se mantém inalterada durante toda a vigência da apólice.
- **Retorno do investimento sobre a poupança acumulada:** As contas atribuídas a segurados individuais são creditadas com o lucro sobre os investimentos auferidos nos ativos subjacentes, investidos de forma apropriada.[8]
- **Flexibilidade no saque:** Os segurados podem resgatar a apólice desde o início de vigência a custos muito razoáveis. Esta é uma característica única entre os produtos considerados nesta avaliação.

Embora o produto esteja disponível apenas para quem faz parte de um grupo inscrito, os registros da apólice após o início de vigência, por exemplo, acumulando valores de apólice, são mantidos individualmente.

[8] Nenhum retorno mínimo é especificado, mas o benefício no vencimento é garantido com base no total de prêmios, deduzidos o custo de cobertura e as taxas de administração, sugerindo um retorno mínimo para quem chegou ao vencimento inferior a zero, depois dos custos.

Mais de três milhões de vidas em toda a Índia foram cobertas nos dois anos desde o lançamento, e os ativos sob gestão estão perto dos US$66 milhões. É muito cedo para tecer qualquer comentário sobre rentabilidade, embora a seguradora espere equilibrar receita e despesa em breve. Também é muito cedo para avaliar até que ponto o produto atende às necessidades do cliente; entretanto, outras variações já estão sendo consideradas, e a satisfação do cliente parece ser maior, conforme confirmado pela permanência até o início do segundo ano (13 meses desde o início) de 82 por cento.

Versões modificadas desse produto hoje estão sendo adotadas pela Allianz em outras regiões, como Indonésia (chamado Tamadera, lançado em outubro de 2010) e partes da América do Sul e África Ocidental a fim de atender a necessidades distintas de clientes em diferentes partes do mundo.

8.2.3 Grameen Shakti, da SBI Life

O Grameen Shakti é um produto simples fornecido pela SBI Life Insurance desenvolvido para clientes de baixa renda que, embora combinando seguro e poupança, mantém os custos baixos por associar:

- um produto de vida a termo precificado sem qualquer diferenciação de idade ou gênero; e
- um benefício pecuniário simples sobre sobrevivência de prazo predefinido na apólice.

O produto é oferecido apenas para grupos com um mínimo de 200 membros e chegou perto de um milhão de clientes em aproximadamente três anos, desde o lançamento. Embora os bancos sejam o principal caminho para se chegar aos clientes, uma vez que eles ajudam a superar as dificuldades práticas, como, por exemplo, cobrar o prêmio, os canais de distribuição – aqueles que se relacionam com o cliente final – são as IMFs e grupos de autoajuda (SHGs, na sigla em inglês). Todos os prêmios são cobrados do cliente por débito em conta.[9]

As características importantes desse produto podem ser resumidas de acordo com o princípio da simplicidade:

- **Opção limitada de prazo:** apenas prazos de cinco ou dez anos estão disponíveis.
- **Opção limitada de benefício por morte:** a importância segurada deve ser um múltiplo de INR5,000 (US$110), até um máximo de INR50,000 (US$1,100).
- **Garantia explícita no vencimento e benefício por morte:** o benefício por morte não traz retorno sobre o investimento, mas está claramente definido, e o benefício no vencimento é igual à soma de todos os prêmios da apólice de 10 anos e metade deste montante para apólice cinco anos.

[9] Embora isso implique que todos os clientes precisem ter uma conta bancária, a origem do produto é, frequentemente, um serviço para os membros do grupo de autoajuda, com o banco operando como um canal de distribuição.

O segurado não tem retorno sobre o investimento, mas também não arca com nenhum custo de garantir cobertura por morte. Ambos estão incluídos no desenho do produto e na avaliação de riscos dos benefícios garantidos. Um custo está explícito. É o custo da taxa de serviço sobre os prêmios, cobrado a uma taxa de 1,03 por cento do prêmio. Esse custo é explicitamente somado ao prêmio, de modo que ele não precise ser considerado mais tarde nas condições da apólice.

A apólice inclui um elemento de compartilhamento de risco, que reduz as margens que a seguradora precisaria considerar no seu preço: o benefício por morte para um grupo inteiro é limitado a INR50,000 (US$1,100). Caso este limite seja ultrapassado, sinistros posteriores são recusados e prêmios líquidos de imposto de serviço e imposto de selo são devolvidos aos representantes dos membros cobertos.

Embora o produto possa ser criticado por oferecer uma gama limitada de opções e não mais do que um custo-benefício justo no término antecipado, sua simplicidade o torna de fácil entendimento e parece satisfazer a uma necessidade significativa de proteção pura com poupança limitada.

Esta, provavelmente, é a lição mais importante que pode ser aprendida com a experiência da SBI Life. A seguradora defende o ponto de vista de que os clientes aprovam a lisura do produto, uma importância segurada definida com simplicidade, com exclusões limitadas e um reembolso claramente definido, pago no vencimento. O volume de vendas do produto parece apoiar este ponto de vista. A SBI Life iniciou um programa para estender o produto em toda a Índia.

8.2.4 Anmol Nivesh, da ICICI Prudential

A ICICI Pru desenvolveu uma apólice que combina poupança e seguro em um desenho não muito diferente de um contrato dotal clássico: trata-se de uma apólice associada a investimento que garante, no vencimento e na morte, um benefício que não seja inferior ao valor dos prêmios pagos, menos o valor de todos os saques parciais até este momento. O produto foi lançado a título experimental para trabalhadores em plantações de chá de Assam, no nordeste da Índia, e não foi testado em outro local.

Os elementos utilizados a partir do desenho do dotal clássico incluem:

- a combinação de um **benefício por morte e um benefício no vencimento**, atraindo retorno sobre o investimento, porém com garantias,
- uma **abordagem associada à unidade** em relação ao retorno sobre o investimento, com ativos mantidos em títulos de risco baixo,
- uma **série de prazos de apólice** (de 7 a 15 anos) e opções de importância segurada de INR6,000 até INR30,000 (US$130 a US$650), e
- um **conjunto convencional de taxas**, uma taxa de alocação de prêmio, taxa de administração de apólice e taxa de mortalidade que não prejudicam, indevidamente, a eficácia das garantias.

No entanto, os desenvolvedores desse produto foram inovadores em uma série de aspectos, todos os quais auxiliam o segurado. Exemplos desses aspectos incluem o seguinte:

- **Opção de continuidade de cobertura.** A cobertura de seguro vida continua, para aqueles que escolheram esta opção, mesmo que os prêmios sejam interrompidos a qualquer momento após o terceiro aniversário do produto, evitando um procedimento de resgate automático.
- **Alocação de bônus das unidades.** Segurados são motivados a permanecer por uma alocação do prêmio de cinco por cento de um ano inteiro a cada cinco anos. A taxa de administração da apólice também é suspensa no final de cinco anos.
- **Recompensa para permanência do prêmio.** O resgate pode ocorrer a qualquer tempo após três anos. Uma taxa de 10 por cento do fundo é aplicada, mas isso é dispensado se, no momento do resgate, três anos inteiros de prêmios tiverem sido pagos.

Tais condições percorrem um longo caminho até alinhar os incentivos do segurado com os da seguradora, embora isso seja feito com algum custo visando simplicidade, aumentando o risco de um entendimento mais equivocado por parte do segurado.

Esse produto foi desenvolvido especificamente para alcançar clientes de baixa renda que operam em um setor semiorganizado. Foi testado no nordeste da Índia para alcançar tribos de trabalhadores em plantações de chá, utilizando as empresas de chá como intermediários financeiros. A parceria com uma empresa de chá não garante acesso para todos os seus trabalhadores, uma vez que isso precisa ser negociado em termos da plantação de chá que está sob a jurisdição da empresa. Não obstante, 2.300 clientes aderiram, cerca de um quarto do pretendido, e outro lançamento foi negociado.

As vendas do produto foram suspensas em julho de 2010 após a introdução das mudanças regulatórias discutidas no início deste capítulo. Uma série de mudanças relativas às características do produto deve ser introduzida para garantir o cumprimento das exigências regulatórias e tirar vantagem da oportunidade de responder à necessidade emergente de clientes. Na ocasião da elaboração deste livro, os detalhes não tinham sido finalizados.

A iniciativa sobreviveu até agora com o financiamento da Facility Inovação em Microsseguros da OIT, mas a seguradora está otimista que com as economias de escala disponíveis por meio de uma distribuição mais ampla, isso possa se tornar um negócio rentável.

8.3 Principais lições aprendidas

Com base na análise desses quatro produtos, esta seção se concentra nas lições mais importantes a considerar no desenvolvimento dos produtos de seguro associado à poupança.

8.3.1 Produtos podem ser de vários formatos e tipos

Os quatro produtos apresentam características diferentes em uma série de áreas importantes, conforme ilustrado na Tabela 8.1. Algumas dessas características podem ser descritas como diferenças de concepção e são relativamente fáceis de identificar. Elas incluem:

- flexibilidade em prêmio,
- exigências mínimas de prêmio, e
- prazos de resgate.

Outras são mais sutis, mas talvez mais sofisticadas. Duas delas são características consideradas em mais detalhes na discussão que se segue:

- o equilíbrio entre poupança e seguro, e
- o equilíbrio entre flexibilidade e simplicidade.

Flexibilidade em prêmio

A SBI Life e a ICICI Pru exigem que os segurados paguem os prêmios anualmente, sem variação. A Bajaj Allianz permite pagamento de prêmio em um dos quatro programas diferentes, mas com regularidade. Apenas a MNYL permite uma abordagem completamente flexível em relação ao pagamento do prêmio, uma flexibilidade no pagamento de prêmio quase inédita, pelo menos no contexto do seguro de longo prazo.

Não está claro o que é melhor para o cliente. Consideremos a questão a partir de um número de perspectivas diferentes.

- os prêmios anuais são maiores do que aqueles pagos com mais frequência; portanto, há um risco material de resgate caso o cliente não possa pagar os prêmios na data de vencimento.
- os prêmios anuais levam a uma cobrança menor de custos pagos por unidade, permitindo menores encargos e melhor valor para os clientes.
- onde os produtos são vendidos por parcerias facilitadoras, os parceiros podem ajudar na agregação de valores menores em prêmios anuais, estreitando as relações entre seguradora e parceiro, e entre parceiro e cliente. SHGs e plantações de chá desempenham este papel para a SBI Life e ICICI Pru, respectivamente.
- permitir que os clientes escolham sua frequência do prêmio ou permitir que as contribuições sejam pagas integralmente de acordo com a conveniência do segurado pode atrair mais clientes e permitir a eles mais controle sobre a sua gestão financeira.

– manter o cliente com base em um prêmio regular, com períodos de carência apropriados para facilitar a recuperação dos tempos difíceis, pode melhorar o compromisso do segurado em relação à poupança.[10] No caso do Max Vijay, apenas cerca de 15.000 dos seus 90.000 clientes efetuam contribuições após o pagamento inicial, apesar das exigências mínimas extraordinariamente baixas. Isso indica que a seguradora pode ter superestimado o benefício da abordagem flexível sobre a disciplina imposta por um acordo de prêmio regular.

Esses argumentos demonstram o desafio de estabelecer a abordagem correta para um produto em particular e a necessidade de considerar a questão partindo da perspectiva dos clientes, além de quaisquer entidades intermediárias envolvidas. Essas decisões raramente são claras. Pesquisar as preferências do cliente, avaliar a capacidade de pagar e realizar análises de custo-benefício de modelos diferentes estão entre os métodos que auxiliam as seguradoras a avaliarem trade-offs. Famílias de baixa renda têm vidas financeiras diferentes e complexas; as seguradoras nunca devem presumir que elas sabem o que seus clientes precisam.

Prêmio mínimo

Quanto menor o limite superior, mais fácil é para as pessoas de baixa renda participar como clientes, mas mais difícil é para a seguradora atingir eficiências de escala em termos de contrato individual. Por outro lado, um limite de prêmio mais baixo pode se converter em um número maior de apólices, que, na carteira inteira, pode ser suficiente para criar economias de escala.[11]

A ICICI Pru e, em grau menor, a Bajaj Allianz, optaram relativamente por prêmios mínimos altos, com segurados no primeiro ano pagando, no mínimo, INR1,200 (US$27) por ano e no último ano, se escolherem a opção de prêmio anual, valor não inferior a INR500 (US$11). A Bajaj Allianz oferece prêmios menores para aqueles preparados para contribuir com mais frequência. O prêmio mínimo da SBI Life é significativamente menor do que este, e a MNYL oferece flexibilidade total em contribuições a partir de INR10 (US$0.22), mas o prêmio inicial é alto, INR1,000 (US$22).

É difícil dizer que a abordagem funcionou melhor, porque os efeitos do prêmio mínimo ficam ocultos por outros fatores. A Bajaj Allianz vendeu um número muito grande de apólices com o Max Vijay vendendo significativamente menos, mas isso não necessariamente se atribui ao limite de prêmio.

[10] Bajaj Allianz e SBI Life permitem 30 dias de atraso no pagamento do prêmio, e todas as seguradoras neste estudo permitem que os clientes renovem acordos nos quais os prêmios não foram pagos por algum tempo.

[11] A viabilidade depende de uma série de fatores de custo e receita. O limite de prêmio mais baixo facilita o acesso mais fácil, resultando em maior aceitação e disseminação de custos fixos da carteira em um número maior de contratos, mas isso pode resultar em despesas gerais mais altas, caso os custos associados a cada nova venda sejam elevados. As regras não são determinadas com facilidade e não há evidências de que as quatro seguradoras neste estudo adotaram qualquer abordagem específica. Não há substituto para a modelagem financeira das alternativas com o apoio de pesquisas sobre a provável aceitação do cliente em vários níveis de prêmio mínimo.

Prazos de resgate

Uma das questões de desenvolvimento mais importantes em produtos que combinam poupança e seguro é a flexibilidade para sacar da apólice, parcial ou totalmente. Os prazos de resgate em três dos produtos são semelhantes. A Bajaj Allianz se destaca por oferecer condições generosas para resgate da apólice, em especial permitindo resgates antecipados. As outras seguradoras permitem resgates depois de três anos; a Bajaj Allianz permite resgate imediatamente após o início de vigência, embora nos primeiros meses seja provável produzir um pagamento baixo.[12]

Como a permanência com produtos de poupança é um determinante importante de sucesso financeiro, esta abordagem é arriscada, porque pode acarretar perdas financeiras significativas caso o número de segurados efetue resgate antecipado. No entanto, na forma de um recurso diferenciando a seguradora dos concorrentes, ela pode pagar desde que ela envie a mensagem para os clientes de que o produto tem flexibilidade nas suas mãos. Facilitar a saída pode estimular níveis mais elevados de fidelidade, um risco que não é facilmente avaliado antes do lançamento.

Todos os aspectos do desenvolvimento do produto requerem sensibilidade não apenas em relação aos efeitos financeiros, mas também ao impacto de incentivos sobre o comportamento humano. A questão de permitir aos clientes sair com mais facilidade na esperança de que em troca eles não o farão é uma questão que requer, particularmente, um bom conhecimento da tendência das pessoas para responder aos incentivos. Isso esbarra, também, na questão da confiança, discutida mais adiante nesta seção.

O equilíbrio entre poupança e seguro

Um dos principais desafios é cobrir o custo de fornecer seguro, o benefício por morte, enquanto demonstra o compromisso efetivo com o benefício no vencimento, o resultado do esforço da poupança para aqueles que sobrevivem até ao final da vigência da apólice. Alguns podem sugerir que um benefício mínimo do seguro é necessário para satisfazer às necessidades básicas do cliente. Outros acreditam que a poupança desempenha um papel importante no atendimento dessas necessidades e que o seguro é complementar. Cada seguradora precisa ter uma visão a respeito desta questão, com base no seu conhecimento em relação às preferências dos clientes.

Quatro abordagens diferentes foram adotadas para alcançar esse equilíbrio. Tais abordagens são demonstradas com referência a um produto hipotético com prazo de dez anos, prêmios anuais de INR1,000 (US$22) e o respectivo custo anual de cobertura e taxas de administração de INR30 (US$0.66) e INR50 (US$1.10), respectivamente.

[12] Seria bom saber quantos clientes aproveitam estes prazos de resgate. O capítulo termina com algumas reflexões sobre as possibilidades de novas pesquisas.

- **MNYL: Custo do seguro deduzido dos prêmios, sem garantia**. Do prêmio de INR1,000 (US$22), é feita uma dedução de INR30 (US$0.66) para cobrir o custo do seguro. Nenhuma garantia sobre o benefício no vencimento é oferecida. A MNYL deduz o custo da cobertura do prêmio e não oferece um benefício no vencimento garantido para equilibrar esse custo. No entanto, ela minimiza o risco do cliente descrevendo e garantindo o custo do seguro, e que limita a potencial erosão da poupança, definindo o benefício por morte em um múltiplo do total de prêmios pagos. O benefício por morte é INR5,000 (US$110) após o primeiro ano, cinco vezes o prêmio anual, e um adicional de INR5,000 por cada prêmio de INR1,000 (US$22) subsequente. Além disso, uma vez que os lucros tenham sido declarados, eles não podem ser desconsiderados.
- **Bajaj Allianz: Custo do seguro deduzido do prêmio; garantia com base nos prêmios menos custo da cobertura e taxas de administração.** A garantia se baseia na soma de todos os prêmios, INR1,000 (US$22) a cada ano, menos o custo da cobertura e taxas de administração, um total de INR80 (US$1,75) a cada ano, concedendo um benefício no vencimento após dez anos de, pelo menos, INR9,200 (US$201). A Bajaj Allianz deduz o custo da cobertura dos prêmios. Ela oferece um benefício garantido no vencimento, mas não garante o impacto do custo do seguro. Esta é a garantia mais fácil de oferecer, porque expõe a seguradora ao risco menor. Embora isso não seja bom para o cliente, permite que a seguradora considere oferecer um bom valor em outra parte no produto, o que a Bajaj optou por fazer até os prazos de resgate.
- **ICICI Prudential: Custo do seguro deduzido dos prêmios; garantia com base no total de prêmios.** Embora a seguradora ainda cubra o custo da cobertura deduzindo do prêmio, a garantia se baseia no total de prêmios; em outras palavras, INR10,000 (US$219) após dez anos de INR1,000 (US$22) em contribuições. A ICICI Pru oferece um benefício no vencimento que, apesar do custo da cobertura de seguro, é garantido que não seja inferior ao valor do total de prêmios pagos. Ela deve cobrir essa garantia do lucro sobre ativos após despesas e corre o risco de não conseguir. Ela administra este risco impondo um prêmio mínimo razoavelmente alto e garantindo que a vigência da apólice não seja muito curta. Observe mais uma vez que, do ponto de vista do segurado, o benefício é bom, mas não é sem custo nas limitações do desenho.
- **SBI Life: Garantia de benefícios explícita, simples; custo da oferta da garantia implícita.** A SBI Life adotou uma abordagem diferente para essa garantia, oferecendo um benefício claramente definido, porém, não divulgando os custos da oferta desse benefício. Embora o nível de riscos incorridos pela SBI Life para cobrir essas garantias não seja conhecido – talvez a combinação seja rentável – sua vantagem é ser simples e mais provável de ser compreendida pelos clientes. A SBI Life oferece, em sua apólice de dez anos, um benefício garantido no vencimento, com base no nível total de prêmios menos impostos sobre vendas de 1,03 por cento ao ano, um pouco menos de INR10,000 seguidos de prêmios de INR1,000 anualmente. O benefício garantido na apólice de cinco anos é a metade de todos os prêmios pagos, pouco menos de INR2,500 para o mesmo prêmio.

Cada uma dessas abordagens é justificável. Cada uma pode ser descrita como justa para os clientes, atingindo um equilíbrio razoável entre poupança e seguro em um contexto no qual os recursos são limitados. Cada uma tem vantagens e desvantagens do ponto de vista da seguradora e do segurado. Além disso, cada uma permite à seguradora garantir outros benefícios dentro do desenho da apólice para o cliente. A seguradora precisa considerar trade-offs e priorizar necessidades mais importantes de seus clientes. Como são evidentes as diferenças em desenho de produto e benefícios de cliente, as quatro seguradoras adotaram abordagens diferentes para essas prioridades.

Opção: Equilíbrio entre flexibilidade e simplicidade

As seguradoras precisam equilibrar a trade-off entre simplicidade (menos opção) e flexibilidade (mais opção). A simplicidade é útil para ganhar a confiança do cliente e melhorar o conhecimento das características mais importantes do produto, enquanto a flexibilidade permite aos clientes reagir inesperadamente às mudanças de circunstâncias.

As seguradoras precisam decidir o quanto de opção dar aos seus clientes. Isso aumenta o potencial para que a necessidade do cliente seja atendida, mas também aumenta o custo de administração. A opção também pode diminuir o nível de conhecimento do cliente sobre o produto e nem sempre é útil (*ver Capítulo 13*). Além disso, a flexibilidade pode acarretar um comportamento que enfraquece a proteção, conforme visto nas contribuições baixas para o produto Max Vijay.

Cada seguradora partiu de um ponto de vista em termos de opção que oferece:

- **Bajaj Allianz** oferece uma gama de prazos, importâncias seguradas e opções de frequência de prêmio. Entretanto, a decisão deve ser tomada em termos de grupo e todos os seus membros devem acatar tal escolha.
- **SBI Life** permite ao grupo escolher o nível de importância segurada e então avalia os riscos a fim de oferecer a garantia no vencimento. No entanto, permite apenas prêmios anuais e somente duas opções para prazos de apólice.
- **ICICI Pru** limita a vigência da apólice a um período de 7 a 15 anos e permite ao segurado escolher o nível de cobertura necessária e a vigência a partir dessa faixa. Aceita somente prêmios anuais; entretanto, impõe esta restrição pensando no fluxo de caixa dos clientes.
- **MNYL** oferece apenas um prazo de dez anos, mas permite aos seus clientes total liberdade de valor e frequência de prêmio.

Tais decisões têm consequências para a viabilidade financeira do produto e o potencial para oferecer características positivas de outras partes do desenho. O produto Max Vijay oferece flexibilidade notável, mas a seguradora achou difícil motivar os clientes para efetuar essas contribuições regularmente. Depois de pagar o seu prêmio inicial, cerca de cinco de seis clientes não pagam quaisquer prêmios adicionais, apesar dos valores muito pequenos de parcelas. Isto, por sua vez, enfraquece a viabilidade financeira da carteira, o que reduz tanto a rentabilidade da seguradora quanto o retorno sobre o investimento disponível para clientes ou ambos.

Necessidade de permanência

Há uma característica de apólices com elementos de poupança que deve ser observada: a necessidade de permanência. As taxas de caducidade de todos os produtos de seguro de longo prazo podem ser altas: 10, 20 ou até 30 por cento ao ano. Os níveis de permanência são um importante balizador do sucesso da seguradora. A incapacidade de manter os clientes por um período considerável da vigência da apólice causa prejuízos para a seguradora de três formas:

1. O resgate elimina o benefício marginal das taxas que a apólice garante à seguradora;

2. Um resgate leva com ele o ativo que está sob cuidado da seguradora, reduzindo tanto as taxas quanto as margens que o segurador pode ter sido capaz de gerar para as apólices lançadas;

   E, o mais importante para as apólices de poupança:

3. Uma apólice que é resgatada pode resultar em prejuízo financeiro, porque o segurador pode não ter coberto todos os seus custos de emissão e manutenção da apólice ou de reserva de ativos para cobrir as garantias.

Todas as apólices de seguro de longo prazo dependem de seu sucesso financeiro em permanência, mas isso é muito mais importante para as apólices de poupança do que para as apólices somente de seguro, porque a incidência de rentabilidade tende fortemente para os últimos anos da apólice. Ademais, o que é bom para a seguradora também é, quase sempre, bom para o cliente, que precisa que a gama de produtos seja financeiramente forte e para que este sucesso seja compartilhado com o cliente.[13]

Preço por escala

As seguradoras devem empreender esforços para: 1) precificar o mais correto possível, envidando todos os esforços a fim de garantir custo-benefício para seus clientes, 2) testar a disposição do mercado para aceitar esse preço por meio da combinação, se possível, de uma pesquisa pré-projeto e testes de respostas do mercado para os preços efetivos dos produtos e 3) comparar com os respectivos preços praticados pelos concorrentes, sempre que possível. Um número significativo de apólices vendidas é, em geral, mais indicativo de rentabilidade do que a margem disponível sobre cada produto. Neste ambiente de pequenas unidades, os custos simplesmente não podem ser cobertos sem os números. Isto não significa que não há nenhuma margem na precificação dos produtos. Em primeiro lugar, os clientes podem não ser particularmente sensíveis aos preços caso as necessidades principais estejam sendo atendidas. Em segundo lugar,

[13] Como este sucesso é compartilhado, varia de produto para produto. Apesar de a sustentabilidade financeira ser importante para o segurado, considerando ser muito provável a seguradora honrar suas promessas, o segurado também tem um interesse nas margens de lucro da seguradora, que devem ser baixas o bastante para dividir o sucesso com o segurado, mas não tão baixas a ponto de comprometer a solidez da carteira.

o lucro obtido com a venda inesperadamente bem-sucedida pode ser compartilhado com os segurados se os mecanismos para fazê-lo estão no desenho do produto. Em terceiro lugar, estas são medidas de longo prazo e margens são necessárias para se proteger de términos inesperados.

8.3.2 Distribuição é importante

A distribuição eficaz é especialmente importante em produtos de microsseguro que incluem componentes de poupança, porque alcançar escala é crucial para o sucesso do produto. Além disso, a participação em um acordo de longo prazo depende do conhecimento dos clientes sobre os benefícios da apólice, e o canal de distribuição desempenha um papel importante no estabelecimento e na manutenção desse entendimento.

Uma decisão importante no que diz respeito à distribuição é vender para o público de microsseguro de forma geral ou limitar o acesso a membros de grupos organizados. As seguradoras analisadas adotaram três abordagens diferentes:

1. **Adesão somente de grupo.** A Bajaj Allianz e a SBI Life somente disponibilizam seus produtos para membros de grupos, com a intenção de vender para todos os membros desse grupo. A Bajaj Allianz define as condições do contrato com base em um exercício de subscrição cobrindo o grupo, o que indica que todos os membros do grupo, ou uma parte substancial deles, devem aceitar o seguro.
2. **Dirigido a membros de grupos.** O produto ICICI Pru é dirigido aos trabalhadores de plantações de chá, mas a participação não é compulsória para todos os membros do grupo. Os coordenadores do grupo facilitam a operação, mas a decisão de aderir é tomada por cada membro, individualmente.
3. **Disponível para indivíduos.** O Max Vijay é comercializado e disponibilizado para indivíduos por intermédio de uma variedade de canais de distribuição.

A venda somente para grupos possui uma série de vantagens:

- Ajuda na eficiência de escala, adicionando um número maior de apólices com todas as vendas bem-sucedidas.
- Tais grupos contribuem para aumentar a fidelidade dos clientes, por meio de educação, auxílio prático e, talvez, até mesmo pressão dos pares.
- Põe em jogo um intermediário que tem os interesses dos segurados como prioritários e, frequentemente, também uma disposição para estimular a permanência e ajudar na poupança para contribuições mais espaçadas.
- Contribui para solidariedade entre os membros, melhorando o conhecimento sobre o produto, efetuando o pagamento de benefícios e melhorando a permanência.

Distribuir para membros de grupo parece ser o ponto-chave de diferenciação entre os produtos e a escala alcançada. Os dois provedores que vendem apenas para grupos alcançaram escala significativa, cada um cobrindo mais de um milhão de vidas.

As outras duas seguradoras tiveram começos encorajadores, porém não podem ser descritas como bem-sucedidas em termos de número de apólices vendidas ou rentabilidade.

Uma lição fundamental da iniciativa Max Vijay é a importância do canal de distribuição (*ver Caixa de Texto 8.1*). O canal de distribuição precisa ter um interesse para incentivar a poupança ativa de clientes; entretanto, encontrar um canal como este nem sempre é fácil. As lojas de varejo, por exemplo, têm um incentivo para estimular a gastar, e não poupar. Ao ser vendido nas lojas de varejo, o produto de poupança compete com outros produtos da loja tanto para o varejista (em termos da comissão a ser ganha de outros produtos de margem alta) quanto para o cliente. Conflitos de interesse também ocorrem quando o seguro associado à poupança é vendido em bancos, visto que os bancos têm um incentivo para fazer os clientes aderirem a seus próprios produtos de poupança. Os SHGs podem enfrentar conflitos semelhantes, mas estão fundamentalmente interessados no bem-estar de seus membros e, portanto, podem ser mais adequados para estimular um produto de poupança de longo prazo.

Caixa de Texto 8.1

Experimentação de canal no Max Vijay

O Max Vijay testou uma variedade de canais, usando métodos *push* e *pull*. Os canais *push* são aqueles em que os intermediários convencem ativamente os clientes a adquirirem o produto. Esses canais foram utilizados, principalmente, para estimular o entendimento do prêmio inicial relativamente alto do produto. Os canais *push* utilizados eram um distribuidor de produto financeiro, IMFs, ONGs e centros governamentais.

Os canais *pull* são aqueles em que os pontos de venda do produto são estabelecidos e os clientes são estimulados a comprar produtos a partir desses pontos. Tais canais eram, principalmente, varejistas locais, incluindo as lojas "*mom and pop*", que os segurados frequentavam com assiduidade e eram, portanto, locais convenientes para os clientes efetuarem contribuições adicionais para sua apólice do Max Vijay.

A experiência com os canais de distribuição foi variada. O intermediário financeiro do produto gerou a maioria das vendas, mas à custa de outros produtos da MNYL destinados a clientes de renda mais alta. Este canal, no entanto, produziu resultados ruins na área de contribuições regulares.

No geral, as contribuições adicionais foram efetuadas em apenas um sexto das apólices. As taxas de sucesso foram mais altas nos canais de varejo, particularmente na cidade de Agra, onde mais da metade das apólices vendidas foram creditadas com contribuições pagas em dia pelos segurados. Fica claro a partir da experiência até hoje que o produto garantirá valor para os clientes – e, provavelmente, lucro para a seguradora – somente caso o comportamento regular de poupança seja desenvolvido e sustentado, o que indica que mesmo esforços marginais para promover uma cultura de poupança contínua pode pagar bem termos de novas vendas, melhorando a permanência e aumentando a poupança.

Fonte: Adaptado de Harmeling de 2010.

8.3.3 Desenvolver prioridades

Uma análise cuidadosa de quatro seguradoras que adotaram abordagens diferentes para estender produtos de poupança e seguro a famílias de baixa renda oferece algumas ideias preliminares para outros interessados em desenvolver produtos similares.

Estabelecer o objetivo principal e focar tudo nisto. Clientes de microsseguro têm vidas financeiras complexas, mas não é possível para os produtos atenderem a todas as necessidades. Os clientes precisam de produtos que atendam especificamente a um objetivo. Eles devem entender o que estão comprando, em especial se o produto procura combinar elementos de seguro e poupança. O canal de distribuição, o desenho do produto e a infraestrutura interna da seguradora deve apoiar isso. Não se concentrar em um objetivo compromete a clareza da mensagem aos clientes, reduzindo o potencial de vendas e prejudicando a fidelidade do cliente em detrimento da sustentabilidade do negócio.

Priorizar a distribuição. A escala da carteira é crucial para produtos de seguro que garantem poupança; portanto, dar ao negócio a melhor oportunidade para vender uma grande quantidade de contratos é uma prioridade. Isso, provavelmente, significa tomar algumas decisões difíceis no início, como, por exemplo, excluir o acesso para o público em geral, mas essas decisões podem ser reanalisadas depois de alcançada uma estrutura sustentável. Seguradoras de sucesso neste estudo têm sido firmes na sua abordagem relativa à distribuição.

Estimular confiança e fidelidade. A partir de um número de perspectivas diferentes parece que a confiança desempenha um papel significativo no sucesso da seguradora, seja o principal canal de distribuição dos produtos intermediados ou não. As seguradoras devem monitorar a satisfação dos clientes com os produtos e serviços que são recebidos da seguradora e de intermediários. Isso deve se estender por toda a cadeia de contato com os clientes. Bom serviço ao cliente, pagamento de sinistros em tempo hábil, exclusões mínimas e serviços de administração estáveis servem para melhorar a reputação da seguradora na comunidade que ela atende. Clientes felizes são mais propensos a permanecer, e manter os clientes já existentes é mais barato do que substituí-los por novos. As seguradoras devem reconhecer que não é principalmente sobre vendas, mas sim sobre permanência, visto que ter clientes que logo se retiram é pior do que não conquistar clientes.

Simplicidade tem mérito. Em produtos de poupança, como no microsseguro em geral, um pouco de compromisso na flexibilidade em favor da simplicidade parece ter ajudado em pelo menos dois dos exemplos considerados neste capítulo. Parece que, embora consumidores em geral desejem opções, eles reconhecem e apreciam os benefícios de acordos contratuais de longo prazo que impõem restrições, em pagamento de prêmio, por exemplo, em troca de recompensas. Isso tem um impacto positivo considerável sobre a sustentabilidade do produto e deve ser considerado pela seguradora no contexto dos objetivos principais do produto. A simplicidade melhora o entendimento do cliente que, por sua vez, fica propenso a melhorar a fidelidade e, consequentemente,

a sustentabilidade financeira da carteira. Pode alienar os clientes com necessidades mais sofisticadas, mas estas podem ser atendidas em uma fase posterior por meio da melhoria do produto. O inverso não é verdadeiro, uma vez que é quase impossível simplificar um produto existente.

8.4 Reflexões finais e caminho a seguir

Profissionais de microsseguro estão prestando mais atenção na maneira pela qual os clientes podem ser encorajados a combinar poupança com seguro. Várias seguradoras na Índia lançaram produtos exatamente assim (este capítulo considera quatro deles), oferecendo algumas lições preliminares para outras seguradoras em uma posição semelhante, a saber:

- determinar as prioridades do negócio e do desenho, e cumpri-las;
- priorizar a distribuição;
- estimular confiança e fidelidade, e
- desenho por simplicidade, com foco no conhecimento do cliente.

As trade-offs são uma parte inevitável do processo de desenvolvimento do produto. Em última análise, as seguradoras precisam tomar suas próprias decisões sobre essas questões, reconhecendo a importância do seu contexto. A satisfação do cliente não é fácil de alcançar.

Várias questões surgiram no decorrer desta pesquisa que não podem ser respondidas com as informações disponíveis das seguradoras. É necessário que se façam mais pesquisas em várias áreas, incluindo:

- a eficácia de diferentes canais de distribuição e modelos de comissão na oferta de vendas, e a qualidade dessas vendas, em termos de taxas de permanência, para cada um desses modelos;
- a aceitação e permanência de clientes nas variações de produtos, por exemplo, o prazo das apólices compradas e o nível de cobertura – e prêmio – se essas opções estiverem disponíveis;
- incidência e causas de caducidades de apólice, características de clientes cujas apólices caducam, e influência das características dos produtos (tais como prazos de resgate) sobre as taxas de caducidade;
- a proporção de membros do grupo que aceitam cobertura disponibilizada para eles por intermédio de grupo e a experiência de permanência dos membros; e
- os níveis de satisfação dos clientes e a associação ao desenho do produto.

Todas essas pesquisas requerem um compromisso considerável das seguradoras, e algumas podem ser difíceis de cobrir no domínio público, mas tais ideias seriam de grande benefício para os outros, considerando um empreendimento neste segmento.

9 Aprimorar o microsseguro prestamista

John Wipf, Eamon Kelly e Michael J. McCord

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 9, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT. Os autores gostariam de agradecer aos vários revisores por seus comentários e orientação, os quais foram muito úteis por extrair detalhes adicionais e aumentar a clareza geral, incluindo Martin Hintz (Allianz), Mathieu Dubreuil (PlaNet Guarantee), Christine Hougaard (Cenfri), Marc Nabeth (CGSI Consulting) e Mary Yang (OIT). Os autores também expressam sua gratidão aos gestores do programa de microsseguro que forneceram os dados para este capítulo, mas que exigiram anonimato.

Cobertura prestamista – seguro que cobre o capital e os juros não liquidados de um empréstimo no caso de morte de um mutuário – é o ponto de partida lógico de novas organizações para o microsseguro. É, em geral, fácil de introduzir, simples para os clientes entenderem e visto pelos intermediários financeiros como um complemento ao seu negócio principal. O seguro prestamista pode ajudar a criar um entendimento do microsseguro e expandir a demanda, construindo uma cultura de seguro. Ao enxergar os benefícios de tais produtos, os mutuários ficarão mais receptivos a outros produtos de seguro.

Infelizmente, o seguro prestamista, muitas vezes, não é bem desenvolvido e oferece pouco valor para o cliente segurado. Quando os produtos oferecem pouco valor para os clientes, a atitude negativa comum em relação ao seguro é reforçada. Assim, melhorar o valor dos produtos prestamistas pode ajudar a melhorar a demanda global por microsseguro.

Para entender a situação do microsseguro prestamista e estruturar formas para melhorar a qualidade geral de produtos prestamistas, este capítulo responde às seguintes perguntas:

- O que é o seguro prestamista e como ele é estruturado?
- Quem se beneficia com esta cobertura: mutuários, credores e seguradoras?
- Como o valor para os clientes é medido e é alcançado?
- Quais são os exemplos de produtos prestamistas que agregam valor para os clientes?
- Como os produtos prestamistas podem ser ampliados ou ajustados a fim de oferecer melhor valor para os clientes?
- Que considerações operacionais são necessárias para melhorar os produtos prestamistas?

Este capítulo aborda essas questões com base, principalmente, na experiência dos autores que trabalham há anos com produtos prestamistas. Além disso, para construir um conjunto de dados semelhantes, uma pesquisa de produtos prestamistas foi realizada com 30 organizações, selecionados intencionalmente por causa

das diversas características de seus produtos e contextos, incluindo representação regional e arranjos institucionais variados. Embora os resultados desta amostra não sejam representativos de produtos de microsseguro associado a crédito, certamente são ilustrativos, refletindo a gama de boas e más práticas.

9.1 O que é seguro prestamista?

O seguro prestamista está entre os tipos mais comuns de microsseguro (Roth et al., 2007; Matul et al., 2010). O principal objetivo desse produto é garantir que o saldo devedor seja extinto em caso de morte do mutuário. Normalmente, o produto é compulsório, como condição prévia para obtenção de um empréstimo em instituições de microfinanças (IMFs).[1] O produto pode, no entanto, ser desenvolvido de diferentes formas e fornecido por meio de uma variedade de arranjos institucionais.

9.1.1 Tipos de cobertura prestamista

A **cobertura prestamista básica**, que cobre apenas o capital e os juros não liquidados de um empréstimo na morte do mutuário, é a forma mais simples, embora essa cobertura possa ser estruturada de várias formas. Os prêmios, por exemplo, podem ser pagos adiantado, deduzidos do empréstimo ou somados a este ou podem ser faturizados na taxa de juros do empréstimo e cobrados ao longo do período do empréstimo. Quando eles são integrados à taxa de juros, os mutuários muitas vezes desconhecem que têm cobertura.

A abordagem dos credores relativa à cobertura prestamista depende de seus objetivos. Algumas organizações usam a cobertura prestamista como um benefício para os clientes, outras como uma fonte adicional de receita e outras como um componente essencial de cobertura mais compreensiva. Para os credores interessados no último objetivo, estes estão propensos a oferecer cobertura prestamista aprimorada, a qual se apresenta nas três variações a seguir:

- **Cobertura vida aprimorada:** oferece a cobertura básica mais benefícios adicionais, como, por exemplo, um pagamento de funeral.
- **Cobertura de riscos aprimorada:** inclui cobertura básica mais riscos adicionais, como, por exemplo, cobertura de invalidez para o mutuário, uma cláusula de acidentes pessoais ou cobertura de incêndio para as instalações da empresa.
- **Cobertura família aprimorada:** expande a cobertura básica e, às vezes, a cobertura aprimorada para incluir morte ou invalidez de membros da família.

[1] O termo "instituição de microfinanças" (IMF) refere-se a qualquer instituição que presta serviços de crédito e, às vezes de poupança, para os mercados de baixa renda.

9.1.2 Arranjos institucionais para cobertura prestamista

Há uma série de formações institucionais para a entrega da cobertura prestamista. Embora o credor esteja sempre presente como o distribuidor, a instituição de subscrição é, normalmente, uma seguradora comercial, uma associação mútua de benefício (AMB)[2] afiliada ao credor ou uma seguradora cooperativa.[3] Às vezes, não há nenhuma seguradora externa, uma vez que o credor retém o risco de inadimplência por morte do cliente, como no caso do Banco Compartamos no México, em sua cobertura prestamista básica.

Quando permitido pela regulamentação, o autosseguro pelas IMFs é, com certeza, uma opção. O custo para manter uma reserva interna é mínimo em comparação ao custo administrativo para gerir cobranças, lançamentos e transferências em termos de IMF, e administrar registros e sinistros de cliente em termos de seguradora. Muitos credores retêm o risco porque isso resulta em melhor valor e serviço mais rápido, além de possibilitar que eles adaptem o produto para atender às necessidades de seus mutuários. Isso é possível somente até um valor prudencial. Por exemplo, as IMFs da Confédération des Institutions Financières (CIF), na África Ocidental, autosseguram o risco de morte até um máximo de 10 milhões de Francos CFA (US$20,792). A CIF pretende criar uma companhia de seguros vida na África Ocidental para cobrir o excesso do seguro prestamista de várias instituições financeiras importantes.

Algumas IMFs cobram uma taxa aos clientes quando o risco é mantido internamente e algumas até mesmo estabelecem uma reserva para este fim específico, por exemplo, uma "Reserva para Eventuais Sinistros de Empréstimo Devido à Morte do Cliente". Essas IMFs podem cobrar dos clientes, mas a taxa é, com frequência, alocada diretamente na receita de seus registros contábeis. Trata-se de uma prática que não é saudável, e é um sinal do quão insignificante, de fato, algumas IMFs consideram suas perdas devido à morte do cliente.

A partir do momento que a instituição queira oferecer mais cobertura aos clientes, faz-se necessário ceder o risco. Conforme foi observado por respondentes de uma pesquisa, além da questão jurídica de reter o risco, há a preocupação de elas colocarem seu capital em risco e não ter capacidade técnica para gerir a cobertura de seguro.

Caso uma seguradora seja o *underwriter*, também pode haver um intermediário envolvido. Alguns intermediários cumprem apenas as funções de vendas e facilitação de um agente, enquanto outros desenvolvem produtos, efetuam o pré-processamento e pré-pagamento de sinistros, e codificam ou refazem os dados das operações relativas às especificações da seguradora. A PlaNet Guarantee desempenha este papel, funcionando como corretora para as IMFs e fazendo a ligação entre seguradora e resseguradora. A justificativa para a existência de intermediários é agregar valor para o credor, clientes segurados e segurador. Intermediários, no entanto, podem se sentir excluídos deste negócio à medida que as margens diminuem, e tanto credores

[2] Trata-se, normalmente, de uma organização que assume risco, seja formal ou informal, que é separada do credor e de propriedade dos próprios mutuários.

[3] Em alguns países, as instituições cooperativas possuem uma companhia de seguros cujo foco é fornecer produtos para as famílias-membros. Para estas há, muitas vezes, concessões especiais por parte do regulador, como, por exemplo, exigências de capital reduzido.

quanto seguradoras decidem que eles podem gerir esses produtos simples por conta própria. Para os intermediários, fica difícil argumentar que eles realmente agregam valor quando seguradoras e/ou canais de distribuição estão dispostos a administrar eles próprios os seus produtos *(ver Capítulo 23)*.

9.2 Quem se beneficia com o seguro prestamista?

O seguro prestamista é muitas vezes criticado porque é percebido como mais valioso para seguradoras e credores do que para mutuários segurados. No início do século XIX, o seguro prestamista foi desenvolvido nos Estados Unidos usando o slogan "a dívida morre com o devedor". Era considerado vergonhoso deixar o peso de uma dívida para dependentes ou parentes sobreviventes. Além disso, era mais provável os bancos aprovarem um empréstimo se parte de seu risco estivesse coberto por mutuário segurado. A cobertura prestamista, portanto, evoluiu com um propósito claro de proteger tanto o credor quanto o devedor. No contexto do microsseguro, vale a pena avaliar o valor do seguro prestamista partindo das perspectivas das diversas partes interessadas – devedores, credores e seguradoras.

9.2.1 Mutuários

Para a família segurada, o seguro prestamista deve liquidar a dívida de um mutuário quando de sua morte sem causar prejuízos financeiros para a família do falecido. Quando um microempresário morre, os membros da família sobrevivente são financeiramente afetados de várias formas. Primeiro, há os custos do hospital, funeral e enterro para pagar. Além de ser um dos provedores da casa, se não o principal, o falecido, muitas vezes, é o gestor qualificado dos negócios da família. Assim, além de perder sua produtividade, a família sofre com a perda de sua habilidade, experiência e *expertise* comercial.[4] Como o negócio tem dificuldades para se manter, a família pode recorrer à venda do estoque e à liquidação dos bens produtivos a preços promocionais para honrar o empréstimo devido. Para uma família em tal situação, ter o empréstimo liquidado pelo seguro é válido, visto que o credor deixa de fazer pressão para pagamento do empréstimo e a seguradora paga quaisquer benefícios adicionais rapidamente.

A proteção de seguro também é importante para os mutuários de uma IMF que usam a metodologia de empréstimo em grupo. Quando um mutuário morre, a IMF pode exigir que os outros membros do grupo paguem as dívidas do falecido com sua poupança. Isso tem implicações negativas para o moral do grupo, e o risco de perder as economias desestimula o crescimento da poupança. Sob tais circunstâncias, os devedores, muitas vezes, consideram o seguro como uma proteção importante contra a morte dos companheiros de grupo.

Apesar desses benefícios potenciais, os mutuários expressam, com frequência, pouca ou nenhuma satisfação em relação aos produtos de seguro prestamista básico.

[4] A maioria das IMFs têm as mulheres como clientes.

Um dos motivos, conforme observou um entrevistado da pesquisa, é que "o seguro prestamista é importante apenas razoavelmente, porque a maioria dos mutuários cobertos desconhece que tem cobertura". Considerando que, muitas vezes, não há cobrança direta para os clientes pela cobertura prestamista básica, ou porque o prêmio é percebido como uma taxa para a obtenção do empréstimo, os clientes podem não conhecer as condições de sua cobertura. Em um estudo de satisfação do cliente na Zâmbia, os clientes de uma IMF informaram que somente souberam que tinham seguro pela equipe de pesquisa (Manje, 2007).

Os mutuários percebem, frequentemente, a cobertura prestamista como um produto que beneficia o credor, e não eles. Para entender o porquê, é importante considerar como as IMFs lidam com a inadimplência de crédito devido à morte sem o seguro prestamista. Devido ao estigma e às relações extremamente ruins com o público resultantes da cobrança da dívida do espólio do falecido, muitas IMFs simplesmente dão baixa no empréstimo quando o mutuário morre. Neste caso, uma mudança para seguro não proporcionaria valor adicional se cobrisse somente o empréstimo.

Uma proposta de melhor valor inclui cobertura para além da prestamista básica, de modo que as famílias sobreviventes recebam um benefício financeiro sobre a morte do cliente ou o cliente receba algum benefício sobre a morte de um membro da família e/ou cobertura no caso de outro risco. Nas IMFs que atendem principalmente mulheres, por exemplo, as mutuárias tendem a se preocupar muito mais com a cobertura para a vida de seu cônjuge do que para a sua própria vida (*ver Capítulo 16)*. Tais produtos aprimorados e de família são mais caros, mas, mesmo com o custo adicional, oferecem melhor valor para os clientes, caso os produtos respondam às suas necessidades e sejam entregues de forma eficiente.

O valor é eventualmente específico do contexto, conforme observado no caso da Allianz Indonésia *(Caixa de Texto 9.1)*.

Caixa de Texto 9.1

Impacto sobre clientes

Em uma das poucas avaliações dos produtos prestamistas, a pesquisa avaliou o impacto de um produto prestamista oferecido pela Allianz Indonésia. O estudo concluiu que um produto como este não era necessário porque a suposta crise financeira pós-morte não existia. O apoio da comunidade e da família entre indonésios muçulmanos de poucos recursos era forte o suficiente para cobrir grande parte das despesas de funeral e prover a subsistência da família enlutada. Esse apoio foi levado pela percepção da morte como um risco coletivo à luz da economia moral e que depende dos princípios de reciprocidade equilibrada. Portanto, neste caso, os produtos prestamistas não atendem à lacuna da demanda por clientes. O estudo concluiu que é importante conhecer a demanda antes de oferecer cobertura prestamista ou qualquer produto de microsseguro.

Fonte: Adaptado de Hintz, 2010b.

Mesmo com melhor risco e/ou cobertura de família, o nível de conhecimento e experiências dos mutuários segurados influencia, diretamente, a percepção de valor do produto. Para mutuários que sobrevivem a um ciclo de empréstimo prévio, ou para aqueles que estão contratando pela primeira vez, o seguro prestamista pode não parecer importante, mesmo se o objetivo da cobertura estiver claro para eles. Pagar um prêmio por um benefício intangível pode ser visto como um desperdício de dinheiro ganho com suor, porque os mutuários "sabem" de antemão que vão sobreviver ao prazo do empréstimo. De fato, as taxas de mortalidade da clientela de IMF tendem a ser significativamente inferiores às da média da população, porque a IMF empresta, principalmente, para clientes saudáveis e produtivos. Em geral, a maior valorização do seguro prestamista ocorre na idade avançada, quando as pessoas testemunharam um pagamento de benefício, têm dependentes ou se beneficiaram da educação do consumidor.

9.2.2 Credores

Para um credor, é muito mais fácil ser positivo sobre o seguro prestamista. Ao contrário do mutuário que está limitado à sua experiência individual, o credor pode avaliar o impacto financeiro do seguro prestamista em toda a sua carteira de empréstimos. Eliminar o risco de mortalidade do mutuário com o custo repassado ao mutuário é um gerenciamento de risco prudente e uma prática comercial estabelecida. As instituições de crédito na pesquisa avaliaram o seguro prestamista como sendo valioso para sua organização por que:

- protege a empresa, os acionistas ou membros-proprietários e sua carteira de crédito;
- aumenta a receita de taxas;
- não há necessidade de pedir reembolso do espólio do mutuário falecido;
- oferecendo seguro de qualidade melhora a imagem corporativa, aumenta a reputação em seus mercados, atrai novos clientes e melhora a fidelidade do cliente;
- ajuda a cumprir sua missão social na medida em que ajuda os clientes e suas famílias a gerenciar os riscos;
- permite uma ampla gama de serviços financeiros a serem prestados.

Para os credores, o seguro prestamista – e em especial o prestamista aprimorado – pode ser uma vantagem competitiva, como foi para a VisionFund *(Caixa de Texto 9.2)*.

Caixa de Texto 9.2

Seguro prestamista como uma vantagem competitiva no Camboja

O Camboja tem uma penetração relativamente alta de microfinanças e uma competição significativa entre as IMFs. Uma IMF, a VisionFund, usa seu produto prestamista como uma vantagem comparativa. Ela promove seus produtos prestamistas como superiores junto aos concorrentes, porque o saldo devedor é perdoado em caso de morte do mutuário. Além disso, há benefícios para o funeral do mutuário, cônjuge e filhos. "Seguro" nunca é mencionado em seus materiais promocionais ou em interações com os mutuários. O prêmio é "invisível", uma vez que está embutido na taxa de juros. O seguro prestamista é considerado altamente valioso por esta IMF de sucesso, porque ela tem dado a ele um importante diferencial competitivo.

Fonte: Autores.

Em termos corporativos, os credores podem promover o seguro prestamista como uma vantagem competitiva. No entanto, a interação da equipe de campo com os clientes normalmente não usa isso como uma vantagem de marketing e tende a ser fraca ao informar os clientes a respeito desta cobertura. Às vezes, até os funcionários são mal informados. A natureza compulsória da cobertura prestamista básica favorece a apatia para educar os clientes sobre o que eles estão comprando. Além do mais, considerando que a cobertura prestamista básica tem proliferado em microfinanças, sua posição como uma vantagem de mercado é questionável. Em Uganda, depois que algumas grandes IMFs começaram a oferecer produtos prestamistas aprimorados e para família, esse nível de cobertura se tornou uma expectativa de mercado por parte dos clientes, que mudaram de IMFs sem cobertura para aquelas com o produto.

Em muitos casos, o foco das IMFs é gerar valor para elas próprias e não para seus clientes (*ver Caixa de Texto 9.3*). Quando as IMFs retêm o risco de sinistro da carteira devido à morte do mutuário, elas, muitas vezes cobram taxas significativas pelo serviço (até 3 por cento do empréstimo inicial) até que registrem uma experiência de sinistros muito menor. A presença de seguro deve significar que os credores podem, teoricamente, reduzir as taxas de juros. Os autores, no entanto, não encontraram exemplos da presença de produtos prestamistas que levam a qualquer redução clara das taxas de juros nos empréstimos.

Caixa de Texto 9.3

Fluxos de benefício no seguro prestamista

Richard Leftley, CEO da corretora de microsseguros, a multinacional MicroEnsure, relata sua experiência com seguro prestamista e IMFs. "Em 2002, a maioria das IMFs com as quais trabalhávamos cobrava dos mutuários uma quantia fixa equivalente a um por cento do valor do empréstimo e usava os fundos resultantes para pagar o saldo devedor dos empréstimos quando da morte dos mutuários; não havia participação de nenhuma seguradora. Quando começamos a implementar o seguro prestamista nessas IMFs, percebemos que elas continuavam a cobrar aos devedores um por cento, embora a companhia de seguro estivesse cobrando de 0,3 a 0,5 por cento do valor do empréstimo. Basicamente, a IMF terceirizava o risco por um preço menor, mas não repassava a poupança para seus mutuários; em vez disso, o delta estava sendo contabilizado como receita. Esta prática é frequente hoje em dia, o que é uma grande vergonha, uma vez que todos nós devemos nos concentrar em fornecer um bom valor para nossos clientes."

Fonte: Adaptado de Leftley de 2010.

9.2.3 Seguradoras e intermediários

As seguradoras e os intermediários que foram estudados, em geral, declararam um interesse nos produtos prestamistas porque eles:

- são claros e, portanto, fáceis de vender e administrar;
- tendem a ser muito rentáveis e podem permitir a experiência de uma seguradora com outros produtos que podem não ser tão rentáveis em curto prazo;
- representam uma boa entrada nos mercados de microfinanças com a chance de estabelecer confiança tanto em termos institucionais quanto domésticos;
- são uma boa forma de gerar demanda e conscientização por seguro;
- proporcionam acesso relativamente fácil a uma grande base de clientes com um potencial de crescimento de demanda por outros serviços de seguro no futuro.

As seguradoras e os intermediários geralmente abordam o seguro prestamista como âncora para seu negócio de microsseguro, uma vez que isso permite que eles entrem neste mercado com um produto relativamente fácil. Sem muito risco, eles podem aprender sobre o mercado, conhecer taxas de mortalidade e controles de teste enquanto geram lucro significativo. No entanto, com muita frequência, o seguro prestamista está de acordo com o empreendimento do segurador no microsseguro. Nestes casos, as motivações tanto da seguradora quanto do credor são atendidas – lucro e cobertura de carteira – e nenhum deles está particularmente preocupado com as demais necessidades de proteção de risco de seu mercado de baixa renda.

9.3 Quantificar o valor da cobertura prestamista

Um aspecto essencial de valor é o montante e o tipo de cobertura prestamista que se pode comprar por um determinado preço. Um atuário determina isso calculando a média de sinistro estimado para cada mutuário, que é então carregada para derivar a taxa do prêmio. Uma medida similar, o coeficiente de sinistros incorridos, pode ser calculado retroativamente com base na experiência de sinistros. Intuitivamente, este indicador, às vezes chamado de coeficiente de sinistros, é a proporção do prêmio que volta para os mutuários segurados sob a forma de benefícios do seguro. Na ausência de seleção adversa e fraude, um coeficiente "alto" significa bom custo-benefício. Medidas afins são o coeficiente de despesas incorridas, que indica o quanto de prêmio é usado para gerir e administrar o produto, e o coeficiente de lucro líquido, que revela o quão rentável é o produto para a seguradora. Com esses coeficientes, é possível começar a quantificar o valor para os clientes, conforme ilustrado na Tabela 9.1 (Wipf e Garand, 2010).

Tabela 9.1 **Principais indicadores de desempenho para a cobertura prestamista**

Indicador	*Cálculo*	*Faixa de bom valor financeiro*[1]	*Interpretação partindo da perspectiva do consumidor*
Coeficiente de despesa incorrida	Despesas incorridas/prêmio ganho[2]	Abaixo de 25%	Este coeficiente mede a eficiência do produto prestamista. Quanto mais eficiente ele é, mais valioso ele pode ser, caso as economias em despesas sejam utilizadas para reduzir a taxa de prêmio, em vez de aumentar o lucro.
Coeficiente de sinistros incorridos	Sinistros incorridos/prêmio ganho	Acima de 60%	Mostra quão valioso é o produto prestamista. Um coeficiente "alto", na falta de fraude ou seleção adversa, significa que o preço da cobertura é relativamente "baixo" (o valor é "alto").
Coeficiente de receita líquida	Receita líquida/ prêmio ganho	No máximo 10%	Mostra quão rentável é o produto. O lucro pode ser reduzido diminuindo a taxa de prêmio, aumentando, portanto, o custo-benefício.

[1] Estes limites propostos sobre os coeficientes representam a opinião conjunta dos autores. Observe que o valor dos coeficientes pode exceder 100 por cento, porque os juros sobre as reservas aumenta o coeficiente de receita líquida.
[2] No regime de competência, o prêmio é ganho durante o período de um empréstimo em um padrão que reflete o risco da cobertura de seguro e o custo de administrar esse risco. O padrão do prêmio ganho independe, portanto, de como o prêmio foi pago.

Este capítulo apresenta, a seguir, as cinco características de um produto de microsseguro prestamista "de valor":

a) **Relevante:** O produto protege a família de um mutuário de riscos relevantes, inclusive de ter de lidar com o saldo devedor de um empréstimo após a morte do mutuário.
b) **Oportuno:** A seguradora paga o sinistro em tempo hábil antes que o saldo devedor do empréstimo tenha um efeito adverso sobre as finanças da família.
c) **Perceptível:** A maioria dos mutuários conhece o produto, mesmo quando ele é compulsório.

d) **Facilita o acesso:** A carteira do credor é protegida, o que torna mais fácil para as famílias pobres o acesso ao crédito.
e) **Custo-benefício:** Não é um bom custo-benefício, conforme definido pelos três indicadores de valor da Tabela 9.1.

Para avaliar o valor financeiro, os autores analisaram as informações financeiras prestadas por 17 instituições que participaram da pesquisa. Essas instituições foram selecionadas com base na identificação pelos autores de programas de produto prestamista que em conjunto oferecem uma variedade de coberturas, sob uma variedade de modelos diferentes e sobre os quais a administração estava disposta a fornecer dados (um desafio significativo). A Tabela 9.2 fornece os principais dados financeiros das operações do produto prestamista dessas instituições e as características relevantes delas, porém suas identidades específicas são mantidas em sigilo como condição ao fornecimento dos dados. Mesmo assim, nem todos os dados solicitados foram disponibilizados; para muitos, foi difícil fornecer as informações por causa dos métodos contábeis usados para esses produtos.

As conclusões são particularmente notáveis devido à enorme gama de resultados. Enquanto o produto prestamista é comumente apresentado para ser rentável para seguradoras e bancos, esses resultados ilustram que isso não é verdade em termos universais. Das 12 instituições que relataram sua rentabilidade na Tabela 9.2, oito estavam de fato significativamente acima da meta de 10 por cento, mas duas estavam deficitárias e, portanto, apresentam problemas sérios.

Tabela 9.2

Custo-benefício de programas de seguro prestamista (classificados por coeficiente de sinistros)

Tipo de organização	*Nome*	*Modelo*[1]	*Cobertura*	*Comissão* %	*Exp. admin.* %	*Coeficiente de sinistros* %	*Lucro* %[2]	*Contingência* %[3]	*Comentário*
Não sustentável									
IMF	Alfa	PA	Família	n.a.	n.a.	119	n.a.	n.a.	Não sustentável
IMF	Beta	PA	Básica	n.a.	n.a.	95	<0	n.a.	Altos índices de HIV+
Valor para os clientes									
Corretor/ intermediário	Gama	PIA	Vida e invalidez do mutuário	15	12,5	70	2,5	n.a.	Precificado para lucro baixo
IMF	Épsilon	PA	Família	n.a.	n.a.	65	n.a.	n.a.	
IMF	Dzeta	PA	Família	n.a.	n.a.	64	n.a.	n.a.	
Intermediário Takaful	Teta	PIA	Básica	25	10	60	5	n.a.	Preço, não real
Segurador comercial (incluindo Takaful)	Iota	PA, PIA	Carteira mista	5-16 varia por conta	22	60	aprox. média de 16	n.a.	Lucro é devolvido para as IMFs (80% para convencionais e 70% para Takaful)
IMF autossegurada	capa	SI-MFI	Família	0	21	57	8	14	Constituindo reservas
Baixo valor para os clientes									
Seguradora cooperativa	Lambda	PA, PIA	Carteira mista	0-40 (varia)	15	30	média de 25	n.a.	
Seguradora comercial	Ni	PA, PIA	Carteira mista	10	20	28	42	n.a.	
AMB	Ômicron	AMB	Básica	25	20	25	20	10	
IMF autossegurada	Pi	SI-MFI	Básica	12	10	24	54	n.a.	
Rede de cooperativa de crédito autossegurada	Rô	Si-CUN	Básica	10	10	22	58	n.a.	
AMB	Sigma	AMB	Básica	n.a.	n.a.	18,5	n.a.	n.a.	
AMB	Tau	AMB	Básica	0	19	13	68	n.a.	
IMF autossegurada	Ípsilon	SI-MFI	Vida estendida para mutuário e cônjuge	18	89	12	<0	n.a.	Participação voluntária
Seguradora cooperativa	Psi	PA	Carteira mista	8	8	11	63	n.a.	Muito pouco competitiva

1 PA = parceiro agente; PIA = parceiro-intermediário-agente; SI-MFI = IMF autossegurada; AMB = associação mútua de benefício; SI-CUN = rede de cooperativa de crédito autossegurada.

2 Para algumas, lucro exclui juros ganhos sobre reservas.

3 Reserva de contingência não inclui prêmio ganho ou reservas de sinistros.

Partindo do ponto de vista do cliente, se o bom custo-benefício inclui um coeficiente de sinistro de pelo menos 60 por cento, apenas 6 dos 17 nesta amostra atendem a este critério. É particularmente evidente que os modelos de entrega com base no membro (AMBs, cooperativas, cooperativas de crédito) estão classificados entre os de menor valor na amostra. Os resultados indicam que essas cooperativas e AMBs não enfrentam a concorrência, e os produtos são muitas vezes precificados para gerar superávit adicional para aumentar capital e reservas. Algumas organizações têm capacidade técnica limitada e preferem precificar de forma conservadora, enquanto algumas imitam outros produtos no mercado por não ter capacidade para precificar corretamente. No entanto, como essas organizações são direta ou indiretamente de propriedade das famílias seguradas, um "excesso" de superávit deve, teoricamente, voltar para os membros de forma indireta por meio de serviços expandidos e outros benefícios. Por exemplo, a CIC no Quênia usa seu excedente no produto prestamista para financiar outros serviços para seus membros e clientes *(ver Capítulo 18)*.

Os membros de AMBs, normalmente, são obrigados a comprar um produto primário de vida e acidente como uma condição de adesão, além do prestamista básico exigido para mutuários. No entanto, para muitos esta cobertura de seguro é tudo o que eles podem comprar. Tal redução no poder de compra demonstra um ponto crucial sobre AMBs na amostra fornecendo produtos com coeficientes de sinistros muito baixos. Os excedentes que clientes-membros estão fornecendo para as AMBs não estão permitindo que os clientes tenham capacidade de adquirir outra cobertura, possivelmente de melhor valor.

Uma análise dos produtos com base no tipo de cobertura revela que a cobertura básica em cinco dos casos se enquadra no grupo de "valor baixo". Embora existam produtos aprimorados de cada grupo de valor, cinco (50 por cento) dos produtos aprimorados se enquadram no grupo de "valor para os clientes" em comparação a apenas um (17 por cento) dos produtos básicos. É evidente que, nesta amostra, aqueles que oferecem produtos aprimorados mantêm um foco mais acentuado em fornecer valor para os seus clientes.

Proporcionar benefícios financeiros equilibrados entre clientes, credores e seguradoras ajuda a promover o valor do produto prestamista. Programas que acompanham cuidadosamente seus resultados financeiros e estão cientes da importância de fornecer um bom valor para o mercado sentirão os efeitos positivos de longo prazo sobre sua marca. Uma das principais formas de fornecer melhor valor para os clientes é por meio da inclusão de benefícios que tenham um impacto maior sobre eles.

9.4 Ampliar produtos existentes

A estratégia de usar produto prestamista como um motor de lucro, historicamente, tem sido bem-sucedida, porém, recentemente, em vários países, o mercado prestamista se tornou mais competitivo, com redução das taxas de prêmio e forçando seguradoras e credores a repensarem sua estratégia de microsseguro. Tal evolução é boa para os mutuários, que estão observando uma variedade maior de benefícios e coberturas oferecidas em resposta ao desejo dos fornecedores de manter o negócio. Por causa de um desejo de fornecer melhor valor para os clientes ou melhorar o posicionamento competitivo, muitas organizações têm expandido suas operações além do produto prestamista em termos de melhorar a cobertura do cliente, cobrindo riscos adicionais e/ou cobrindo outros membros na família do mutuário.

9.4.1 Melhor cobertura de vida

Outra forma comum de melhorar o valor da cobertura prestamista é atribuir como importância segurada o valor original do empréstimo, e não do saldo devedor na ocasião da morte. Isso é feito por duas razões: a) para assegurar que os empréstimos inadimplentes com juros e multas acumulados estejam mais bem cobertos, considerando que a morte, muitas vezes, é precedida por um período de doença e b) para propiciar algum benefício financeiro aos dependentes. Essa cobertura quase dobra o custo do prêmio, uma vez que a importância segurada fixa é aproximadamente duas vezes maior do que a redução da importância segurada. O problema é que, embora quase sempre haja algum benefício a pagar aos beneficiários, o valor é incerto e, portanto, a preferência do mutuário por um benefício fixo certo para os beneficiários não é atendida. Algumas instituições têm abordado esta questão combinando uma redução na importância segurada com uma apólice de vida a termo com importância segurada fixa. Isso proporciona o benefício de cobertura prestamista com a confiança de um benefício fixo para a família na morte.

9.4.2 Maior cobertura de riscos

Outra melhoria comum é o acréscimo de invalidez total e permanente (TPD) do mutuário resultante de um acidente, como condição para a quitação do empréstimo. Esta cobertura tende a ser muito barata, uma vez que ocorre muito raramente, e, por isso, acrescenta pouco valor global, além, possivelmente, de proporcionar uma percepção de melhor valor. Os acidentes são um pouco raros, e é ainda mais raro para alguém sobreviver a um acidente e ficar permanentemente incapaz para continuar vivendo, que é como a TPD acidental é, em geral, definida. Normalmente, a invalidez é avaliada por um profissional médico 90 a 180 dias após o acidente. Caso a cobertura seja TPD resultante de qualquer causa incluindo doença, o valor e o custo da cobertura adicional aumentam consideravelmente.

Embora encontrada em alguns produtos prestamistas comerciais, a cobertura de invalidez temporária ou parcial que desencadeia amortizações temporárias do empréstimo pela seguradora em nome do mutuário não é uma característica comum no microsseguro. Embora esse tipo de cobertura possa ajudar as pessoas a superar a dificuldade financeira de curto prazo, os controles para combater o risco moral e a fraude são muito difíceis e caros de administrar, tendo em vista os pequenos valores de pagamentos de empréstimo.

A única variação nesta abordagem é de uma microsseguradora do sul da Ásia, cujo produto cobre apenas o mutuário, mas tem as seguintes características adicionais:

- A importância segurada é o montante do empréstimo saldado, que é pago em caso de morte natural, morte acidental ou invalidez total e permanente por acidente.
- Um benefício adicional equivalente à importância segurada é pago em caso de morte acidental.
- Em caso de invalidez parcial e permanente decorrente de acidente, o benefício é de 50 por cento da importância segurada.
- Uma subvenção para educação de, no máximo, 10 por cento da importância segurada é paga em caso de morte por qualquer evento coberto.
- Em caso de hospitalização por, no mínimo, três dias, o pagamento da cobertura hospitalar equivale a 0,5 por cento da importância segurada por dia (com um limite) até um máximo de 10 dias durante a vigência (os primeiros três dias de hospitalização não estão cobertos).

Para a parte médica, condições preexistentes, maternidade e circuncisão estão excluídas das principais exclusões-padrão, tais como tentativas de suicídio e participação em uma atividade criminosa. No caso de morte ou invalidez total e permanente, o valor do saldo devedor do empréstimo é deduzido pela IMF dos benefícios devidos.

Outro exemplo é fornecido pela Opportunity Uganda Ltd. A Opportunity oferece empréstimos de curto prazo para um grande número de vendedores do mercado para a compra de estoque. As lojas estão localizadas em áreas secas e molhadas do mercado que estão propensas a muitos riscos, especialmente incêndio. O seguro prestamista da Opportunity protege não só contra a morte do mutuário, mas também contra incêndio – caso o fogo destrua a loja de um vendedor, a seguradora pagará o saldo devedor do empréstimo. Tendo vivenciado o impacto econômico devastador de um incêndio no mercado em alguns de seus clientes, a Opportunity está explorando a possibilidade de estender a cobertura de incêndio para proteger todo o estoque do mutuário, e não apenas o saldo devedor do empréstimo. Tal cobertura pode ser facilmente adicionada ao produto prestamista existente, com a finalidade de proteger o capital empregado no estoque do vendedor que foi construído ao longo de meses ou anos.

Outros exemplos de melhorias em cobertura incluem a Microfund for Women na Jordânia, que fornece assistência pecuniária diária em caso de hospitalização; a

Allianz Indonésia, que permite aos mutuários segurarem até três vezes o valor do empréstimo; e a PlaNet Guarantee, que indeniza em caso de morte por acidente de trânsito no Camboja.

9.4.3 Maior cobertura para família

Uma vez que a crise financeira de um mutuário ocorre quando os membros da família passam por eventos seguráveis, alguns credores têm feito pressão para que o produto prestamista cubra outras pessoas além do mutuário. Na maioria das vezes, o cônjuge está coberto e, ocasionalmente, os filhos e os pais. Às vezes, como no caso da apólice em grupo de acidentes pessoais da AIG Uganda, os benefícios são escalonados, com cônjuge e filhos cobertos a um nível reduzido, 50 e 25 por cento respectivamente, da importância segurada do mutuário, além da quitação do empréstimo.

Um aumento na cobertura para família envolve, normalmente, o pagamento total ou parcial do empréstimo caso o cônjuge do principal segurado morra. Essa cobertura é valiosa, uma vez que o cônjuge é muitas vezes um provedor da família importante. Às vezes, o cônjuge é o usuário atual dos recursos do empréstimo, como é o caso de um agricultor que envia a esposa para participar de reuniões de grupo, já que ele deve administrar suas terras. Além disso, muitas famílias dependem de duas rendas, e, quando um dos provedores morre, isso tem um impacto dramático no bem-estar familiar. Cobrir o outro provedor da família pode ajudar a estabilizar as finanças domésticas ou pelo menos atenuar o dano econômico. Outros benefícios oferecidos incluem cobertura de funeral para cônjuge e filhos (VisionFund no Camboja), e invalidez para o cônjuge (MicroEnsure nas Filipinas).

Uma vez que a cobertura de família é adicionada, no entanto, uma mudança dramática ocorre na assimetria das informações, porque, embora o cliente seja conhecido do credor, o risco de segurar a família e, especialmente o cônjuge, é menos claro. Os clientes de microfinanças são, muitas vezes, mulheres. Maridos de mulheres de baixa renda tendem a ter um trabalho mais arriscado e também estilos de vida mais arriscados. Assim, o custo para cobrir cônjuges pode ser significativamente maior do que cobrir o cliente. Em dois exemplos, o produto da AIG em Uganda teve uma taxa de mortalidade de uma morte de cliente do sexo feminino para quatro mortes de cônjuge (McCord et al., 2005a), e a AMB do CARD teve uma morte de cliente para 3,2 mortes de cônjuge (McCord e Buczkowski, 2004). Muitas vezes, para gerenciar o risco adicional, a seguradora começa com uma cobertura moderada para o cônjuge, aumentando conforme a experiência vai se desenvolvendo, e o verdadeiro risco é mais bem conhecido com o tempo. Essa cobertura, embora potencialmente desafiadora, é de grande benefício para o cliente.

Deve ser entendido que nem toda a inovação de produto é bem-sucedida. Uma IMF do sudeste asiático desenvolveu inicialmente seu produto prestamista com base em pesquisa de mercado, a partir da qual concluiu que um componente de poupança era importante. O produto era oferecido voluntariamente e consistia de uma cobertura por morte e invalidez total e permanente para o mutuário no valor do

empréstimo original. A partir disso, o saldo devedor do empréstimo no dia da morte era deduzido e o saldo pago aos dependentes. O cônjuge e os filhos também estavam cobertos, o valor de sua cobertura equivalente a 50 por cento e 25 por cento da cobertura do mutuário, respectivamente. O componente de poupança era 50 por cento do prêmio, que era devolvido com juros quando o cliente saía da IMF. O principal problema do desenho do produto era que o prêmio integral era deduzido adiantado do empréstimo, o que o tornou pouco atraente para o mercado. Por isso, a aceitação foi baixa. Eventualmente, para reduzir a dedução do prêmio, tanto o componente de poupança quanto a cobertura para filhos foram retiradas. As vendas do produto ainda continuam sendo muito baixas para sua sustentabilidade, principalmente porque a conscientização do mercado é baixa, a participação é voluntária e o prêmio continua a ser pago adiantado.

9.4.4 Considerações do provedor

Seguradoras e intermediários, muitas vezes, oferecem varias versões de cobertura prestamista, e alguns têm capacidade para desenvolver uma determinada combinação de características que seus parceiros de distribuição exigem. Os credores devem estar cientes desta oportunidade de flexibilidade e inovação, e utilizar isso para garantir a evolução de produtos para aumentar o valor para seus clientes. Oferecer uma variedade de produtos como esta requer sistemas flexíveis de administração e capacidade atuarial. Outras seguradoras, tais como a "Iota" na Tabela 9.2, oferecem aos seus parceiros um conjunto de componentes pré-precificados e permitem a eles escolher uma combinação apropriada.

O produto prestamista Takaful pode ser considerado como um benefício adicional, pois permite cobertura dentro dos limites de crenças religiosas e porque pode resultar em serviços secundários adicionais. Os princípios do Takaful exigem que a maior parte do excedente do compartilhamento de risco seja devolvida ao segurado e, embora os parceiros tenham capacidade de fazê-lo diretamente, podem optar por métodos indiretos, por exemplo, acrescentar um serviço adicional ou reduzir o custo de serviços existentes. Uma seguradora, a Allianz Indonésia, oferece ambas as versões do produto prestamista, a convencional e a Takaful (ou seja, o seguro Shariah-compliant). Em consonância com os princípios do Sharia, ela devolve, no máximo, 70 por cento dos lucros e negócios concluídos para seus parceiros de distribuição.

Algumas IMFs preferem não ampliar o produto prestamista além de sua forma básica por uma série de razões; algumas, como a "Lambda", têm sistemas de distribuição *bancassurance* muito bem desenvolvidos. Por intermédio de um grande número de IMFs, cooperativas e agências bancárias, ela vende no varejo uma gama de produtos vida e não vida para clientes daquelas instituições. Nestes casos, os clientes ainda têm uma oportunidade de comprar os produtos adicionais, mas com mais flexibilidade (pelo menos como um grupo) para escolher a combinação de produtos mais adequada. A preferência desses provedores é pelo produto prestamista simples que cobre apenas

empréstimos, e estima-se que os clientes comprem voluntariamente produtos de seguro extras para adequar às suas necessidades variadas.

A Equity Insurance Agency, no Quênia, emprega uma estratégia como esta de oferecer uma variedade de produtos para seus clientes e limitando sua cobertura compulsória à prestamista básica. No caso da Equity, isso exige gastar uma grande parcela de seus recursos na educação de seu mercado-alvo para melhorar o entendimento e estimular a demanda por microsseguro.

9.5 Aspectos operacionais

A cobertura prestamista pode ser simples de administrar, em especial quando os detalhes operacionais estão claramente estruturados. Como as inovações são introduzidas para oferecer valor para os clientes, o nível de complexidade aumenta e outras questões operacionais devem ser consideradas. Esta seção considera uma série de questões operacionais que devem ser abordadas antes de um produto ser introduzido.

9.5.1 Período de cobertura

As microsseguradoras precisam ter cuidado com o vencimento dos produtos prestamistas básicos. A apólice termina na data programada para vencimento do empréstimo? Nem todos os clientes são pontuais em relação ao pagamento integral. Algumas instituições oferecem duas semanas ou mais de um período de carência para manter a cobertura quando o cliente está em atraso com o pagamento final. Algumas instituições cobram um prêmio periódico (semanal ou mensal), e não um prêmio único adiantado, o que permite a cobertura, independentemente do prazo de pagamento real. Outros exigem, automaticamente, até dois meses extras de cobertura além da data de vencimento do empréstimo, possivelmente para preencher os períodos entre empréstimos.

Condicionar os benefícios expandidos ao produto prestamista pode agravar este problema de tempo porque não há paridade entre os períodos de duração do risco. O risco de inadimplência de crédito devido à morte tem um prazo fixado, à medida que o empréstimo tem uma data de término até a qual estima-se será pago integralmente. No entanto, o risco de crises financeiras devido à morte do provedor da família ou à perda do negócio é contínuo. Assim, associar o período de cobertura ao empréstimo pode ser um problema, especialmente se as pessoas não contraem empréstimos continuamente.

O que acontece se um empréstimo é pago antecipadamente e o seguro cobre mais do que o saldo devedor? No caso de alguns produtos, a cobertura cessa automaticamente. Em outros, com mais benefícios, a cobertura continua até o final do prazo programado do empréstimo. Algumas organizações oferecem uma devolução parcial do prêmio. Tendo em vista os prêmios pequenos mesmo do produto prestamista estendido, o custo administrativo da devolução de uma pequena parte de um prêmio minúsculo pode ser excessivo. A CLIMBS, nas Filipinas, deixa o seu parceiro

de distribuição decidir se o prêmio deve ser devolvido parcialmente; caso nenhuma devolução seja devida, então a cobertura continua até a data do vencimento original. Considerando que a CLIMBS tem um bom *software* de administração, é relativamente simples fazer as devoluções, mas devem ser restituídos, também, o prêmio de resseguro e comissões; o que exige certo esforço administrativo.

9.5.2 Cobrança e financiamento de prêmio

Cobranças de prêmio podem ser geridas de forma eficaz com o uso de vários métodos. Na maioria dos planos, o prêmio é pago **explicitamente** pelo cliente, em geral, um prêmio único no início do prazo do empréstimo. A cobrança do cliente é, normalmente, na forma de uma dedução do empréstimo ou é somada ao valor do empréstimo e amortizada. Estes métodos acrescentam despesa de juros ao custo da cobertura prestamista para o cliente. Outros métodos incluem:

- saques periódicos de uma conta poupança (efetuados por algumas cooperativas de crédito);
- prêmio pago a cada pagamento do empréstimo;
- prêmio embutido na taxa de juros do empréstimo;
- prêmio mensal pago com base no valor total da carteira de crédito (carteira prestamista se a instituição for o beneficiário e segurado);
- seguro a termo comprado por clientes por uma IMF;
- autossegurados por intermédio de um fundo interno proveniente de lucros da IMF.

Métodos diferentes têm um impacto sobre a eficiência operacional. Dependendo do nível de automação, vários pagamentos de prêmios podem acarretar outros custos operacionais. Métodos de pagamento também têm um impacto sobre marketing. Quando o cliente solicita um empréstimo de uma determinada quantia e recebe menos devido à dedução do prêmio, pode haver confusão. Além disso, se o custo do seguro for integralmente cobrado adiantado, ele pode conduzir os clientes para IMF concorrentes, em especial se a cobertura do seguro não for muito valorizada.

A maioria dos programas baseiam suas taxas de prêmio no valor do empréstimo ou da importância segurada (com melhores produtos e produtos para família). Isso efetivamente associa o prêmio ao risco financeiro e à capacidade de pagar. Alguns programas têm um prêmio fixo único para todos os clientes, independentemente do valor ou prazo do empréstimo. Este arranjo é mais fácil de implementar e explicar, mas suscita questões de equidade. Se houver uma gama de tamanhos de empréstimo, os clientes com empréstimos menores e prazos mais curtos subsidiam os empréstimos maiores e de prazos mais longos. Em um exemplo, a IMF autossegurada inicialmente começou com um prêmio fixo único, mas depois de alguns anos seus membros perceberam a desigualdade e muitos reclamaram. Hoje, ela calcula prêmios com base no valor do empréstimo inicial.

Um caso interessante do ponto de vista atuarial surge quando o prêmio é embutido na taxa de juros. Por exemplo, a VisionFund (Camboja) oferece benefícios fixos de funeral para a família, mas um prêmio mensal é cobrado sobre o saldo devedor do empréstimo (amortizações do empréstimo são feitas mensalmente). Com a inflação e a melhoria da situação econômica dos mutuários, a média de tamanho dos empréstimos aumenta ao longo do tempo, e, portanto, a base sobre a qual o prêmio é calculado continua a crescer enquanto os benefícios de funeral permanecem fixos. Isso requer frequentes reavaliações de preços e ajuste de taxa (pelo menos a cada 12 a 24 meses). A organização coleta dados muito bons para permitir uma análise atuarial precisa.

9.5.3 Educação e promoção

A função mais importante da distribuição é educar os clientes sobre o produto prestamista que eles recebem para garantir que os mutuários e beneficiários conheçam a cobertura, as condições de cobertura, e o que fazer no caso de um sinistro. A maioria das informações é fornecida verbalmente durante o processo de pedido de empréstimo e muitas instituições, especialmente aquelas com maior cobertura e cobertura para família, oferecem materiais explicativos, como folhetos. Algumas, como a MicroEnsure, nas Filipinas, usam um instrumento financeiro formal de formação de conhecimento, bem como revistas em quadrinhos que são didáticas.

O foco dos gestores de seguro entrevistados para este capítulo parece estar na promoção de seus produtos para seus parceiros de distribuição. Além da MicroEnsure, não está claro até que ponto eles ajudam seus parceiros no desenvolvimento de métodos de educação. Um intermediário reclamou que com uma pequena comissão tudo pode ser feito por conta própria, sem qualquer ajuda das seguradoras.

Uma seguradora em Gana disse que "não queria contar para seus clientes que eles estavam cobertos, porque eles iriam apresentar reclamações de sinistro". Se o esperado é que o produto prestamista seja para o benefício dos clientes e sirva como base para uma cultura de seguro, as instituições devem se certificar se os clientes conhecem os seus benefícios ao trabalhar com uma instituição que oferece cobertura prestamista de qualidade. A demanda por microsseguro só pode acontecer se o mercado entender o que está comprando e enxergar que as obrigações do contrato de seguro são cumpridas.

9.5.4 Capacidade organizacional

Muitas organizações sabem que inovações seus mutuários gostariam, mas as IMFs frequentemente não têm a capacidade para alterar processos ou sistemas para acomodar versões estendidas do produto prestamista. A autoavaliação da capacidade é complexa em si, uma vez que as instituições, muitas vezes, pensam ter mais capacidade do que de fato têm.

As IMFs normalmente têm capacidade técnica limitada em microsseguro e pouco interesse em desenvolver tal capacidade, uma vez que sua principal competência é crédito e poupança. Algumas têm acesso ao conhecimento por intermédio de seus parceiros (seguradoras ou intermediários) enquanto outras buscam experiência nos centros de recursos técnicos de microsseguro e consultores atuariais.

A capacidade pode ser muito maior com sistemas e *software* para monitorar a atividade. Aquelas que não têm capacidade devem desenvolver esses sistemas, porque até mesmo o produto prestamista se torna complicado quando melhorado com coberturas adicionais.

As instituições que têm capacidade suficiente às vezes enfrentam outros desafios que as impede de fazer alterações. Uma seguradora com um produto Takaful bem-sucedido reconhece que tem capacidade suficiente, mas acha difícil convencer os acionistas e a administração a priorizarem o desenvolvimento de novos produtos de microsseguro. Outras razões para a expansão limitada incluem:

- Desejo de se concentrar em atingir maior alcance antes de incluir produtos adicionais.
- A SICL, no Sri Lanka, continua conservadora, porque há apenas dois atuários no país, e nenhum dos dois têm experiência em microsseguro. Dessa forma, a expansão do produto traz risco adicional significativo que a empresa não está disposta a assumir.
- O foco de algumas mútuas ainda é construir um superávit e reservas antes de se aventurar em novos produtos.
- Algumas instituições reclamam que seus clientes estão satisfeitos com as ofertas básicas e não estão cientes de que há uma demanda por qualquer outro produto.

9.6 Conclusões e recomendações

Os mutuários que aderiram aos modelos de responsabilidade civil de grupo, aqueles com valor relativamente alto de empréstimos (que os credores não estão dispostos a amortizar) e aqueles em culturas que consideram um tabu deixar dívida depois da morte, podem se beneficiar do seguro prestamista. Na maioria dos casos, porém, o produto prestamista continua a ser visto como benéfico para instituições de empréstimos. O valor financeiro para os clientes costuma ser baixo no seguro prestamista, em especial nos programas com base em cooperativa. No caso das cooperativas, as razões para o baixo valor incluem concorrência limitada, uma política de construção de superávit e reservas de contingência sem infundir recursos externos, falta de foco em garantia de valor financeiro devido à complacência e cautela quanto ao superfaturamento em face da carência de experiência atuarial.

O envolvimento de muitas partes – credor, corretor, seguradora e resseguradora – pode acrescentar ineficiências aos produtos prestamistas. Casos em que os credores gerenciam o produto prestamista por conta própria têm potencial para manter os custos muito mais baixos, mas estão frequentemente focados em geração de taxa, e não em geração de valor.

Há uma demanda por parte dos clientes por inovação além da cobertura prestamista básica. O valor da cobertura prestamista melhora, significativamente, quando há aumento da cobertura disponível e inclui a perda de membros da família. A expansão do produto ocorre, normalmente, com a inclusão da cobertura de eventos de risco adicionais (como acontece com invalidez total e permanente), um aumento no valor da cobertura (tais como cobertura de três vezes o valor do empréstimo), outras pessoas seguradas (de preferência o cônjuge) ou seguro para outros ativos (como a casa). O seguro prestamista voluntário também pode levar a melhores produtos, uma vez que eles requerem uma decisão de compra positiva por parte dos clientes, mas esses produtos têm se revelado difíceis de vender.

Muitas vezes, há restrições na expansão dos produtos prestamistas, como capacidade técnica, capacidade financeira, exigências de gerenciamento, um caso de negócio duvidoso e sensibilidade em relação ao preço no mercado. Organizações que estão na linha de frente podem ceder ou manter o risco de seguro de acordo com sua condição e seus planos para evolução do produto de microsseguro. Algumas se esforçam para reduzir custos e melhorar valor, algumas não têm acesso a opções alternativas e outras buscam otimizar seus lucros.

A estrutura do produto – prestamista como um produto autônomo diferente de um produto melhor com cobertura para família e/ou cobertura para outros riscos – tem um impacto considerável sobre questões operacionais. Essas questões incluem continuidade de cobertura, cálculo de prêmio e métodos de cobrança. Precisam ser consideradas antes da introdução do produto, a fim de garantir clareza e minimizar conflitos. Ajustes nos produtos para incluir a família, ou pelo menos os cônjuges, precisam ser realizados com cautela e devem equacionar em controles de sinistros e questões de preço.

As seguradoras e os credores podem se beneficiar dos prêmios do seguro prestamista no início, mas os benefícios devem ser utilizados para gerar uma variedade de produtos que podem ser subsidiados a partir de fundos gerados pelo produto prestamista. No entanto, a evolução normalmente cessa no seguro prestamista básico e não continua para incluir produtos que clientes podem valorizar. Quando esta evolução avança, seguradoras, credores e devedores geralmente se beneficiam, embora tais benefícios não devam ser admitidos.

Concluindo, este capítulo faz diversas recomendações sobre o desenvolvimento e a implementação de produtos prestamistas:

- O seguro prestamista deve ser visto como um começo e não um fim. Clientes em todo o mundo podem se beneficiar se seguradoras e credores aprenderem com os produtos prestamistas básicos e usarem este aprendizado para expandir as opções disponíveis para os clientes.
- O prestamista básico (incluindo cônjuges) deve ser tratado como um produto independente e com preços baseados no volume de empréstimo. Outros produtos devem ser precificados com base no seu risco específico. Estes muitas vezes são precificados

juntos, e, por causa das diferentes características do risco, esta prática faz pouco sentido.

- A administração de produtos prestamistas deve ser simples, com um esforço ativo para reduzir custos. A poupança deve ser repassada para os clientes por meio de prêmios mais baixos ou de uma evolução dos produtos de microsseguro com o intuito de garantir benefícios maiores.
- Na maior parte dos casos, o produto prestamista básico pode ser fornecido de forma eficiente por credores como um acessório à sua "Reserva para Possíveis Sinistros de Empréstimo". Não deve haver questões legais proibindo os credores desta prática, uma vez que o seguro prestamista simplesmente cobre inadimplência no caso de morte. Quando há empréstimos muito altos, um potencial significativo de perda catastrófica ou uma expectativa real e um plano ativo para melhorar o produto prestamista a fim de atender melhor os clientes, há valor na entrega do produto prestamista para uma seguradora. Caso contrário, é mais eficiente se o risco de mortalidade da carteira ficar a cargo do credor.
- Os exemplos neste capítulo demonstram que os produtos prestamistas podem ser flexíveis e atender às necessidades de seguradoras, credores e clientes. O credor precisa avaliar seu papel de garantir produtos de valor para os clientes e deve assumir a responsabilidade no atendimento das necessidades de seus clientes. O seguro prestamista básico não é suficiente para as necessidades dos clientes de baixa renda. O seguro prestamista oferece às seguradoras e aos credores um ponto de entrada para auxiliar os clientes a gerenciar seus riscos de forma eficiente e eficaz. Esta oportunidade não deve ser negligenciada.

10 Seguro funeral

Christine Hougaard e Doubell Chamberlain

Os autores gostariam de agradecer às seguintes pessoas por suas valiosas opiniões e sugestões: Jeremy Leach (Hollard Insurance), Richard Leftley (MicroEnsure), Michael J. McCord (MicroInsuance Centre), Marc Nabeth (CGSI Consulting), Rob Rusconi (Tres Consulting) e John Wipf (consultor atuarial).

Este capítulo considera o papel e o valor atual e potencial do seguro funeral para os consumidores de baixa renda com base em evidências de países selecionados. Apesar das diferentes experiências entre países, surgem temas importantes conforme abaixo:

1. **Funerais e despesas afins são, frequentemente, relevantes** na concepção das famílias de baixa renda e, portanto, muitas famílias dão grande prioridade a encontrar formas para lidar com as despesas de funeral e estão dispostas a dedicar parte da renda familiar na cobertura de funeral.
2. **Há uma forte ligação entre o seguro funeral e o serviço subjacente, ou seja, o funeral.** Esta ligação com um serviço tangível é um importante motor de demanda, assim como, em alguns casos, a escolha do canal de distribuição utilizado.
3. **Seguro funeral é oferecido em ambos os mercados, formal e informal.** Em alguns casos, as funerárias praticam o autosseguro – ou seja, operam informalmente como seguradoras. O seguro funeral informal também ocorre onde grupos de pessoas compartilham fundos para ajudar a lidar com as despesas de funeral. Seguro funeral é um produto importante em alguns mercados formais e está na vanguarda da iniciativa de muitas seguradoras comerciais para alcançar o espectro de renda. Como tal, tem sido uma das áreas de foco para inovação em distribuição alternativa.
4. **Seguradoras de funeral são desafiadas a oferecer mais valor para os clientes.** Conforme apresentado na seção 10.3.1, a combinação da forte demanda por cobertura de funeral e a estreita ligação com serviços funerários pode levar à vulnerabilidade do consumidor. Uma série de tendências está, no entanto, começando a surgir para combater abuso e garantir mais valor.

As seções abaixo abordam estes temas mais detalhadamente.

10.1 Questões da cobertura de funeral

Seguro funeral é uma apólice de seguro de vida a termo, em que o benefício é utilizado para cobrir despesas de funeral. O benefício pode ser na forma de um serviço funerário, um benefício pecuniário que pode ser usado para ajudar a pagar por um

funeral ou uma combinação dos dois. Fora o seguro prestamista (*ver Capítulo 9*), o seguro funeral é a forma de microsseguro mais predominante em vários países (*ver Caixa de Texto 10.1*).

Caixa de Texto 10.1

Mapeamento do seguro funeral

Uma pesquisa de profissionais de microsseguro na **África** concluiu que 14,7 milhões de pessoas em 32 países africanos tinham cobertura de produtos de microsseguro. A África do Sul, onde o seguro funeral é, sem dúvida, o maior produto de microsseguro, é responsável por mais da metade deste número (8,2 milhões). Os entrevistados forneciam cobertura de vida para 9,1 milhões de pessoas de baixa renda, das quais 6,2 milhões tinham cobertura de funeral (Matul et al., 2010).

Dercon et al. (2004; 2006) destacam a história, a predominância e o papel social do seguro funeral com base em grupo informal na **Etiópia** e **República Unida da Tanzânia**. Dercon et al. (2008) concluíram que quase 90 por cento de famílias rurais em uma amostra relativamente representativa da população da Etiópia rural pertencem pelo menos um *iddir*[1].

No **Quênia**, os dados da pesquisa revelam que até quatro milhões de quenianos adultos fazem parte de uma sociedade ou grupo que cumpre uma função de bem-estar, como, por exemplo, pagar um funeral em caso de morte na família ou pagamento de despesas de hospitalização (FSD Quênia, 2009).

Dados mais recentes de pesquisa na **África do Sul** (FinMark Trust, 2009) revelam que 43,5 por cento de todos os adultos têm algum tipo de seguro vida. Destes:

– 45 por cento indicaram ter cobertura funeral através de uma sociedade funerária; e
– 27 por cento indicaram ter cobertura funeral comprada em uma loja de varejo.

Oitenta por cento da amostra do *South African Financial Diaries* (Collins et al., 2009) tinham pelo menos um tipo de cobertura funeral, e a maioria deles tinha mais de uma:

– 26 por cento das famílias tinham um plano funeral formal;
– 57 por cento das famílias pertenciam a uma sociedade funerária; e
– 24 por cento tinham algum tipo de apólice com uma funerária.

Um estudo sobre microsseguro na **Colômbia** (Cáceres e Zuluaga, 2008) citou dados de 2006 pela associação da indústria colombiana com uma estimativa de que 24 por cento dos 2,7 milhões de apólices de microsseguro são de seguro funeral. Além disso, fontes da indústria estimam que o mercado de cobertura funeral informal, oferecida por intermédio de prestadores de serviços funerários, pode atender até três milhões de clientes.

[1] Nota do Tradutor: Iddir são associações funerárias tradicionais; a forma de organização comunitária mais dominante na Etiópia.

Embora nenhum dado concreto esteja disponível quanto ao alcance da cobertura funeral informal oferecida fora da indústria de seguros por funerárias no **Brasil**, *players* da indústria estimam que aproximadamente 20 a 25 milhões de pessoas têm cobertura funeral – cuja carteira cobre pessoas de baixa renda (Bester et al., 2010).

Um estudo semelhante nas Filipinas (Llanto et al., 2008) estimou que cerca da metade dos membros de 22.000 cooperativas financeiras ativas (ou cerca de 1,2 milhão de adultos) tinha cobertura informal, por meio de seguro funeral da própria cooperativa, o que se equipara a aproximadamente 41 por cento do mercado de microsseguro total. Além disso, os grupos de seguro funeral informal, conhecidos como fundos *damayan*, estão amplamente difundidos.[2]

Por que o seguro funeral é tão popular nos países analisados? Uma série de fatores sociais, culturais e econômicos contribui para a demanda por esses seguros.

Prestar as últimas homenagens. Algumas culturas atribuem grande importância a um funeral digno. O risco de morte e a necessidade de encontrar formas de estimar as despesas afins estão constantemente na mente das pessoas. Em algumas culturas, os funerais são vistos como essenciais para homenagear os mortos. Por exemplo, na África do Sul é dada grande prioridade financeira a um funeral digno como parte da crença cultural na importância de homenagear os antepassados. Funerais caros que incluem alimentação e transporte para os participantes do funeral constituem a norma. Pesquisa de mercado realizada pela Alternative Insurance Company (AIC) no Haiti (Nabeth e Barrau, 2010) também revelou que haitianos acreditam que um funeral digno é essencial para assegurar que a alma do falecido tomará conta deles. Conforme observou um dos entrevistados do grupo de discussão: "Eu também quero uma banda de música para o meu funeral. Não vou aceitar a ideia de não ter uma banda de música; quando eu estiver no meu caixão, vou me despedir ao ritmo de uma banda de música!"

Funerais são também uma oportunidade para os parentes se reverem e manterem os laços sociais. Pode haver uma pressão social por cerimônias de funeral elaboradas, assim como em outras culturas há por cerimônias de casamento caras, em relação à renda da família. Mesmo nos casos em que municípios oferecem enterros gratuitos para quem não pode arcar com o custo de um enterro privado, alguns grupos de discussão entrevistados indicaram que o orgulho da família não permite um "funeral de indigente". O significado cultural dos funerais é uma importante força motriz da

[2] "Damayan" é uma palavra filipina que significa "consolar", "ter empatia com o outro" ou "fazer parte" de um determinado evento desafortunado ou imprevisível. Tem origem na prática local de ajudar um vizinho que pode estar em grande necessidade. Na prática, cada indivíduo em um fundo damayan se compromete e contribui voluntariamente com determinada quantia para um fundo que será dado à parte prejudicada, que, da mesma forma, é um contribuinte para o fundo. A adesão ao fundo é voluntária, e os benefícios não são predeterminados, mas dependem dos recursos arrecadados.

demanda por seguro, porém, conforme discutido mais adiante neste capítulo, também é uma força motriz de vulnerabilidade.

Viver à sombra da morte. Funerais são importantes não apenas culturalmente, mas também são uma realidade prática. Grupos de discussão no Brasil, Colômbia, Haiti, Quênia e Filipinas revelaram que o risco de morte é a principal preocupação das famílias de baixa renda devido às sérias implicações financeiras. Os etíopes, com frequência, consideram a seca como o principal risco enfrentado pelas pessoas.

Os participantes dos grupos de discussão, no entanto, consideraram que a seca está "nas mãos de Deus" e, em seu lugar, concentraram-se nos riscos financeiros de morte e doença ao considerar estratégias de enfrentamento. De acordo com o *South African Financial Diaries*, a morte afetou mais de quatro quintos das famílias durante o ano de estudo, e funerais foram, sem dúvida, a emergência financeira mais comum (Collins et al., 2009). Na Zâmbia, quando perguntados por que eles estão mais preocupados com os riscos de morte, um dos participantes do grupo de discussão comentou: "É algo que vem de repente. Ainda hoje um funeral pode acontecer."

Esta priorização, no entanto, não é universal. Na Índia, o risco de morte não foi enfatizado nos grupos de discussão. Pelo contrário, os riscos de saúde foram a principal prioridade. Em Uganda, da mesma forma, o risco de morte não foi colocado em primeiro lugar. Em alguns países, como a Costa do Marfim, há uma diferença de acordo com a tribo e a religião, e na maioria dos países muçulmanos, como o Senegal, os funerais não são considerados importantes.[3] Em tais ambientes, onde funerais elaborados não são a norma, existem, no entanto, outros custos associados à morte de um membro da família que implicam que cobertura de risco semelhante (mesmo que não seja chamada de seguro funeral) ainda pode ser de valor.

Da matéria ao espírito. Em alguns países, as pessoas relutam em falar sobre morte. A compra de seguro funeral pode até mesmo ser considerada como uma atitude que dá azar. Conforme um participante do grupo de discussão no Brasil observou: "Não gosto de falar sobre a morte. É como se alguém estivesse me xingando. Mudo de assunto na hora. Seguro? Nem pensar!"

De maneira surpreendente, o seguro funeral é até mesmo popular em países onde as pessoas relutam em falar sobre a morte. Isso pode ser considerado como um ato de pragmatismo sobre tabus culturais. A pesquisa com o grupo de discussão no Brasil revelou que as pessoas tendem a contratar seguro funeral para os parentes com o intuito de evitar o impacto financeiro de um funeral. Portanto, elas têm um interesse segurável na vida de parentes para quem elas estimam fazer uma contribuição para o funeral. A cobertura de funeral então se torna uma estratégia de nivelamento de renda. Isso também vale para pessoas mais ricas. Na Indonésia, McCord et al. (2005b) observaram que as pessoas ricas estavam participando de *arisans*, grupos de assistência social local com múltiplos fins, de modo que os fundos provenientes do *arisan* pudessem nivelar as demandas sobre eles a partir de terceiros e criar um mecanismo no qual parentes e terceiros não se desmoralizassem pela necessidade frequente de pedir ajuda aos mais ricos.

[3] Fonte: Discussão com CGSI Consulting.

Um impacto financeiro substancial. Apesar de haver uma variação entre países, é comumente aceito que um funeral é uma despesa substancial:

- Na Etiópia, um funeral pode custar até um quarto da renda anual (Dercon et al. 2008).
- No Brasil, a seguradora que vende cobertura de funeral, SINAF, estima que a família gasta em média aproximadamente um mês de renda familiar em um funeral comum, aumentando para mais de um mês de salário para opções mais caras.
- No Haiti, uma pesquisa de mercado[4] concluiu que um funeral de médio porte custa entre US$1,000 e US$1,300, o que equivale, aproximadamente, ao PIB per capita (FMI, 2010).
- Roth (1999) concluiu que os funerais em um município da África do Sul custam cerca de 15 vezes a renda familiar mensal média. O *South African Financial Diaries* aponta que as famílias gastam cerca de sete meses da renda em um único funeral (Collins et al., 2009).
- Na Zâmbia e no Quênia, grupos de discussão confirmaram que os funerais representam uma grande despesa. Entre alimentos e transportes para os convidados, o custo muitas vezes excede o próprio custo do serviço fúnebre, um fenômeno que também é confirmado pelo *South African Financial Diaries*.

Não é somente a despesa do funeral. Embora a importância e o custo do funeral sejam enfatizados, este não é o único custo decorrente de uma morte na família. Dívidas têm de ser pagas, despesas diárias têm de ser pagas e visitas aos parentes precisam ser feitas resultando, muitas vezes, em uma abordagem multifacetada para administrar os custos *(ver Caixa de Texto 10.2)*. Quando a doença antecedeu a morte, as contas médicas já drenaram as economias da família ou obrigaram a contrair um empréstimo. Quando o falecido é um chefe de família, a perda de renda apresentará ainda um grande desafio. Mesmo se o falecido não for um chefe de família, pode haver perda significativa de receita durante o período de luto, considerando que a organização de um funeral e a hospedagem de parentes pode resultar na incapacidade de trabalhar durante semanas.

Caixa de Texto 10.2

Por que ter várias apólices de seguro funeral?

"Como pessoa, você tem necessidades, e existe uma hierarquia de necessidades. Socialmente, você precisa ter dinheiro se algo acontecer – então você precisa da sociedade funerária, e, em seguida, você precisa de agentes funerários que cuidarão do funeral. O dinheiro da companhia de seguros demora a ser pago, portanto, quando o dinheiro chega, você pode quitar todas as suas contas pendentes; por isso, vale a pena. É a paz de espírito de certa forma".

Fonte: Participante do grupo de discussão da África do Sul.

[4] Por CGSI Consulting, da Alternative Insurance Company Haiti.

Lidar com o custo. A crise financeira causada pelo funeral precisa ser administrada de alguma forma. Pesquisas de mercado revelam que as pessoas usam uma variedade de mecanismos de enfrentamento, incluindo fazer saque de poupança, contrair empréstimos, pedir contribuições a amigos e familiares ou vender bens ou estoque de mercadorias – muitas vezes, devido à pressão de tempo, por valor inferior àquele que os bens ou o estoque de fato valem. Um mecanismo de enfrentamento extremo mencionado nos grupos de discussão na Zâmbia era tirar as crianças da escola para ajudar no negócio ou angariar dinheiro.

Um exemplo de pesquisa realizada na África do Sul pelo *Financial Diaries* ilustra a variedade de estratégias de enfrentamento empregadas (*ver Tabela 10.1*). Quando o irmão de uma das entrevistadas morreu, ela usou várias formas para cobrir as despesas do enterro. Apesar de as contribuições da família e da comunidade serem mecanismos de enfrentamento confiáveis, mencionados novamente na pesquisa de mercado, também há consenso de que simplesmente isso não é suficiente. Em geral, a pesquisa de mercado confirma que muitas das estratégias de enfrentamento não são confiáveis ou não são suficientes por si só e podem enterrar (também) as pessoas em dívida. Além disso, quando as famílias e a comunidade contribuem, o efeito final pode ser uma redução na renda de toda a comunidade ao longo do tempo. Algum tipo de cobertura de funeral é, portanto, considerado muitas vezes como inegociável para os entrevistados na pesquisa de mercado.

Tabela 10.1 **Estratégias de enfrentamento da Thembi**

Fontes de fundos	*US$*	*Usos de fundos*	*US$*
Pagamento de sociedade funerária	154	Agentes funerários	538
Contribuição de parentes	231	Tenda	91
Contribuição de parentes	154	Panelas	35
Contribuição de parentes	154	Alimentos	649
Aluguel de panelas para cozinhar para parentes	35	Carneiro	100
Compra de carneiro para parentes	100		
Empréstimo de sociedade funerária da tia (sem juros)	144		
Empréstimo do clube de poupança do primo (30 por cento por mês)	92		
Empréstimo do primo (sem juros)	92		
Uso de renda (dinheiro de doação social)	92		
Uso de dinheiro de doação do irmão do falecido	49		
Total	1,414		1,413

Fonte: Collins et al. 2009.

10.2 Principais características da cobertura de funeral

Agora que está determinado porque as pessoas querem seguro funeral, esta seção considera a natureza do seguro funeral mais detalhadamente. O que torna o seguro funeral diferente de outros tipos de microsseguro? Quais são as características marcantes do mercado?

10.2.1 Um produto, muitos provedores.

Conforme ilustrado na Tabela 10.2, o seguro funeral é fornecido por uma série de seguradoras, tanto cooperativas quanto corporativas, informais e formais.

Tabela 10.2 **Tipos de provedores de seguro funeral**

	Formal	*Informal*
Mútuas	**Seguradoras cooperativas** Exemplos: Solidaria e La Equidad, na Colômbia	**Grupos de compartilhamento de risco da comunidade** Exemplos: *Iddir,* fundos *damayan*, sociedades funerárias, associações de funeral
Corporativa	**Seguradoras comerciais** Exemplos: SINAF (Brasil), Sanlam Sky, Hollar (África do Sul), AIC (Haiti)	**Agentes funerários** Exemplos: Casas funerárias no Brasil e na Colômbia, agentes funerários na África do Sul, certas companhias funerárias nas Filipinas

Como parte do mercado de seguro **formal**, o seguro funeral é fornecido tanto por seguradoras comerciais quanto por seguradoras mútuas ou cooperativas. Ambas as entidades também podem fornecer apólices de funeral **informais**:

- O seguro **informal** fornecido por entidades mútuas inclui cobertura de funeral própria, oferecida pelas cooperativas nas Filipinas que não são seguradoras registradas ou grupos informais de compartilhamento de risco encontrados em diferentes países: *iddir* na Etiópia, associações ou fundos de funeral na Zâmbia, fundos *damayan* nas Filipinas, sociedades de bem-estar no Quênia ou sociedades funerárias na África do Sul.
- O seguro funeral informal é **corporativo**, em que provedores de serviços funerários, que são organizações comerciais e não se baseiam nos membros, vendem o seguro nessas organizações. Mesmo não sendo registrados como uma empresa ou sociedade (ou seja, entidades formais), a cobertura de funeral fornecida por esses provedores será informal e, possivelmente ilegal, caso não seja subscrita por uma seguradora licenciada.

10.2.2 Trata-se ou não de seguro?

Quando o seguro funeral oferece benefícios em espécie, quer dizer, um serviço funerário, esses benefícios às vezes não se enquadram na definição regulatória de seguro. Por exemplo, no Brasil, na Colômbia e no Quênia, o auxílio funeral fornecido em espécie está explicitamente excluído da definição regulatória de seguro.[5] O mercado não está, portanto, sujeito à regulamentação ou supervisão de seguro. Em outros casos, o compartilhamento do risco informal em que não há garantia contratual para os benefícios oferecidos, ou quando grupos são menores do que um determinado limite, não é considerado, implicitamente, como seguro. Este é o caso, por exemplo, das sociedades funerárias na África do Sul ou, até recentemente, dos fundos *damayan* nas Filipinas.[6] Por isso, nada há de ilegal para eles continuarem a operar informalmente.

Esta exclusão intencional de determinadas atividades do mercado de seguro formal é conhecida como indulgência regulatória. A indulgência regulatória pode refletir o baixo risco de seguro apresentado por determinadas práticas ou pode ocorrer devido a preocupações pragmáticas, como, por exemplo, a falta de capacidade de fiscalização para fazer cumprir a regulamentação de seguro nos milhares de grupos. Isso pode até mesmo ser resultado de ações de lobby por parte de grupos fortes da indústria. No Brasil, por exemplo, as recentes tentativas de incluir auxílio funeral em um projeto de lei de microsseguro foram frustradas pelo lobby feito no Congresso por empresas funerárias.

10.2.3 Características marcantes da subscrição

O seguro funeral é, basicamente, um produto de seguro vida em termos de entrada, simples e financeiramente viável. Há uma série de elementos comuns no desenho do produto:

- **Preço de grupo.** O seguro funeral, na maioria das vezes, é precificado e ajustado sobre a experiência de grupos, mesmo se vendido individualmente. Isso significa que não há subscrição individual ou que ela é limitada, o que ajuda a tornar os prêmios viáveis financeiramente.
- **Renovável.** Tal como acontece com outros produtos de microsseguro, a falta de experiência das seguradoras com o mercado-alvo significa que elas podem ter dados atuariais limitados sobre o mesmo, significando, por sua vez, que pode ser difícil de

[5] Na Colômbia, um parecer de 2006 da Superintendência Financeira (com base em uma decisão do Supremo Tribunal de 2003) considerou que as apólices fornecidas por prestadores de serviços funerários não se enquadravam na definição de seguro nos termos da Lei Fundamental do Sistema Financeiro. Estes provedores, portanto, operam em bases não regulamentadas e não supervisionadas. No Brasil, a Resolução CNSP 102/2004 estabelece diferenças entre "cobertura de seguro" e "serviços de assistência" e permite serviços de assistência funerária para operações fora da definição de seguro por implicar benefícios em espécie (serviços de assistência), e não reembolso pecuniário em caso de um sinistro. No Quênia, a definição de seguro exclui todos os benefícios em espécie. Os benefícios funerais são mencionados explicitamente nesta exclusão.

[6] Observe que a legislação aprovada em 2010 exige que os fundos *damayan* sejam registrados. Eles não podem mais, portanto, operar informalmente com a sanção do regulador.

obter preços exatamente corretos. Devido a esta incerteza, as seguradoras geralmente (embora nem sempre) relutam em se comprometer com uma garantia ou contrato para a vida toda/com preço de longo prazo, preferindo optar por cobertura com condições renováveis. Isto dá à seguradora a faculdade de não renovar o contrato quando ele expirar ou de ajustar o preço a cada renovação, de acordo com a experiência de risco do grupo. Muitas apólices de funeral são, portanto, renováveis mensal ou anualmente.

– **Períodos de carência para combater antisseleção.** Onde não há subscrição individual, a antisseleção pode ser um desafio. As pessoas podem estar propensas a comprar seguro funeral sobre a vida de um parente que está doente ou morrendo. Essa antisseleção é normalmente combatida por períodos de carência. Períodos de carência de até seis meses são uma prática comum na indústria de seguro funeral. Por exemplo, a apólice pode ser estruturada de forma a cobrir apenas morte acidental para os primeiros seis meses, sem cobertura para morte natural. De sete meses em diante, a apólice cobrirá todos os riscos de vida. Outro método para combater a antisseleção pode ser aumentar o programa de benefícios ao longo de um período de, digamos, três a cinco anos, por exemplo, pagando apenas 10 por cento do benefício no primeiro ano, 25 por cento no segundo ano e assim por diante.
– **Exclusões limitadas.** Embora algumas exclusões venham a se aplicar, as seguradoras de funeral tendem a limitar as exclusões, por exemplo para as condições preexistentes, visto que elas são complicadas de informar para os clientes potenciais e muito caras para aplicar. Ao contrário, para manter a apólice o mais simples possível, as seguradoras tendem a precificar o risco de antisseleção associado a nenhuma exclusão ou gerenciá-lo por meio da imposição de um período de carência.

10.2.4 A última palavra (*"the nail in the coffin"*)

Talvez o elemento fundamental do seguro funeral seja sua estreita associação com o serviço funeral subjacente. Em alguns casos, o benefício oferecido será um serviço funerário e não um pagamento em dinheiro. Mesmo nos casos em que haja um benefício em dinheiro, é a necessidade de pagar pelo serviço funerário subjacente que rege a demanda por seguro funeral. A ligação com funerais importa em três frentes: tangibilidade, distribuição e autosseguro.

Tangibilidade. O fato de que os benefícios são frequentemente descritos em termos de um serviço funeral de um determinado padrão torna o seguro funeral muito tangível aos olhos de consumidores. Os consumidores de baixa renda atribuem alto valor aos benefícios tangíveis. Para indivíduos com limitações de orçamento, o custo da oportunidade de pagar prêmios de seguro é elevado. Consequentemente, a promessa de uma soma de dinheiro que pode ou não ser suficiente para cobrir as despesas no momento de necessidade pode ser menos atraente do que a garantia de que suas despesas serão cobertas ou que certas necessidades serão atendidas no caso de um determinado risco. A tangibilidade também está se tornando popular como um meio de passar valor para outros tipos de microsseguro. Além de funerais, os benefícios tangíveis incluem cestas ou cupons de gêneros alimentícios, descontos em

algumas lojas, substituição de um item segurado ou pagamento de taxas escolares ou outras contas por um período predeterminado. A seguradora de funeral está cada vez mais acrescentando outros benefícios tangíveis na oferta de seguro funeral a fim de melhorar a percepção de valor dos clientes. Por exemplo:

- Hollard (África do Sul) oferece hoje um produto de seguro funeral que garante o aluguel de um carro para que as providências do funeral sejam tomadas, uma determinada quantia de crédito no celular (mais uma vez para tomar as providências do funeral) e pagamentos de gêneros alimentícios para seis ou doze meses após o funeral – tudo além da quantia fixa paga em dinheiro para o funeral.
- No Vietnã, onde falar sobre a morte ainda é um tabu cultural, um produto composto que combina cobertura funeral e cobertura de hospitalização oferece uma ambulância para emergências, e o pagamento de mensalidades da escola ou pré-escola pode ser popular, de acordo com grupos de discussão liderados pelo Groupama Vietnã.

Distribuição. Tendo em vista a ligação com o serviço funerário, o seguro de funeral independente é, muitas vezes, distribuído por intermédio do provedor de serviços funerários nos mercados analisados.[7] A distribuição pelo agente funerário reduz os custos de distribuição e pode facilitar a aceitação: pessoas são clientes da casa funerária e consideram o seguro como uma forma de pré-financiamento do funeral. A desvantagem, no entanto, é que um mercado subdesenvolvido de serviços funerários pode prejudicar a demanda por seguro funeral. Da mesma forma, os clientes podem não ficar felizes com o nível de serviço recebido em espécie.

Autosseguro. Conforme mencionado anteriormente, em alguns casos os agentes funerários operam como seguradoras de sua própria carteira sem que sejam seguradoras licenciadas. Os exemplos incluem algumas empresas funerárias, nas Filipinas, que têm suas próprias capelas e crematórios, e oferecem planos de vida, planos de "cuidados na morte" ou planos de cremação sem comprar uma garantia para o risco de uma seguradora. Outro exemplo são as casas funerárias ou cemitérios no Brasil que vendem planos funerários. Sendo este o caso, vulnerabilidades específicas do consumidor podem surgir (*ver seção 10.3.2*).

10.2.5 Distribuição alternativa

O destino do seguro funeral não está unicamente associado aos provedores de serviços funerários. O seguro funeral é a fonte de muita atividade e inovação nos esforços empreendidos pelo setor de seguro comercial para desenvolver produtos viáveis voltados para o mercado de baixa renda. Especificamente, o mercado de seguro funeral está testemunhando evoluções substanciais em canais de distribuição alternativos.

[7] Observe que este fenômeno é encontrado em alguns países, particularmente no Brasil, na Colômbia e África do Sul, mas não leva em consideração a carteira do mercado de seguros funeral em termos globais. Na maioria dos países, o seguro funeral é simplesmente vendido pelas seguradoras por canais de distribuição tradicionais ou alternativos, e os benefícios são em dinheiro, e não em espécie. Nesses casos, o seguro funeral também pode ser um endosso ou um componente de uma apólice de seguro mais ampla.

Canal de telefonia móvel. Apólices de vida a termo ou de funeral, sendo financeiramente viáveis e simples, são uns dos primeiros produtos de seguro introduzidos por meio das operadoras de telefonia móvel. Por exemplo, a operadora de telefonia móvel Tigo, em Gana, oferece cobertura de seguro funeral grátis como um incentivo para a compra de créditos para celular (quanto mais crédito você compra, mais cobertura você recebe). Isso não apenas leva instantaneamente o seguro funeral a milhões de clientes, como se estima que irá propiciar uma introdução no conceito de seguro, que permitirá a empresa vender mais produtos de seguro complexos e voluntários para seus clientes no futuro. O modelo usa SMS e campanhas na mídia para informar aos clientes do valor pago em sinistros e o fato de que os pagamentos são feitos dentro de 48 horas após o recebimento da documentação necessária. Essas campanhas visam superar as percepções negativas do seguro.

Outro modelo envolve oferecer aos clientes de rede móvel a opção de comprar seguro de forma voluntária, usando seus celulares como uma plataforma de pagamento do prêmio. Além de usar telefones celulares para pagar prêmios, várias seguradoras também estão aproveitando o telefone celular para se comunicar com os clientes, por exemplo, para informar a eles que os prêmios são devidos (*ver Capítulo 24*).

Um funeral de prateleira. Apólices de funeral de prateleira são outro exemplo de distribuição alternativa. Na África do Sul, por exemplo, o seguro funeral é o único produto com o qual o mercado está familiarizado o bastante por ter se tornado uma *commodity*. Isso quer dizer que o seguro funeral pode ser vendido na prateleira por meio de técnicas de vendas passivas *(ver Capítulo 22)*, contando com os consumidores para comprá-lo sem a venda ativa por um agente, pessoalmente *(ver Caixa de Texto 10.3)*.

Caixa de Texto 10.3

Distribuição alternativa: Pep-Hollard, África do Sul

Pep é a maior varejista de roupas para pessoas de baixa renda na África do Sul. Ela se associou à seguradora inovadora Hollard para fornecer seguro funeral vendido na prateleira a prêmios que começam a partir de cerca de US$5 por mês para uma apólice de funeral cobrindo toda a família, com um beneficiário de cerca de US$1,000 por pessoa. O "insurance starter pack", como é chamado, contém um cartão de apólice, o documento de apólice e outras informações. O caixa captura detalhes básicos do comprador, e uma central de atendimento telefona em seguida para o cliente para ativar a apólice.

O cliente pode escolher uma série de opções no que diz respeito ao nível do benefício e ao número de pessoas a incluir como vidas seguradas. Também há uma opção para cobrir apenas pais idosos. Cada opção de apólice paga uma quantia em dinheiro que pode ser usada para um funeral ou para qualquer outra finalidade a critério do beneficiário.

Fonte: Adaptado de Smith e Smit, 2010b.

"Vendido, não comprado". Zuluaga (2010) destaca o uso e o potencial de canais de distribuição alternativos, tais como empresas de serviços públicos ou varejistas de seguro funeral na Colômbia. Diferentemente da experiência na África do Sul, uma das principais lições da Colômbia é a necessidade de vendas ativas. Mesmo se os clientes consideram conveniente pagar prêmios por intermédio de um canal com o qual eles têm um relacionamento existente (por exemplo, no caixa da loja ou acrescentando na conta de um serviço público), eles inicialmente precisam ser convencidos de comprá-lo por meio de técnicas de vendas ativas e muitas vezes pessoalmente (*ver Caixa de Texto 10.4*).

Caixa de Texto 10.4

Distribuição alternativa: CODENSA Mapfre, Colômbia

A companhia de serviços públicos de eletricidade CODENSA e a seguradora Mapfre se associaram para oferecer aos dois milhões de clientes da CODENSA uma série de opções de seguros, entre elas três planos de funeral para família, que fornecem pagamentos em espécie de serviço funerário a um prêmio mensal a partir de US$2. A CODENSA considera os produtos de seguros como uma forma de prestação de serviços adicionais para sua base de clientes de energia elétrica, aumentando, assim, a retenção de clientes. Ela desempenha um papel ativo em vendas e marketing, bem como em administração de produto.

Diferentes técnicas de marketing são empregadas. Inicialmente, um panfleto com informações sobre o produto de seguro foi anexado às contas de energia elétrica enviadas aos clientes, mas esta forma passiva de marketing não foi eficaz. Atualmente, o marketing é feito por uma combinação de central de atendimento e vendas pessoalmente. O banco de dados do cliente é usado para identificar clientes potenciais com base em seus extratos de renda e para localizá-los geograficamente. Os clientes potenciais são, então, contatados por telefone. Se a central de atendimento não fechar a venda, mas gerar interesse, um agente de vendas será enviada até a casa da pessoa. As vendas da CODENSA também forçam a operação em domicílio (dirigida a bairros específicos de cada vez) em paralelo à iniciativa de marketing da central de atendimento.

Fonte: Zuluaga, 2010.

10.3 Entregar valor

Esta seção considera a proposta de valor do seguro funeral para seus clientes e leva em consideração as formas pelas quais as seguradoras estão começando a melhorar valor.

10.3.1 Vulnerabilidades do cliente

A importância cultural de um funeral digno encontrado em um número de países pode criar vulnerabilidade com relação a abuso no mercado de seguro funeral. Tal vulnerabilidade é agravada pela forte ligação entre o seguro funeral e o prestador do serviço subjacente. Quando os benefícios são garantidos por uma funerária particular, ela criará um mercado cativo para este provedor de serviço. Isso pode levar a uma série de preocupações sobre proteção do consumidor:

- **Limitações geográficas.** Quando não há opção de pagamento em dinheiro, os clientes podem apenas receber o benefício do serviço funeral na área geográfica atendida pela funerária em questão. Há problema se um cliente se mudar para uma vila ou cidade. Em alguns casos, os clientes podem pagar prêmios por um longo tempo, apenas para descobrir que não podem reclamar porque mudaram para fora da área de serviço da funerária.
- **Cobertura múltipla.** Uma pessoa só pode ter um funeral. Dessa forma, se diferentes membros da família seguram a mesma vida em diferentes apólices, perderão tudo, exceto os benefícios de uma apólice se o benefício da apólice for um serviço de funeral sem opção para um pagamento em dinheiro. Seguro em excesso pode ser um problema, mesmo que o benefício não esteja associado ao serviço subjacente. Para minimizar os custos das vendas, as seguradoras, muitas vezes, apenas conferem os números de identificação de segurados e beneficiários na fase das reclamações de sinistro. Consequentemente, pode acontecer que mais de um membro da família tenha segurado a mesma vida em diferentes apólices. Quando isso não é permitido nas condições da apólice, resulta em apenas uma apólice sendo paga.
- **Custos inflacionados.** O fato de o agente funerário saber que o seguro garantirá que as pessoas usem seu serviço funerário, criando uma base de clientes cativos, pode elevar o custo dos funerais.[8] Não haverá concorrência efetiva no mercado, visto que o cliente não pode comparar diferentes serviços de prestadores de serviços e preços na ocasião do funeral.
- **Incompatibilidade de custo-benefício.** Quando um serviço funerário é prometido aos clientes, e não um benefício em dinheiro, eles não têm garantia de que o custo do serviço será, na realidade, o valor monetário declarado. O "valor" do funeral oferecido pode, portanto, ser inflacionado em comparação ao custo real do serviço prestado. Consumidores podem ser levados a pagar prêmios inflacionados na crença

[8] Ver, por exemplo, as conclusões relativas à Indonésia observadas por Hintz (2010a).

de que terão um funeral superior,[9] resultando em uma situação em que os clientes não ficam satisfeitos com o nível de serviço (por exemplo, achar que o caixão é inferior ao prometido). Dessa forma, comportamentos inescrupulosos por parte dos provedores de serviço funerário podem minar a confiança na indústria de seguro funeral.

Embora as funerárias possam ser um parceiro valioso para as seguradoras na distribuição de seguro, é preciso cautela para evitar práticas anticompetitivas e abusivas, e para garantir que o seguro ofereça valor para o cliente e não apenas para a indústria funerária. Em alguns casos, isso exigirá uma intervenção regulatória específica.

Apenas um caixão chique? Estender a cobertura de seguro nessas condições pode simplesmente alimentar novos aumentos de custo e servir para encher os bolsos da indústria funerária. Como a demanda por seguro funeral é impulsionada pela demanda pelo serviço subjacente, o perigo é que a pressão cultural ou social por um funeral digno venha a ser explorada (intencionalmente ou não) para elevar o preço dos funerais para níveis desnecessariamente altos. Mesmo que o provedor de serviço funerário não seja o segurador ou não esteja diretamente ligado à seguradora, o fato de que um benefício de despesa de funeral de um determinado valor será pago implicitamente serve para custear um funeral do mesmo valor ou de valor maior. Caso os benefícios do seguro aumentem, argumentam alguns, isso pode levar a um funeral mais caro. Dessa forma, o seguro pode alimentar custos de funeral mais elevados.

No entanto, não é necessariamente o caso de que o seguro funeral só leva a funerais chiques. Conforme indicado no item 10.1, as despesas de funerais tendem a ser elevadas independentemente do fato de a pessoa ter segurado funeral. Como a pesquisa do grupo de discussão apontou, as pessoas "mendigarão, roubarão ou pedirão emprestado" para pagar o funeral. Eles compram seguro funeral em resposta à realidade de um funeral como uma despesa inevitável. É importante dizer que também há evidências de que, quando as famílias têm a opção e recebem um pagamento em dinheiro, os benefícios do seguro não são apenas usados para pagar pelo custo de um funeral, mas para lidar com outros efeitos financeiros de uma morte na família (por exemplo, pagar dívidas, lidar com perda de renda ou pagar por serviços essenciais e alimentos).

Os perigos do gerenciamento de risco informal. Embora as práticas das seguradoras deem origem a reclamações, os consumidores ficam particularmente vulneráveis caso o seguro funeral seja fornecido fora do mercado de seguros regulamentado. Provedores de serviço funerários que oferecem cobertura por conta própria sem uma licença de seguros não cumprem qualquer regulamentação de seguro. Eles não precificam os produtos atuarialmente e, em geral, não separam seus negócios de seguro da

[9] Esta foi uma descoberta surpreendente da pesquisa do grupo de discussão da África do Sul. Um entrevistado mencionou que estava pagando R350 (US$49) por mês – ou cerca de 10 por cento de sua renda total mensal – por uma apólice da funerária. Ele justificou um prêmio mensal tão elevado pelo fato de ter sido dada a ele a garantia de que ele receberia um caixão muito chique e o melhor serviço como parte do pacote. Os entrevistados foram também questionados sobre os detalhes de suas apólices atuais. Na maioria dos casos, os prêmios das apólices utilizadas por vários entrevistados eram substancialmente diferentes, mas tal informação nunca foi recebida com preocupação e não fez com que eles questionassem o valor de suas próprias apólices.

empresa de serviços funerários. As contribuições arrecadadas, muitas vezes, não são mantidas como reservas contra sinistros futuros, e os serviços funerários são pagos com fluxo de caixa. Quando os problemas de fluxo de caixa surgem ou a experiência de mortalidade é maior do que a estimada, os provedores que operam com fluxo de caixa não serão mais capazes de honrar seus compromissos. Embora a ausência de custos de *compliance* e as práticas atuariais reduzam as despesas operacionais de curto prazo, o fato de os riscos não serem gerenciados de forma adequada é, em última análise, em detrimento dos consumidores.

Dito isso, é importante notar que o mercado não oferece uma série informal de vantagens em comparação ao mercado formal. Por exemplo, ele tende a pagar benefícios mais rapidamente e com menos exigências de documentação. Pode também ser menos rigoroso em relação a aspectos, como, por exemplo, interesse segurável.[10] O mais importante: o mercado informal, muitas vezes, atende a comunidades onde produtos formais não estão disponíveis, ampliando, assim, o acesso ao seguro. Estas são algumas das questões para as seguradoras considerarem quando do desenvolvimento de produtos e modelos de negócios.

10.3.2 Tornar o seguro funeral melhor

Como o seguro funeral pode proporcionar melhor valor para os consumidores e evitar preocupações relativas à defesa do consumidor? Para responder a essa pergunta, é importante conhecer preferências e comportamentos do mercado-alvo e adequar produtos e serviços às necessidades dos clientes. Uma série de seguradoras já está abordando tais questões, conforme os exemplos a seguir.

Portabilidade. Em alguns países, as seguradoras estão mudando para dissociar o benefício do seguro de um determinado prestador de serviço ou, alternativamente, a seguradora procura exercer um controle maior sobre os serviços prestados por sua rede de funerárias. Definitivamente, é a seguradora que arcará com o risco reputacional caso a funerária não entregue valor. Essa dissociação aumenta a capacidade das seguradoras de limitar o possível abuso de clientes na indústria de serviços funerários, uma vez que os clientes não ficarão vinculados a nenhum provedor de serviços funerários. Por exemplo:

[10] Produtos formais tendem a ter regras estritas sobre interesse segurável para conter abuso. No entanto, o conceito "tradicional" de interesse segurável não está necessariamente de acordo com as responsabilidades enfrentadas pelos pobres. Por exemplo, as letras miúdas de uma apólice podem estipular que apenas os membros da família, quando há alguma relação jurídica comprovada por documentação, podem estar cobertos em uma apólice. Um segurado, confrontado com a necessidade de pagar por despesas de funeral para vários parentes, pode, contudo, decidir incluir na apólice a madrasta, um filho adotado sem registro oficial ou um parente distante. Na fase de apresentar a reclamação, pode acontecer de essas pessoas não atenderem aos critérios de interesse segurável. Isso se constitui, então, na base para recusar o sinistro, mesmo se a pessoa tivesse, de fato, um interesse segurável verdadeiro, tendo em vista a alocação das responsabilidades financeiras dentro da comunidade. O interesse segurável é uma preocupação válida e pode ser difícil para o mercado formal ser mais flexível neste aspecto. Por outro lado, as condições de interesse segurável, muitas vezes, são menos rigorosas no mercado informal.

– AIC faz uso de uma rede de prestadores de serviços funerários credenciados e os clientes podem reivindicar o serviço em qualquer um. Outra opção, por exemplo, oferecida por algumas seguradoras na África do Sul, seria fornecer vales-desconto reembolsáveis em um gama de funerárias credenciadas ou cadeias funerárias específicas.
– Uma série de seguradoras funerárias na África do Sul está pagando benefícios em dinheiro que os beneficiários podem usar a seu próprio critério para comprar um serviço funerário de qualquer prestador de serviço ou para ajudar a cobrir quaisquer outras despesas.

Pagar quando for necessário. O pagamento de sinistros é quando o seguro intangível finalmente se torna real, além de ser uma poderosa oportunidade de marketing para as seguradoras (*ver Caixa de Texto 10.5*). Sinistros ainda recusados e atrasados são objeto de queixas recorrentes contra a indústria de seguros. O processamento rápido de sinistros é muito importante no caso de seguro funeral, visto que despesas de funeral não podem ser proteladas até que o sinistro seja pago. As seguradoras estão começando a se concentrar em melhor serviço de sinistros como forma de melhorar o valor do seguro funeral. Cada vez mais, são feitas promessas por um número máximo de dias para pagar os sinistros e, em alguns casos, como nas Filipinas, isso está ainda arraigado na regulação. A MicroEnsure Philippines introduziu um aspecto do produto em que os primeiros 10 por cento do benefício sejam pagos no prazo de 24 horas, sem qualquer necessidade de comprovação da morte. Os restantes 90 por cento são, então, pagos mais tarde, depois de toda a documentação apresentada. Na África do Sul, as seguradoras, como uma regra, prometem pagar sinistros no prazo de 48 horas após o recebimento de toda a documentação necessária. Em outros países, a promessa é de cinco ou dez dias. Esta é uma área na qual será preciso melhoria contínua.

Caixa de Texto 10.5

A importância dos sinistros: Alternative Insurance Company (AIC), Haiti

Durante o terremoto devastador que assolou o Haiti em janeiro de 2010, provocando a morte de mais de 220.000 pessoas, a abordagem da AIC era incentivar as reclamações de sinistros – até o ponto que ela decidiu explicitamente pagar sinistros mesmo quando havia bases contratuais válidas para recusa. Ela deu início a uma campanha publicitária para informar aos reclamantes potenciais que eles deveriam reclamar o sinistro e onde eles poderiam fazê-lo, enviou mensagens de texto para todos os segurados com o mesmo fim, aprovou sinistros até quando os segurados utilizaram funerárias não credenciadas e prestaram serviço integral em benefício dos clientes com cobertura inferior em reconhecimento ao importante efeito boca a boca na comunidade de uma experiência de sinistros bem-sucedida. Portanto, a AIC considera bem-sucedidos os sinistros não como um prejuízo, mas como um componente essencial do seu modelo de negócios.

Fonte: Nabeth e Barrau, 2010; discussão com O. Barrau, presidente da AIC, 2010.

Há uma série de outras maneiras pelas quais as seguradoras formais estão buscando melhorar o produto de seguro funeral e enfrentar alguns dos desafios mencionados anteriormente: algumas estão encontrando formas inovadoras de reduzir a carga de documentação, como, por exemplo, utilizando uma central de atendimento para coletar informações da apólice do cliente; outras fazem uso de períodos de carência e de outros elementos de desenho de produto para fornecer flexibilidade para clientes que não podem ter uma renda regular.[11]

Lógica comercial por melhor valor. As medidas mencionadas não são implementadas por razões altruístas; elas fazem sentido comercial para as seguradoras melhorarem o valor e superarem as percepções negativas no mercado de seguro funeral. Através do poder do marketing boca a boca, um valor melhor levará a volumes mais altos ou, inversamente, um valor ruim reduzirá volumes. Além disso, conter abuso e focar em pagamento rápido dos sinistros pode levar a taxas de caducidade mais baixas. A permanência maior é atraente porque a aquisição de clientes representa um custo significativo que pode levar a vários meses de contribuições superiores para se recuperar.[12]

O caso comercial de valor melhor também pode estar na parceria em distribuição. O parceiro na distribuição, seja ele um varejista, operador de rede de telefonia móvel ou concessionária de serviços públicos, pode incorrer em risco reputacional caso o produto de seguro vendido sob sua marca forneça valor ruim. Portanto, é do interesse das seguradoras melhorar continuamente o valor do cliente, uma vez que isso fortalecerá a parceria na distribuição.

Além do funeral. Considerando que o custo do funeral não é a única necessidade financeira se um membro da família morrer, as seguradoras estão começando a se movimentar para além do seguro funeral puro, a desenvolver apólices que garantam um pagamento em dinheiro, parte do qual pode ser usado para cobrir o custo de um funeral. Conforme discutido na seção 10.2.4, elas também estão começando a incluir benefícios tangíveis inovadores como parte do conjunto de produtos. Dessa forma, conforme apresentado na Caixa de Texto 10.6, o seguro funeral está começando a evoluir para seguro vida, que, por sua vez, pode formar a base para um pacote de oferta de cobertura vida, além de outros tipos de cobertura.

[11] Na África do Sul, estes fatores contribuíram para o aumento drástico na participação do setor formal no mercado de seguro funeral: dados da pesquisa revelam que, entre 2003 e 2007, o número de pessoas com cobertura funeral na África do Sul aumentou cerca de 10 por cento ao ano; o crescimento da cobertura formal ultrapassou 20 por cento ao ano. Isso significa que a participação do mercado formal aumentou significativamente se comparada ao mercado informal.

[12] Em um estudo inicial sobre o alcance do microsseguro na África do Sul (Bester et al., 2003), cálculos atuariais revelaram que uma redução de 25 por cento em caducidades de apólice no mercado de seguro vida de baixa renda reduziu o preço das apólices em até 18 por cento.

Caixa de Texto 10.6

O papel da pesquisa de mercado no desenvolvimento de produtos funeral-plus

– **Pep-Hollard, África do Sul**. Uma das opções do Plano Funeral Família da Pep-Hollard (ver Caixa de Texto 10.3) garante um pagamento mensal para um número fixo de meses, e não um benefício de quantia fixa (Smit e Smith, 2010b). Mesmo embora o produto ainda seja comercializado como seguro funeral – uma vez que o mercado está familiarizado com esta categoria de produto – essa forma de estruturar os benefícios reconhece explicitamente a necessidade dos clientes por um fluxo de renda, e não apenas de cobertura das despesas de funeral. Ela também aborda o fenômeno encontrado nos grupos de discussão da África do Sul de que os participantes eram propensos a ter mais de uma apólice funeral, cada um para uma finalidade diferente. Essa apólice cuidaria das necessidades de caixa da família.

– **AIC, Haiti**. Como o próprio nome sugere, a AIC adota uma nova abordagem para o seguro funeral. Antes de lançar seu produto de seguro funeral, Protecta, ela realizou extensa pesquisa de mercado. Com base nas opiniões resultantes que coletou sobre o mercado-alvo, a AIC desenvolveu o Protecta para oferecer quatro níveis de benefícios (de cerca de US$1,125 até US$2,500) e quatro opções de plano para cada nível de benefício (discussão com O. Barrau, presidente da AIC, 2010):

1. **Protecta Classic**: o valor total benefício é pago sob a forma de um funeral de uma funerária credenciada.
2. **Protecta Plus**: um serviço de funeral, mais um componente fixo em dinheiro fixo que o beneficiário pode usar para despesas adicionais. Esse benefício foi incluído para atender às despesas acessórias relacionadas ao funeral, tais como alimentos e transporte, mas também para permitir um pequeno benefício pecuniário para ajudar a família depois que um membro da família morre.
3. **Protecta Cash-back**: a proporção do prêmio é reembolsada a cada três anos, desde que todos os pagamentos de prêmios sejam atualizados. Essa opção foi incluída para aumentar a proposição de valor para os clientes, a fim de que eles não pensem que pagam prêmios sem receber nada de volta caso não haja sinistro. É também uma forma de a AIC manter a taxa de renovação o mais alta possível.
4. **Protecta Five Star**: inclui todos os benefícios acima. A experiência tem demonstrado que este plano é o mais popular. Essa popularidade tem muito a ver com o nome do plano, que reconhece a importância cultural de funeral digno no Haiti.

– **UNACOOPEC, Costa do Marfim**. UNACOOPEC, uma instituição de microfinanças com mais de 800.000 clientes, acredita piamente no papel da pesquisa de mercado. Em parceria com a Allianz, a IMF desenvolveu um produto de seguro com base em pesquisas de mercado que indicou que as pessoas costumam contrair empréstimos para cobrir as despesas de funeral de um membro da família. Tal conclusão indicou uma necessidade definitiva para o seguro funeral, o que foi confirmado pela rápida adoção do produto durante a fase piloto. Os segurados têm a opção de gastar o benefício inteiro em um funeral, recebendo um pagamento

em dinheiro ou uma combinação dos dois. No caso desta última opção, o beneficiário recebe um vale para comprar o serviço de uma funerária. Caso o serviço custe menos do que o valor do vale, o restante é pago em dinheiro.

– **SINAF Brasil**. A SINAF é uma seguradora de funeral formal no Brasil, um país onde a assistência funeral é, em grande parte, prestada fora da definição do seguro por prestadores de serviços funerários não regulamentados. Com base em sua pesquisa de mercado, ela oferece aos clientes uma série de opções de cobertura funeral e funeral-plus. Os clientes podem escolher o nível de prêmio e benefício do plano que melhor se adapta às suas necessidades. O plano mais básico cobre apenas as despesas de funeral. Em seguida, é oferecida ao cliente a opção de incluir também a cobertura de acidentes pessoais, ou seja, acrescentar um benefício pecuniário no caso de morte acidental. A terceira opção é acrescentar um componente de proteção de renda garantindo um pagamento mensal em dinheiro equivalente a uma proporção de renda mensal do falecido por um determinado número de meses. Portanto, a política garante proteção contra perda de renda devido à morte de um chefe de família acima da cobertura de funeral.

O seguro funeral puro já representa uma transferência intergeracional, evitando despesas que podem atrasar a próxima geração em seu processo de acumulação de ativos. O seguro "Funeral-plus" de seguros e benefícios que se estendem além de despesas de funeral desempenharão um papel ainda maior, como uma forma de poupança de longo prazo para a próxima geração. Dessa forma, o seguro funeral pode formar a base para o desenvolvimento de um mercado de seguro vida de base ampla.

10.4 Conclusão

Este capítulo mostrou que o seguro funeral é um dos produtos de microsseguro mais populares em vários países. Apesar de ser parte do mercado de microsseguro mais amplo, ele também traz uma série de características particulares. O seguro funeral não é apenas um negócio de seguro, como de costume; ele requer um conhecimento dedicado da dinâmica que move o mercado de seguro funeral. Isso se aplica tanto para as seguradoras, que o têm como meta e buscam distribuí-lo de forma eficaz, quanto para os reguladores, que procuram encontrar a abordagem regulatória correta para ele. Muitas vezes, essas dinâmicas se relacionam ao serviço funeral subjacente. O canal de serviço funeral pode impulsionar a demanda, a distribuição e a subscrição do seguro funeral. A associação ao serviço funeral produz um benefício tangível de seguro funeral que gera confiança e proporciona valor real, mas também pode causar vulnerabilidade no que diz respeito a abuso do consumidor. Cada vez mais as seguradoras estão começando a se concentrar em formas de fornecer melhor valor acrescentando elementos além do seguro funeral puro. Dessa forma, o seguro funeral está evoluindo para seguro vida, que pode formar a base para a acumulação de ativos e transferências intergeracionais.

Concluindo, as experiências refletidas neste capítulo levantam seis importantes princípios para a entrega de valor no mercado de seguro funeral:

1. Não se esquecer da importância da tangibilidade e de garantir as necessidades imediatas do cliente após a morte de um ente querido. O seguro funeral não precisa implicar um benefício em espécie (serviço funerário) para ser tangível. Ideias inovadoras baseadas em consulta com o mercado podem levar a uma maior aceitação e retenção, e melhor valor para o cliente.
2. Manter o foco na simplicidade, ainda que incluindo componentes adicionais para aumentar valor *(ver Capítulo 15)*.
3. O funeral não pode esperar pelo pagamento – a administração rápida dos sinistros é a chave. O pagamento demorado dos sinistros minará a confiança do consumidor. A simplificação do produto e a redução das exclusões que têm de ser avaliadas na fase dos sinistros pode aumentar a eficiência na administração dos sinistros.
4. Embora o seguro informal possa representar muitos riscos, as seguradoras comerciais têm muito a aprender com o nível de serviço prestado pelos agentes informais.
5. Não faz sentido comercial assegurar um bom valor. No interesse de criar um mercado de seguro vibrante caracterizado por uma elevada permanência, as seguradoras têm de garantir que seus clientes obtenham valor. Além de considerar seu próprio produto e desempenho, as seguradoras podem ter de dissociar os benefícios dos provedores específicos de funeral ou exercer controle sobre as redes de provedores para garantir valor para o cliente.
6. Pense além do funeral. O seguro funeral pode ser o ponto de partida para construir um mercado de seguro vida entre as famílias de baixa renda.

IV Seguros Gerais

11 Desenhado para influenciar o desenvolvimento: Nova geração de seguro com base em indicadores para pequenos agricultores

Michael R. Carter

Este artigo se baseia no trabalho colaborativo de Rachid Laajaj, Lan Cheng, Elizabeth Long e Alexander Sarris. O autor também agradece a revisão criteriosa em rascunhos anteriores deste capítulo realizada por Joachim Herbold (Munich Re), Ulrich Hess (Banco Mundial), Anuj Khumbhat (Weather Risk), Florian Mayr (Munich Re), Pranav Prashad (OIT), e Rupalee Ruchismita (CIRM).

O risco é economicamente caro em economias agrícolas de baixa renda, levando a estratégias protecionistas de autosseguro que mantêm os pequenos agricultores pobres, à medida que eles se abstêm de oportunidades lucrativas, porém arriscadas. Para piorar a situação, o autosseguro protege apenas parcialmente as famílias de pequenos agricultores contra quedas em consumo que podem prejudicar, de forma irreversível, o desenvolvimento físico e cognitivo de longo prazo das crianças pequenas. Esses problemas são ainda agravados porque o risco impede o desenvolvimento de mercados financeiros rurais, dificultando que os pequenos agricultores se beneficiem e progridam com as novas tecnologias e oportunidades de mercado.

Os recentes avanços tecnológicos em sensoriamento remoto e medição meteorológica automatizada abrem as portas para inovadores contratos de seguros com base em indicadores que podem transferir o risco correlato ou covariante dos sistemas econômicos da pequena propriedade agrícola. No entanto, entender o potencial da transferência de risco desses avanços e o das ideias mais antigas, como o seguro de safra,[1] está sujeito tanto às restrições de demanda quanto de oferta. Vários projetos recentes revelaram que os desafios em termos de oferta podem ser superados. Contratos com base em indicadores a partir da safra, das condições meteorológicas e dos dados sobre crescimento da vegetação por sensoriamento remoto foram desenvolvidos e aprovados pelos órgãos reguladores, oferecidos para venda por provedores comerciais e resseguros por companhias de resseguro internacionais.

Apesar desse progresso em termos de oferta, há pouco entusiasmo na demanda e aceitação do contrato, e até agora há pouca evidência de que os contratos com base em indicadores ajudaram os pequenos agricultores a gerenciar melhor o risco, conquistando rendas mais elevadas e garantindo melhor desenvolvimento humano para seus filhos. Em uma análise de experiência com o seguro baseado em indicadores de condições meteorológicas, Hazell et al. (2010) observam que, para serem sustentáveis, os contratos de seguro devem resolver tais restrições em termos de demanda.

[1] O seguro de safra mede a produção média em uma área geográfica definida (por exemplo, um vale ou distrito administrativo) e efetua os pagamentos quando essa produção média é inferior a um nível especificado de *strikepoint*.

Este capítulo detalha essa observação e propõe que a nova geração de contratos de seguro com base em indicadores seja desenhada para influenciar a demanda e o desenvolvimento por meio de:

1. **Desenho inteligente de contratos para reduzir o risco de base:** O sucesso neste campo exigirá ir além de contratos com base em condições meteorológicas e usar tanto indicadores de produção, indicadores de vegetação com base em imagens de satélite ou combinações dessas fontes de informações. Escolher entre essas fontes de informações e desenvolver contratos mais eficientes que reduzam o risco de base também exigirá uma abordagem baseada em demanda, fundamentada em dados sobre os resultados atuais de agricultores e estratégias de subsistência.
2. **Interligação sistemática de seguro e crédito:** Risco é um problema de desenvolvimento, justamente porque força os pequenos agricultores a estratégias de autosseguro que deixam oportunidades econômicas lucrativas, porém arriscadas, inexploradas. Ao vincular explicitamente seguro com base em indicadores ao financiamento necessário para abraçar essas novas oportunidades, os contratos com base em indicadores podem superar as restrições relativas à adoção do seguro geradas pelo risco de base e pelos carregamentos no contrato que tornam o seguro caro. Como exatamente esta interligação pode ser obtida depende da natureza do regime de direitos de propriedade e do ambiente do mercado financeiro existentes.

A Seção 11.1 apresenta os conceitos básicos de riscos agrícolas e de seguro com base em indicadores, demonstrando tanto os pontos fortes quanto os fracos do seguro com base em indicadores do ponto de vista da família que detém pequena propriedade agrícola. A Seção 11.2 revela como os microdados da família podem ser utilizados para desenvolver contratos de forma inteligente por meio da escolha de sinais e funções de sinistro e indenização estatisticamente mais eficientes. A Seção 11.3, apresenta como a interligação de crédito e seguro pode ser usada para superar problemas de risco de base não segurado e carregamentos nos contratos, a fim de criar um contrato de seguro com base em indicadores à altura da demanda desenhado para influenciar o desenvolvimento. A Seção 12.4 conclui o capítulo.

11.1 Fundamentos do seguro agrícola com base em indicadores

Esta seção apresenta a questão do seguro com base em indicadores a partir da perspectiva da família que detém pequena propriedade agrícola, considerando a eficácia potencial e os custos de seguro baseado em indicadores em relação aos mecanismos tradicionais de autosseguro. Tais observações abrem a porta para a consideração das opções para melhorar a desejabilidade referente ao seguro com base em indicadores e sua influência no desenvolvimento.

11.1.1 Seguro com base em indicadores e riscos enfrentados pelas famílias rurais

Os desafios de desenho do seguro com base em indicadores são mais bem compreendidos ao se fundamentar o debate nos resultados em termos de família. Forças aleatórias ou incontroláveis que induzem a renda familiar real, de consumo, a ficar abaixo de seu valor normal ou valor médio são uma preocupação especial para as famílias. O objetivo do seguro é proteger as famílias contra tais desvios.

Por motivos que estão bem definidos na literatura, o seguro agrícola com base em indicadores opera não cobrindo diretamente a família de déficits da sua própria renda ou produção[2], mas sim cobrindo uma medida direta ou estimada das perdas médias ou normais em produção sofridas por famílias vizinhas em uma região. Um contrato de seguro com base em indicadores pode ser apresentado como uma escala de indenização que vincule os pagamentos a um índice que estime perdas normais na área coberta pelo índice. Para evitar problemas de risco moral e seleção adversa, o índice não deve ser influenciado pelo segurado, nem os benefícios devem depender das pessoas em particular que optam pela compra do seguro.

A Figura 11.1 ilustra o programa de indenização que pode acompanhar uma função que estime a perda em produção na área, produzida em torno de um sinal de precipitação pluviométrica. O eixo horizontal representa o índice de precipitação pluviométrica (talvez precipitação pluviométrica cumulativa medida em milímetros), e o eixo vertical representa os pagamentos de indenização. O contrato é definido por um nível de referência mais baixo e um mais alto. Quando o índice de precipitação pluviométrica está baixo (sinalizando seca), os pagamentos de indenização têm início, conforme demonstrado pela linha tracejada na figura. Da mesma forma, quando a chuva excede o ponto de referência mais alto (sinalizando condições de inundação), pagamentos aos agricultores segurados são novamente desencadeados.

Uma questão importante enfrentada no seguro com base em indicadores é até que ponto os déficits em produção da família acompanham o índice de déficits estimado. Se o índice sinalizasse exatamente uma perda de 100 quilos toda vez que a produção ficasse 100 quilos abaixo da média de longo prazo da família, então o seguro com base em indicadores cobriria perfeitamente todos os riscos enfrentados pela família. O problema, sem dúvida, é que nenhum índice correlacionará com perfeição quaisquer perdas individuais dessa maneira.

O índice que estima as perdas médias não acompanhará perfeitamente os déficits em produção de famílias individuais, por três razões:

1. **Risco idiossincrático puro:** O cultivo de uma única propriedade agrícola pode sofrer danos oriundos de um fator idiossincrático, como, por exemplo, dano por animal ou pássaro, ou por eventos climáticos extremos localizados. Diferentes níveis de risco

[2] Uma miríade de experiências revelou que a tentativa de segurar todas as fontes de variação em resultados agrícolas de pequenos agricultores é assolada por uma série de problemas que se baseiam nos custos de obter informações sobre resultados de pequenas propriedades rurais que tornam tal seguro inviável (ver Hazell, 1992).

idiossincrático puro caracterizam diferentes zonas agroecológicas. No Sahel, por exemplo, a chuva é altamente localizada, gerando uma variação significativa nas perdas em produção entre povoados vizinhos ou mesmo entre famílias no mesmo povoado.

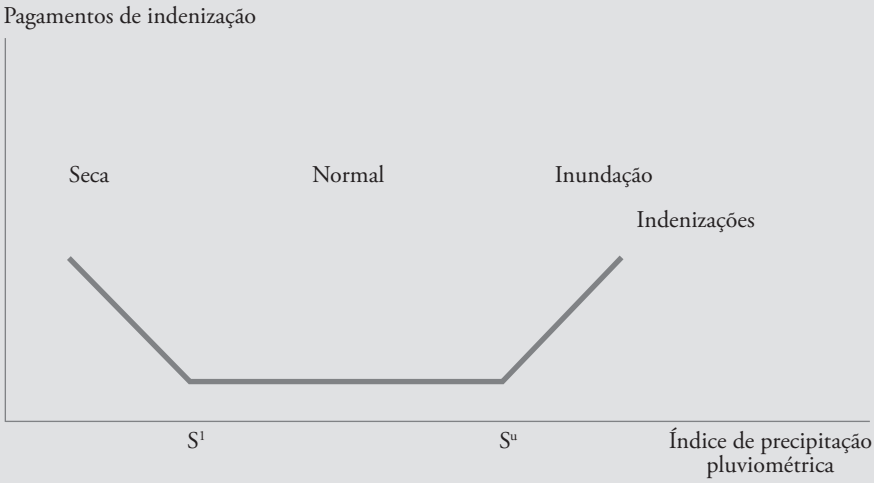
2. **Ruído gerado pela escala geográfica do indicador:** Conforme a zona geográfica coberta por um único indicador aumenta em tamanho, as perdas da família terão bem menos correlação com o indicador do seguro. Por exemplo, um indicador com base em condições meteorológicas que tenha somente de cobrir famílias em um raio de 1 quilômetro da estação meteorológica acompanhará os resultados da família melhor do que um indicador que tenha de cobrir todas as famílias em um raio de 30 quilômetros da estação meteorológica.
3. **Ruído gerado por erros na estimativa do indicador:** A perda média dentro de uma zona geográfica definida pode ser medida diretamente com extrema precisão (como ocorre nos casos de contratos de produção nos Estados Unidos, nos quais a produção é medida com uma tolerância de +/- 2 por cento) ou pode ser estimada usando informações sobre condições meteorológicas ou de satélite que costumam ser mais baratas de implementar, mas que também costumam apresentar uma margem de erro maior quando usadas para estimar até mesmo a perda média.

Juntos, esses três elementos geram o que é chamado de risco de base, as perdas em produção sofridas pela família, que não têm correlação com o índice do seguro e, portanto, não estão seguradas pelo contrato de seguro com base em indicadores. Considerando que as duas segundas fontes de risco de base são influenciadas pelo desenho do contrato (âmbito geográfico e índice exato utilizado), referimos-nos a elas como "efeitos de desenho" sobre o risco de base.

A estrutura linear do contrato na Figura 11.1 é simples, e variações próximas dela foram usadas em vários pilotos de seguro com base em indicadores, inclusive na Etiópia, na Índia, no Quênia e no Malawi. No entanto, nessa estrutura está implícito o pressuposto de que as perdas são lineares no índice de precipitação pluviométrica. A análise empírica da sensibilidade de produção em relação às chuvas, como apresentada no trabalho de Carter (1997) na África Ocidental, indica que as perdas em produção respondem de uma forma não linear à escassez ou ao excesso de chuvas. Caso este pressuposto esteja correto, esses contratos de perda linear comum terão, então, grandes efeitos de desenho que aumentam, desnecessariamente, o risco de base.

A Seção 11.2 discute a forma de estimar funções de prognóstico mais eficientes estatisticamente, que podem ser usadas para desenvolver índices e contratos mais eficazes. É extremamente improvável que a escala linear de indenização estilizada representada na figura 11.1 seja a estrutura de contrato que minimize os efeitos de desenho.

Figura 11.1 **O contrato de seguro com base no índice de precipitação pluviométrica estilizado**



Sempre que uma escala de indenização é projetada, informações históricas sobre o índice, como, por exemplo, dados de precipitação pluviométrica, podem ser usados para calcular a distribuição de probabilidade do índice e o prêmio justo em termos atuariais, que é simplesmente o pagamento médio estimado ou de longo prazo na escala de indenização. O prêmio de mercado é então definido como o prêmio justo em termos atuariais acrescido de aumentos ou carregamentos associados aos custos previstos no contrato (por exemplo, custos de vendas, custos de capital e custos de resseguro). O carregamento nos prêmios pode variar com base na qualidade e na quantidade de dados utilizados para traçar a distribuição de probabilidade do sinal. Para os contratos de seguro com base em indicadores agrícolas oferecidos pelo Departamento de Agricultura dos EUA, o nível de carregamento normal é de 20 por cento (Smith e Watts, 2009).

Vários projetos piloto demonstraram que os contratos de seguro com base em indicadores nesse formato podem ser definidos e fornecidos pelo mercado comercial (ver Hazell, 2010). Além disso, produtos recentemente introduzidos que também atenderam a normas nacionais e internacionais de oferta de seguro incluem um contrato de seguro de animais baseado em satélite no Quênia (*ver Capítulo 12*) e contratos de produção no Mali e no Peru.[3] Embora tais conquistas em termos de oferta sejam absolutamente importantes, o seguro com base em indicadores somente influenciará o desenvolvimento conforme desejado se o segurado entender como ele funciona e optar por modificar seu comportamento, gerando a demanda e aceitação informadas.

[3] Detalhes sobre estes e outros projetos estão disponíveis em http://i4.ucdavis.edu.

11.1.2 Autosseguro comparado a contratos de seguro com base em indicadores sem interligação

Como uma introdução para pensar sobre como gerar contratos com base em indicadores que estejam à altura da demanda, esta seção analisa a demanda por seguro com base em indicadores a partir da perspectiva de uma típica família agrícola pequena, que tenha uma estratégia de subsistência diversificada e opções para autosseguro contra o risco agrícola. Diferentemente da análise na seção 11.3 a seguir, esta seção pressupõe que o seguro não está interligado com crédito ou outras oportunidades para melhorar a renda familiar média. Pressupõe, especificamente, que a família cultiva as mesmas culturas, com a mesma tecnologia, com ou sem seguro com base em indicadores. A Seção 11.2 discute que a menos que o seguro com base em indicadores esteja de fato interligado com melhores oportunidades econômicas, é provável que a demanda por seguro seja baixa. Do mesmo modo, também é provável que a demanda ou aceitação de crédito e novas tecnologias agrícolas seja baixa para setores da pequena propriedade agrícola, salvo se estiver interligada com as ferramentas de gerenciamento de risco de baixo custo, como, por exemplo, seguro com base em indicadores.

Conforme detalhado no apêndice deste capítulo, analisamos a demanda por seguro com base em indicadores a partir da perspectiva de uma pequena propriedade agrícola que obtém 50 por cento de sua receita de fontes não agrícolas, e 50 por cento de sua receita em média da produção agrícola utilizando uma tecnologia arriscada de baixo insumo, porém relativamente segura. Para tal análise, trabalharemos com a hipótese de níveis estilizados de risco global e uma divisão cabível desse risco entre riscos correlatos (por exemplo, intempéries e ataque de pragas) e riscos idiossincráticos.

De acordo com nossas estimativas, na metade do tempo esta família teria renda agrícola menor do que a média e, portanto, um consumo familiar menor do que a média. Na outra metade do tempo, a família teria um consumo maior do que a média. Apesar da sua estratégia de autosseguro, em 10 por cento do tempo a família enfrentaria consumo significativamente reduzido (menos de 75 por cento do seu nível de consumo médio) devido a uma cultura agrícola ruim (*ver Figura 11.4 no apêndice*). Em outras palavras, a família enfrenta o risco de "base", que não está segurado em sua estratégia de autosseguro. Ademais, se a família evita estratégias mais produtivas (por exemplo, maiores níveis de adubação de sua cultura), a fim de reduzir o risco, ela então também está pagando um carregamento implícito, significando que o autosseguro reduz sua receita média. O desafio é se o seguro com base em indicadores – com seu nível de risco de base e carregamento – pode ser melhor do que a estratégia estilizada de autosseguro da família.

O seguro com base em indicadores dá à família a opção de acrescentar uma nova ferramenta de gerenciamento de risco às suas estratégias tradicionais de gerenciamento de risco. A análise detalhada no apêndice estima que metade de todos os riscos agrícolas enfrentados pela família é um risco correlato que pode ser coberto pelo contrato

de seguro com base em indicadores. A outra metade é risco de base, resultante de um ou outro risco idiossincrático real ou de efeitos de desenho, que não está segurado pelo contrato de seguro com base em indicadores. A análise da simulação estima que a família se depare com custos de carregamento de 20 por cento, significando que, depois que o seguro é comprado, o consumo médio da família cairá ligeiramente abaixo da sua média de seguro antes do indicador.

Conforme demonstrado no apêndice, sob essas premissas pouco conservadoras o seguro com base em indicadores reduz a probabilidade de consumo extremamente baixo de cerca de 10 por cento para 3 por cento. Embora mais baixa, essa probabilidade não é zero, o que reflete a realidade do risco de base e a possibilidade de a família poder ter um baixo resultado e ainda não receber qualquer pagamento de seguro como compensação no contrato com base em indicadores. Além disso, devido aos custos de carregamento, o contrato apresenta à família um jogo de soma zero: a redução (imperfeita) na probabilidade de baixo consumo é comprada à custa da receita média reduzida. Conforme analisado mais detalhadamente por Carter et al. (2010), apenas a fração da população mais avessa ao risco (aqueles que estão mais profundamente preocupados com os resultados de baixo consumo) acharia esse tipo de seguro com base em indicadores atraente. Quando combinado com outros fatores que podem inibir a adoção de um novo, relativamente complexo, contrato (como, por exemplo, a incapacidade de compreendê-lo ou a falta de confiança de que o seguro realmente pagará conforme anunciado), esta trade-off pode explicar a demanda às vezes fraca por seguro com base em indicadores quando ele não está combinado com medidas para melhorar, simultaneamente, o acesso ao crédito, a melhores tecnologias e a novos mercados.

11.1.3 Opções para melhorar o mérito da demanda por seguro com base em indicadores

Conforme resumido por Hazell et al. (2010), muitos projetos piloto se depararam com uma demanda fraca. Embora haja uma infinidade de razões que podem explicar a lenta aceitação de novos contratos com base em indicadores (incluindo a incapacidade de compreendê-los e a falta de confiança no contrato), o fato de que o autosseguro, o risco de base e os carregamentos comprometem a desejabilidade do contrato, certamente, é também parte da explicação, conforme evidenciado pela discussão anterior. Reconhecendo este problema, Hazell et al. (2010) sugerem duas coisas. Em primeiro lugar, eles defendem contratos mais bem desenvolvidos com risco de base mais baixo. Em segundo lugar, defendem a combinação do seguro com base em indicadores com outros serviços agrícolas, gerando o que ele chama de uma proposta de valor agregado. As duas outras seções deste capítulo estão fundamentadas nessas sugestões, expandidas e combinadas a uma abordagem de nova geração em relação ao seguro com base em indicadores para pequenos agricultores.

11.2 Desenvolver contratos para minimizar o risco de base

A Figura 11.1 utiliza um contrato padrão de precipitação pluviométrica para ilustrar o funcionamento mais comum do seguro com base em indicadores. Embora o seguro com base em indicadores às vezes seja genericamente chamado de seguro de condições meteorológicas ou seguro de precipitação pluviométrica, a importância do problema do risco de base exige que contratos bem desenvolvidos considerem opções além de índices baseados em condições meteorológicas e escolham um desenho de contrato mais eficiente que minimize o risco de base.

Embora os contratos de precipitação pluviométrica se baseiem normalmente no aconselhamento técnico de especialistas sobre os níveis de chuva em que ocorrem danos às culturas, é improvável que as funções lineares de sinistro e indenização *ad hoc* usadas em alguns contratos sejam estatisticamente mais eficientes e minimizem o erro de estimativa – ou seja, os efeitos de desenho sobre o risco de base tendem a ser grandes. Felizmente, os microdados amplamente disponíveis sobre as famílias rurais permitem estimar uma função de sinistro estatisticamente eficiente para chuvas ou qualquer outro sinal futuro. Os contratos resultantes, ou as combinações híbridas deles, podem ser comparados para se saber qual deles oferece melhor valor para a população beneficiária, levando em consideração o poder de previsão do signal,[4] bem como o custo de sua obtenção.

Para ilustrar essas ideias e sua implementação, esta seção resume um análise das culturas de grãos do Oeste da África que usaram microdados para comparar desejabilidade de chuvas, produção e contratos de seguro com base em indicadores baseados em satélite.

11.2.1 Minimizar os riscos base induzidos pelo desenho para agricultores de grãos do Oeste da África

Esta seção considera a produção de grãos em seis povoados no Burkina Faso, onde o International Crop Research Institute for the Semi-Arid Tropics (ICRISAT) entrevistou, ativamente, famílias rurais no período compreendido entre 1980 e 1985. Dados detalhados de produção foram obtidos de 25 famílias em cada povoado para os três anos de safra – 1980/81 a 1982/83 (ver Carter, 1997, para mais detalhes sobre os dados). Na presente análise, a produção de cada família é reunida em todos os seus campos de sorgo e paniço para gerar um valor de produção anual em grãos para cada família. O objetivo de um contrato que minimize o risco de base é, portanto, para gerar um índice que possa explicar o máximo possível, estatisticamente, a flutuação na produção enfrentada pelas famílias.

[4] A literatura sobre sensoriamento remoto já fez considerável progresso identificando transformações de sinais de satélite da cobertura de vegetação que melhor estimam os resultados da produção dos agricultores no solo. A mesma metodologia também pode ser aplicada a outros índices de seguro em potencial.

Um índice possível seria simplesmente a produção média do povoado. Um contrato com base no índice de produção do povoado garantiria um pagamento aos agricultores baseado no grau de produção do povoado em relação ao desvio da média de longo prazo. Usando os dados do ICRISAT, podemos replicar um índice de produção considerando simplesmente a produção média em todas as famílias em cada povoado para cada ano de safra. Em um povoado, os campos de todos os agricultores estão separados, no máximo, por poucos quilômetros de distância. Embora a região Saheliana da qual esses dados são originados seja famosa pelo grande risco idiossincrático gerado por padrões climáticos locais extremamente variáveis, ainda poderíamos estimar que a produção de cada família estaria bem próxima da produção média de seu povoado. Neste caso, um contrato baseado na produção média do povoado seria relativamente eficaz, uma vez que os pagamentos de indenização de seguro tenderiam a compensar corretamente as famílias pelas perdas sofridas.

A análise detalhada em Laajaj e Carter (2009) revela que cerca de metade das flutuações em produção experimentadas pelas famílias pode ser explicada pela produção média de grãos do povoado. A outra metade representa o risco de base que não estaria segurado mesmo sob um contrato de produção do povoado. Embora seja surpreendente que apenas a metade do risco pode ser comum a todos os habitantes do povoado, observe que é exatamente esse risco correlato que as famílias teriam problemas para gerenciar por meio de mecanismos tradicionais de compartilhamento e reciprocidade social.

Embora este índice de produção do povoado represente o contrato de seguro com base em indicadores que minimiza o risco de base desse ambiente semiárido da África Ocidental, é provável que isso seja impraticavelmente caro para implementar, uma vez que exigiria um levantamento da produção anual em cada povoado onde as famílias tinham cobertura.[5] Portanto, precisamos considerar se há mecanismos alternativos, mais baratos, que podem alcançar o poder de previsão semelhante ao índice de produção.

Os dados do ICRISAT incluem informações sobre chuva coletadas em cada vilarejo. Observe que as informações sobre precipitação pluviométrica são de densidade extremamente alta, visto que isso equivale a ter uma estação meteorológica próxima a outra. Na prática, essa alta densidade de estações meteorológicas não é economicamente viável. No entanto, ela fornece outro *benchmark* útil para comparar o desempenho de um terceiro possível índice, baseado em dados de satélite sobre a cobertura de vegetação (NDVI). Em razão deste último tipo de dado ser menos familiar, apresentamos um breve resumo fazendo antes uma comparação entre o desempenho de contratos com base no NDVI e o de contratos alternativos com base em medidas mais familiares.

[5] Isto também pode levantar problemas de risco moral, uma vez que os habitantes do povoado podem ser capazes de acordar coletivamente em produzir menos, de modo que a produção do povoado reduziria e todos receberiam um pagamento do seguro.

11.2.2 Índice de Vegetação por Diferença Normalizada

O Índice de Vegetação por Diferença Normalizada (NDVI) é uma medida baseada em satélite da densidade de vegetação. O NDVI é escalonado para ficar entre zero e um, com baixos valores indicando muito pouco crescimento de vegetação e valores altos indicando vegetação densa. A cada 10 dias, o NDVI é medido a uma resolução de oito quilômetros por oito quilômetros (ou seja, uma única medida NDVI é fornecida para cada oito quilômetros por oito quilômetros de pixel). As medidas de NDVI nesta resolução estão disponíveis gratuitamente no *website* da FEWS NET (Famine Early Warning System Network).[6] A disponibilidade do NDVI com essa resolução é equivalente a ter uma estação meteorológica separada (ou um levantamento de produção) para cada oito quilômetros quadrados. Se o NDVI pode ser demonstrado tendo a mesma capacidade de estimar a produção de agricultores individuais que os dados meteorológicos ou de produção, então é claro que ele surgiria como a base preferida para um índice de seguro pelo custo modesto e por motivos de simplicidade. Além disso, o NDVI está disponível retroagindo a 1981, o que significa que dados de longo prazo necessários para precificar com exatidão um índice de seguro estão disponíveis.

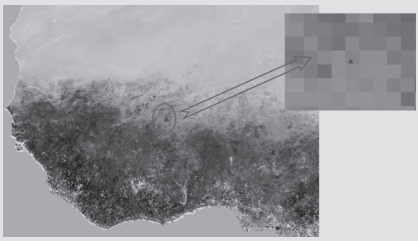
A Figura 11.2 ilustra como funciona o NDVI. Os diagramas do lado esquerdo da figura exibem dados reais do NDVI da África Ocidental. Um espectro de cor que vai do marrom ao verde vem sendo utilizado para visualizar graficamente a escala de zero a um do NDVI, com cores amarronzadas sinalizando valores baixos de NDVI e cores esverdeadas sinalizando valores altos de NDVI. A inserção em cada diagrama mostra os pixels de oito quilômetros quadrados individuais para a região em torno do vilarejo de Silgey, um dos seis vilarejos incluídos no estudo ICRISAT no Burkina Faso. O ponto de inserção é o pixel onde o centro do vilarejo está localizado.

O primeiro dos três gráficos no lado direito da figura 11.2 mostra a produção de grãos de Silgey de 1981 a 1983 medida pelos ICRISAT Village Level Studies, discutido mais adiante. O gráfico do meio mostra o NDVI médio para aquele período de tempo, enquanto o gráfico de baixo mostra a precipitação pluviométrica medida por um medidor de chuvas do vilarejo mantido pelo estudo do ICRISAT. De uma forma genérica, esses números revelam que o NDVI acompanha a produção do vilarejo. Embora isso seja encorajador, precisamos avaliar com mais cautela a precisão com que o NDVI pode estimar a produção do vilarejo e formar a base para um valioso contrato de seguro com base em indicadores.

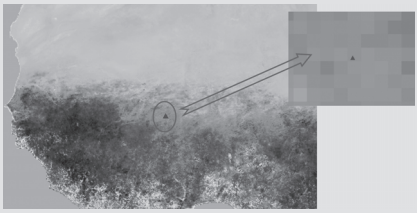
[6] Dados em resolução mais alta que medem o NDVI de cada metro quadrado de 30 por 30 podem ser comprados.

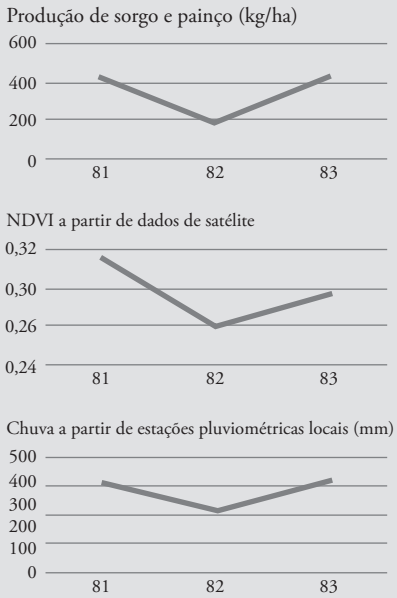
Figura 11.2 **Previsão de produção utilizando dados de satélite**

Ano bom do índice de vegetação por diferença normatizada (NDVI): 1981 (1ª década de setembro)



Ano ruim do índice de vegetação por diferença normatizada (NDVI): 1982 (1ª década de setembro)





11.2.3 Comparação entre produção, condições meteorológicas e NDVI

Apesar de o sinal bruto do NDVI poder ser usado como apoio para um contrato de seguro com base em indicadores, há uma literatura bem evoluída sobre sensoriamento remoto que explora as transformações do NDVI que melhor estimam a produção das culturas. Na presente análise, empregamos a transformação da informação do NDVI chamada de índice da condição da vegetação (VCI). O VCI é definido como:

$$VCI = 100 \times (NDVI - NDVI_{min})/(NDVI_{max} - NDVI_{min})$$

Em um determinado vilarejo, o VCI utiliza séries de longo prazo do NDVI para relacionar o NDVI presente aos valores extremos observados desde 1982 na mesma época do ano.

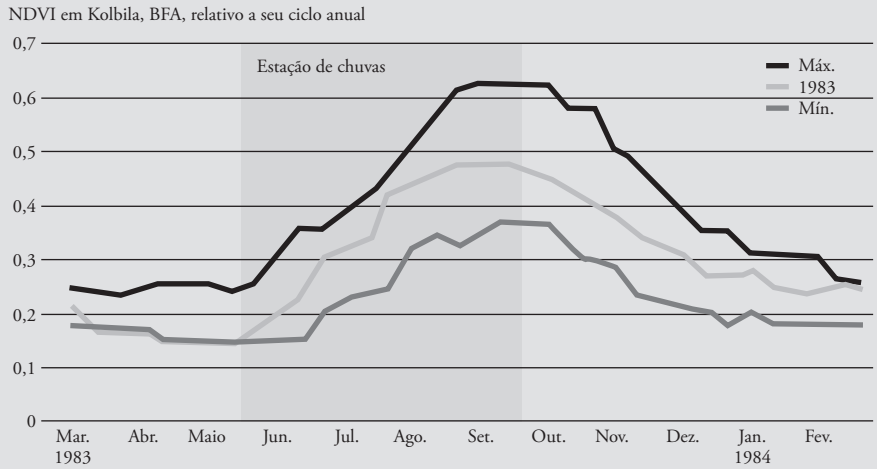
A Figura 11.3 considera a medida do VCI para o ano de 1983 para o vilarejo de Kolbila, outro dos locais de estudo do ICRISAT. Também demonstrados no gráfico estão os valores históricos mínimos e máximos do NDVI para Kolbila. Conforme pode ser observado na Figura 11.3, o VCI para Kolbila ficou próximo de zero em abril de 1983, mas em torno da metade em setembro 1983. Uma vantagem da transformação do VCI é sua relação com valores absolutos do NDVI em um contexto local e, portanto, facilita o uso de dados do NDVI originados de lugares heterogêneos.

Então, quanto risco de base existiria em um contrato de seguro com base em indicadores subscrito sobre o VCI específico do vilarejo? Laajaj e Carter (2009) estimam a função de indicador estatisticamente mais eficiente (minimizando o risco de base) que pode ser obtida para o VCI.

Fazendo um exercício similar utilizando dados de precipitação pluviométrica do vilarejo, eles concluem que o índice VCI atinge 89 por cento em redução de variância do índice de produção do vilarejo. A medida da precipitação pluviométrica atinge 75 por cento em redução de risco do contrato de produção do vilarejo. Curiosamente, quando o VCI e as medidas de precipitação pluviométrica são combinados em um índice híbrido, nenhuma redução de variância adicional é conseguida além daquela obtida com o índice baseado apenas no VCI.

Embora seja possível melhorar a capacidade preditiva dos dados de precipitação pluviométrica por meio de uma análise mais aprofundada, é importante observar que é improvável um programa de seguro conseguir ter as medições meteorológicas do vilarejo que estão disponíveis nos dados do ICRISAT. Mesmo as propostas mais ambiciosas para construção de estação meteorológica indicam que cada estação teria de cobrir um círculo com raio de 25 quilômetros. A título de comparação, em torno de 30 medições separadas do NDVI estariam disponíveis dentro de um círculo desse raio, significando que um contrato baseado no NDVI de alta densidade deve ter uma vantagem a mais no desenho sobre os contratos baseados em condições meteorológicas.

Figura 11.3 **Cálculos do VCI utilizando NDVI máximo e mínimo**



Apesar de a análise de dados do ICRISAT para a África Ocidental indicar que o NDVI não pode apenas oferecer risco de base mais baixo, a um custo inferior aos índices baseados em precipitação pluviométrica, tal resultado não deve ser generalizado para outros ambientes agroecológicos. Em algumas situações, o sensoriamento

remoto pode fornecer um índice com custo-benefício, como é o caso das previsões de mortalidade de animais no Quênia (*ver Capítulo 12*), enquanto em outras situações pode vir a ser um indicador pouco confiável de produção agrícola (conforme foi descoberto quando se concluiu, com base em informações de satélite, ser um indicador ruim de produção de algodão no Mali). Essas conclusões revelam que o desenvolvimento de um contrato de seguro com base em indicadores com custo-benefício que minimize o risco de base deve considerar uma variedade de opções de indicadores utilizando microdados para levantar dados e selecionar o índice ideal. Ao mesmo tempo, a análise também revela que há limites para a eliminação do risco de base, mesmo por meio de um desenho de contrato mais eficiente. No caso extremo do Sahel, parece ser difícil adotar seguro com base em indicadores para eliminar mais da metade do risco agrícola enfrentado pelos agricultores. Tendo em vista esses limites técnicos em relação à qualidade do seguro com base em indicadores, a próxima seção explora as possibilidades de melhorar ainda mais o potencial do impacto sobre o desenvolvimento e a sustentabilidade do seguro por meio de sua interligação com crédito.

11.3 Interligar seguro e crédito

A análise na seção 11.1 trabalhou com a hipótese de que a pequena família agrícola teve acesso a apenas uma atividade agrícola tradicional. Embora os riscos associados a essas atividades sejam importantes, a economia do desenvolvimento tem estado muito preocupada com a noção de que um dos maiores custos de risco é que ele induz as famílias rurais a evitarem novas tecnologias e oportunidades econômicas mais arriscadas que ofereçam uma renda média maior em um período. Além disso, o risco impede o desenvolvimento de mercados financeiros rurais, amplificando os problemas de aceitação para famílias rurais com restrições de liquidez. Esta seção discute que vinculando explicitamente o seguro com base em indicadores a esses tipos de atividades não apenas resolverá o problema de desenvolvimento que torna o risco tão caro, mas também resolverá o problema de desaceleração na demanda por seguro.

11.3.1 Atividades econômicas de alto retorno e famílias de pequenos agricultores

Atividades econômicas de alto retorno, em geral, exigem investimento inicial significativo em insumos adquiridos de sementes beneficiadas e fertilizantes. Este fator por si só aumenta a exposição ao risco da família, uma vez que um ano de seca significa renda líquida negativa, não apenas zero. Além disso, a variação de atividades de alto retorno em produção também tende a ser maior, em parte porque tais atividades estão menos bem adaptadas ao choque climático do que as atividades tradicionais que evoluíram no sistema agroecológico específico da propriedade agrícola. Por fim, o aumento no custo de caixa de produção pode, simplesmente, ultrapassar a liquidez disponível para a família, tornando o acesso ao capital por intermediários financeiros ou operadores da cadeia de valor indispensáveis.

Para explorar o desempenho do seguro baseado em indicadores, em combinação com tecnologias novas, de maior retorno, voltamos ao modelo estilizado de família detalhado no apêndice. Suponhamos, agora, que com investimento significativo em sementes e fertilizantes equivalente ao lucro não agrícola da família, esta possa usar uma tecnologia melhor que aumente a renda agrícola líquida média em 25 por cento sobre a atividade agrícola tradicional.

Essa tecnologia de alto retorno oferece à família a perspectiva de uma renda mais alta e, portanto, de maior consumo. No entanto, tendo em vista os custos de insumo e o grau de risco da nova tecnologia, esse consumo médio mais alto vem com o custo de risco mais elevado.

Com base nessas outras hipóteses, nossa análise da simulação revela que a probabilidade de consumo das famílias abaixo de 75 por cento de sua média com tecnologia tradicional, de longo prazo, sobe de 10 por cento para cerca de 20 por cento caso a nova tecnologia seja adotada sem seguro (*veja a Figura 11.5 no apêndice*). Além disso, ela aumenta a probabilidade não trivial de que o consumo pode cair para apenas 50 por cento de sua média antiga de longo prazo. Mesmo admitindo que a família tivesse recursos para financiar a atividade de alto retorno, esta gritante trade-off entre risco e retorno desencorajaria muitos agricultores a adotar a nova tecnologia,[7] mantendo-os seguros, mas também perpetuando um padrão de vida baixo.

A decisão de utilizar a tecnologia tradicional, quando a atividade de alto retorno está disponível e é financeiramente viável, pode ser analisada como uma decisão equivalente a seguro. Partindo dessa perspectiva, a prática de autosseguro, continuando a utilizar a tecnologia tradicional, incorre em um carregamento muito alto, uma vez que ele reduz a renda estimada da família oriunda da agricultura em 25 por cento, enquanto reduz a média global de consumo da família. Conforme discutido anteriormente, a estratégia de autosseguro também envolve risco não segurado ou de base, visto que a família autossegurada ainda enfrenta probabilidades positivas de resultados de baixo consumo. Quando observado a partir de uma perspectiva de desenvolvimento, para melhorar o bem-estar econômico, o desafio do seguro com base em indicadores não é eliminar todo o risco de base e os carregamentos, mas simplesmente fazer melhor do que o autosseguro caro que está disponível, contando com tecnologias tradicionais. Conforme as próximas seções descrevem, os mecanismos para fazer isso dependem, principalmente, da natureza do mercado financeiro.

[7] Quando analisadas a partir da perspectiva econômica convencional da teoria da utilidade esperada, apenas as famílias com grau muito baixo de aversão ao risco ou provisões de riqueza mais altas do que a média adotariam a tecnologia (ver Carter et al., 2010).

11.3.2 Seguro com base em indicadores e adoção de atividade de alto retorno quando os empréstimos são totalmente seguros

A discussão aqui e na seção seguinte pressupõe que famílias de pequenos agricultores carecem de recursos para adquirir a nova tecnologia, mesmo se quisessem fazê-lo. Para analisar como seguro e crédito podem interagir nesse ambiente, suponhamos que os empréstimos agrícolas sejam oferecidos por um setor de empréstimo competitivo em condições que os credores da produção estimaram lucros exatamente iguais ao custo da oportunidade de capital em toda a economia. Suponhamos também que os mutuários paguem os empréstimos na medida do possível usando toda a receita agrícola realizada e nenhuma garantia necessária para o empréstimo. Quando os empréstimos são totalmente garantidos – o que significa que a garantia é suficiente para pagar o empréstimo integralmente, mesmo que haja uma quebra de safra – o credor não assume qualquer risco. Sob essas condições, um empréstimo funciona de forma muito parecida com autofinanciamento, visto que a família agrícola é totalmente responsável e assume completamente o risco associado a adotar atividade de alto retorno. Isso pode ser possível para que empréstimos sejam totalmente garantidos em economias onde haja títulos de terra individuais.

Considerando que os empréstimos totalmente garantidos funcionam como um autofinanciamento, somente poucas famílias com aversão a risco estariam dispostas a aceitar a probabilidade de resultados muito baixos em troca da perspectiva de receitas mais elevadas. Neste caso, em que famílias de pequenos agricultores têm acesso a um empréstimo para financiar uma atividade de alto retorno, mas recusam e não adotam a atividade, corresponde ao que Boucher et al. (2008) descrevem como racionamento de risco. Esses autores revelam, teoricamente, que é mais provável o racionamento de risco afetar as famílias com menos riqueza e, empiricamente, que ele pode restringir as opções e a renda de até 20 por cento dos pequenos agricultores na América Central e na América do Sul.

Com um empréstimo totalmente garantido, os benefícios do seguro com base em indicadores reverterão diretamente para a família, que arca com todos os riscos. Os resultados da simulação apresentados no apêndice indicam que, quando combinada com um empréstimo e um contrato de seguro com base em indicadores, a nova tecnologia pode ser desenvolvida com quase nenhum risco de o consumo ser inferior a 50 por cento da sua média de longo prazo. No entanto, mesmo com crédito e seguro interligados, a família ainda enfrentaria o aumento no risco do consumo ser inferior a 75 por cento de sua média de longo prazo em relação à estratégia de autosseguro. Além desse nível, o contrato interligado controla firmemente a estratégia de autosseguro, visto que na maior parte do tempo ele oferece maior consumo para as famílias do que seria oferecido pela estratégia de autosseguro. Embora este contrato interligado ainda represente para a família uma trade-off (maiores lucros à custa de algum aumento no risco de resultados baixos), ela é muito menos grave do que a oferecida pela alta tecnologia sem seguro. A análise por Carter et al. (2010) revela que, embora

este contrato interligado ainda seja caracterizado por uma trade-off, todos os agentes, menos os mais avessos a risco, preferem o contrato interligado à estratégia de baixa tecnologia, de autosseguro.

A trade-off que permanece mesmo com o contrato interligado pode ser reduzida ou até mesmo eliminada por completo caso o risco de base possa ser reduzido pelo contrato de seguro com base em indicadores. A hipótese até agora nesta discussão é que o seguro com base em indicadores pode cobrir metade do risco enfrentado pela família agrícola, e que a outra metade permanece como risco de base. Esta é aproximadamente a qualidade do seguro que pode ser obtida com o uso de sinais de satélite para os produtores de grãos do Sahel ou outros contratos que minimizaram os efeitos de desenho. No entanto, em ambientes nos quais uma parcela maior do risco seja segurável (digamos dois terços em vez de metade) ou nos quais um contrato inteligente possa reduzir ainda mais os efeitos de desenho sobre o risco de base, é possível que os contratos interligados dominem completamente as estratégias de autosseguro *(ver Figura 11.5 no apêndice)*. Ou seja, em comparação à estratégia de autosseguro, quando adotada com crédito e contrato de seguro interligados à tecnologia de alta produção, oferece menos risco de resultados de baixo consumo e uma chance muito maior de resultados de alto consumo. Estima-se que até mesmo a maioria dos agentes com aversão a risco preferiria o acordo interligado para o autosseguro de baixa tecnologia (condicional no entendimento e tendo confiança no contrato).

É importante registrar que ainda há risco de base e carregamentos nesse contrato interligado. Embora seja inferior a um contrato de seguro perfeito que ofereça cobertura integral, uma opção tão inviável não é um ponto de comparação especialmente interessante. A comparação mais interessante é entre a estratégia de autosseguro existente com seu grau de risco de base e os altos carregamentos. Interligar crédito e seguro é importante, principalmente porque abre as portas para o autosseguro dominante e propicia uma mudança tecnológica.

11.3.3 Seguro com base em indicadores e oferta de crédito em ambientes em que altos níveis de segurança estão disponíveis ("ambientes com ativos garantidores de valores altos")

A discussão até agora sobre interligação trabalhou com a hipótese de que os empréstimos são totalmente garantidos, de modo que a família arca com todo o risco direto de um déficit na produção que leva à inadimplência. Enquanto os credores não arcam diretamente com qualquer risco imediato caso seu empréstimo esteja totalmente garantido, eles enfrentam, potencialmente, o que poderia ser denominado de risco de economia política. No caso de um grande choque covariante que leve à quebra de safra, e os resultados na garantia oferecida pelas famílias de pequenos agricultores sendo concretizados, os credores poderiam eventualmente antecipar a pressão política e perdoar a dívida, em vez de exigir que a terra seja dada em garantia. Conforme

descrito por Tarazona e Trivelli (2005), tal cenário se deu após o evento El Niño, em 1998, no Peru. Observe que este risco de economia política está diretamente ligado a choques covariantes, uma vez que a possibilidade política para esse tipo de perdão de dívida existe quando um grande número de agricultores pode apontar para um evento facilmente observável.

A magnitude de tal risco de economia política depende da carteira de crédito do credor. De acordo com o exemplificado por Carter et al. (2010), os credores reagirão em termos de mercado aumentando a taxa de retorno exigida sobre empréstimos agrícolas sem seguro, conforme a proporção da carteira de empréstimo agrícola aumentar. Estima-se que um aumento no número de pequenas propriedades rurais contraindo empréstimos (induzidas pela disponibilidade de contratos de seguro com base em indicadores) provoque um aumento no custo de capital para o setor agrícola, uma força que tende a impedir um número maior de empréstimos contraídos.

Estima-se que interligar, explicitamente, empréstimos e contratos de seguro com base em indicadores resolva esse problema. Embora os contratos de seguro com base em indicadores não cubram todos os riscos, eles cobrem os riscos covariantes que alimentam o problema de economia política enfrentado pelos credores. A próxima seção discute interligação mais profundamente nos ambientes em que há pouca garantia disponível, onde isto é, potencialmente, de maior importância ainda.

11.3.4 Seguro com base em indicadores e adoção da atividade de alto retorno em ambientes em que há pouca garantia disponível ("ambientes nos quais os ativos garantidores são de valores baixos")

É improvável que empréstimos sejam totalmente seguros, especialmente na maioria das áreas de pequenos agricultores na África subsaariana. Se um empréstimo não está totalmente garantido, o credor assume alguns dos riscos de baixa produção. Mesmo que os credores estejam dispostos a conceder empréstimos com um nível baixo de garantia, eles precisarão cobrar taxas de juros mais elevadas, a fim de atingir uma determinada taxa de retorno esperada. Ademais, como as inadimplências nos empréstimos agrícolas costumam apresentar correlação, os credores costumam limitar rigorosamente a quantidade de empréstimos agrícolas em sua carteira (Tarazano e Trivelli, 2005) ou, se aumentarem essa quantidade, eles costumam exigir uma taxa de retorno cada vez mais elevada para compensar o risco adicional em seus balanços (Carter et al. 2010).

Nesse contexto, é provável que a oferta de crédito para financiamento de novas tecnologias seja limitada e cara. Além do mais, simplesmente oferecer seguro com base em indicadores para os agricultores não costuma ter muito impacto, uma vez que o benefício do seguro será creditado primeiramente ao credor, que arca com uma parcela substancial do risco, para o qual há pouca garantia disponível. É provável que nem mercados de crédito nem de seguro surjam de forma independente em ambientes nos quais os ativos garantidores são de valores baixos, e é provável que tecnologias

agrícolas e renda fiquem estagnadas.

Contratos de seguro e crédito interligados é uma saída possível para este dilema. Um contrato de seguro com base em indicadores cobrindo o risco covariante enfrentado pelos credores deve ser suficiente para diminuir as restrições que limitam a oferta de crédito para o setor de pequena propriedade agrícola. Ao mesmo tempo, caso os credores enfrentem uma pressão competitiva, as taxas de empréstimo cairão e reduzirão o custo do crédito para a família da pequena propriedade agrícola, gerando ainda mais demanda por capital e maior aceitação da alta tecnologia.

Embora esses mecanismos sejam um pouco diferentes daqueles considerados anteriormente, em que há um alto nível de segurança disponível, de acordo com a análise de Carter et al. (2010), o resultado é quase idêntico em termos do impacto global na renda da propriedade agrícola e níveis de bem-estar. Contratos de seguro com base em indicadores interligados com crédito e adoção de tecnologia aprimorada podem controlar o risco de base elevado e os carregamentos implícitos que as famílias de pequenas propriedades rurais pagam quando praticam o autosseguro, adotando tecnologias tradicionais.

11.3.5 Marketing interligado com seguro com base em indicadores

Embora obrigatório em seus próprios termos, os contratos de seguro com base em indicadores desenvolvidos de forma inteligente interligados com crédito também oferecem, potencialmente, importantes vantagens de marketing. Em ambientes nos quais os ativos garantidores são de valores baixos, e que a maioria dos benefícios diretos do seguro com base em indicadores será creditada aos credores, pode fazer sentido comercializá-lo diretamente com credores, no seguro de carteira ou em nível intermediário (*ver Capítulo 4*). Embora em um mercado de empréstimo inteiramente competitivo os benefícios desse seguro de carteira seriam redistribuídos para os mutuários, no mundo real, em que os mercados de crédito rural estão longe de ser competitivos, uma abordagem em relação ao seguro orientada para influenciar o desenvolvimento terá de considerar um mecanismo contratual que assegure que os benefícios do seguro serão, de fato, repassados aos mutuários. Em ambientes nos quais os ativos garantidores são de valores altos, a interligação ainda pode oferecer vantagens de marketing, uma vez que um único contrato pode oferecer tanto crédito quanto seguro.

11.4 Conclusão: Desenhado para influenciar o desenvolvimento

O seguro agrícola de pequenas propriedades rurais não é um fim em si mesmo. Sua importância vem a partir da sua capacidade de aliviar um problema fundamental de desenvolvimento econômico, ou seja, o autosseguro economicamente caro e as estratégias de enfrentamento que podem tornar e manter pequenos agricultores pobres. Abordar o problema do seguro a partir da perspectiva de influenciar o desen-

volvimento aponta para uma abordagem centrada na demanda em relação ao desenho de contrato, fundamentada em dados sobre famílias de pequenas propriedades agrícolas e suas tecnologias de produção e restrições.

Conforme explorado neste capítulo, esta abordagem permite a avaliação de índices alternativos de seguro – de produção, baseado em satélite, baseado em condições meteorológicas e combinações híbridas – e a seleção de um desenho de contrato estatisticamente mais eficiente que reduza o risco de base não segurado de forma rentável. Além disso, essa abordagem abre a porta para contratos de seguro e crédito interligados sensíveis ao contexto desenvolvidos para ampliar, simultaneamente, mercados financeiros e facilitar a adoção de tecnologia por pequenas propriedades agrícolas, operando tanto na demanda quanto na oferta do mercado de crédito agrícola. Conforme aqui discutido, é a combinação de contratos desenvolvidos de forma inteligente e interligados que permitirá ao seguro com base em indicadores controlar as estratégias de autosseguro de pequenas propriedades agrícolas, sustentar a demanda e, em última análise, influenciar o desenvolvimento conforme o desejado, tanto nas pequenas propriedades agrícolas quanto nos resultados do desenvolvimento humano.

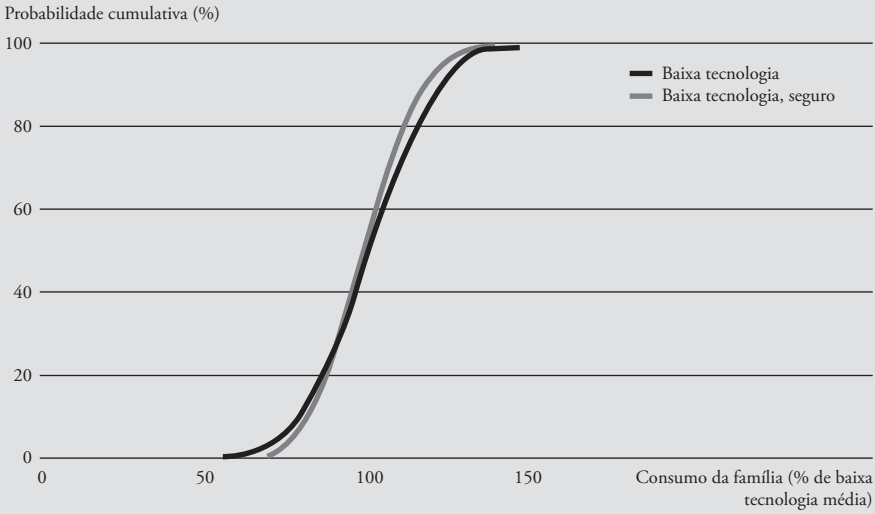
Apêndice – Análise da simulação entre seguro com base em indicadores e autosseguro

Este apêndice fornece detalhes adicionais sobre as simulações discutidas nas seções 11.1 e 11.3. Uma discussão completa dessas simulações, assim como uma análise mais profunda do grau em que haveria uma demanda por contratos com base em indicadores, é apresentada em Carter et al. (2010).

Seguro com base em indicadores somente com tecnologia tradicional

A Figura 11.4 ilustra o risco enfrentado por uma família agrícola estilizada com e sem seguro com base em indicadores, pressupondo que o conjunto de oportunidades está inalterado. O eixo horizontal representa a renda disponível para consumo familiar como um percentual do consumo médio da família sem seguro (100 por cento seria, então, o nível de consumo médio da família). O eixo vertical representa a probabilidade cumulativa de diferentes resultados de consumo da família. A linha verde representa essas probabilidades quando a família não tem um contrato de seguro com base em indicadores. Em 50 por cento do tempo, a família terá níveis de consumo iguais ou abaixo da sua média, e, de acordo com as hipóteses da simulação, em 10 por cento do tempo, a família precisará se contentar com o consumo equivalente ou inferior a 75 por cento de seu nível normal.

Figura 11.4 **Garantir a tecnologia tradicional**



A linha cinza representa as probabilidades de consumo se a produção agrícola da família está segurada por um contrato com base em indicadores. Para fins de ilustração, trabalhamos com a hipótese de que metade da variação em produção enfrentada pela família está coberta pelo contrato com base em indicadores, e que a outra metade é risco de base sem cobertura. Também supomos que o prêmio cobrado para o contrato inclui um carregamento de 20 por cento, o que significa que a família paga 20 por cento a mais em prêmios do que espera recuperar em pagamento de indenização. Por fim, supomos que os *strikepoints* são definidos de tal forma que os pagamentos são acionados sempre que a produção medida ou estimada cai abaixo do seu nível médio.

Uma análise cautelosa da Figura 11.4 revela tanto os pontos fortes quanto os fracos do seguro com base em indicadores. Em primeiro lugar, as probabilidades de resultados extremamente baixos caem substancialmente. Com seguro, há apenas uma chance de 2 por cento do consumo da família ser inferior a 75 por cento do seu nível normal, e uma chance de 10 por cento sem seguro. Embora mais baixa, essa probabilidade não é zero, refletindo o fato de que o contrato não cobre todos os riscos. A cobertura de seguro completa sem risco de base estabilizaria o consumo das famílias em seu nível médio (menos aumentos ou custos de carregamento). Conforme pode ser observado a partir da Figura 11.4, o risco de base substancial permanece em relação a este seguro completo idealizado (porém, inviável).

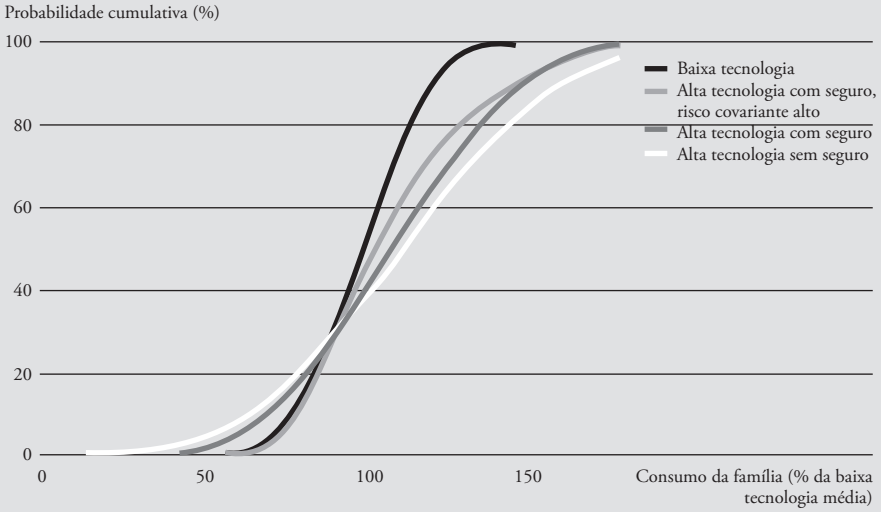
Este fator, juntamente com o fato de que os prêmios são aumentados em até 20 por cento, significa que mesmo com seguro o consumo da família ainda pode ficar abaixo da sua média antes do seguro de 100 por cento. A renda familiar média também diminuiu em 1 ou 2 por cento em razão dos carregamentos cobrados no seguro. A redução parcial na probabilidade de resultados baixos é comprada à custa da renda média reduzida.

Seguro com base em indicadores e atividades econômicas de alto retorno

A Figura 11.5 ilustra a função de distribuição cumulativa para a atividade de alto retorno estilizada descrita anteriormente, na seção 11.3. Comparada à atividade tradicional (representada aqui pela linha verde escuro), a atividade de alto retorno tem retornos médios que são 25 por cento mais elevados do que a atividade agrícola tradicional e exige a aquisição de insumos significativos. A linha cinza clara na Figura 11.5 representa a probabilidade de diferentes resultados de consumo da família na atividade de alto retorno quando os custos de caixa ou são completamente autofinanciados pela família ou, do mesmo modo, financiados por um empréstimo garantido integralmente.

Como pode ser observado, ao adotar alta tecnologia a família enfrenta quase uma chance de 10 por cento de que seu consumo total será inferior a 50 por cento da renda média que ela pode obter adotando baixa tecnologia. No entanto, cerca de 40 por cento do tempo de consumo da família será, no mínimo, 25 por cento superior à renda média com adoção da baixa tecnologia.

Figura 11.5 **Interligar seguro e crédito para adoção de tecnologia**



A linha cinza escura na Figura 11.5 representa o impacto do seguro com base em indicadores quando interligado ao crédito e à adoção da tecnologia em um ambiente agroecológico relativamente desfavorável, no qual apenas 50 por cento do risco enfrentado pelas famílias podem ser cobertos por um contrato de seguro com base em indicadores bem desenvolvido. Apesar dessa desvantagem, o contrato de seguro interligado empurra o risco de resultados de baixo consumo de volta aos níveis na tecnologia tradicional, de baixo retorno. Ao mesmo tempo, a adoção interligada da nova tecnologia supera a estratégia do autosseguro em 70 por cento do tempo.

Embora o contrato interligado ainda represente para a família uma trade-off (retornos mais elevados à custa de algum aumento de risco de baixos resultados), a trade-off é menos grave do que a oferecida pela alta tecnologia sem seguro.

Por fim, conforme representado pela linha cinza-clara na Figura 11.5, a adoção interligada de nova tecnologia pode controlar completamente autosseguro caso uma parcela maior (dois terços) do risco total enfrentado pelas famílias seja segurável, o risco covariante.

12 Seguro de animais: Ajudar criadores de animais vulneráveis a gerenciar seus riscos

Anupama Sharma e Andrew Mude

Os autores gostariam de agradecer aos vários revisores por seus comentários e orientações, incluindo Ido Dror (Micro Insurance Academy), Brian Foster (consultor), K. Gopinath (IFFCO-Tokio), Joachim Herbold (Munich Re), Florian Mayr (Munich Re), Pranav Prashad (OIT), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation), Rupalee Ruchismita (CIRM) e um revisor anônimo.

A pecuária é responsável por 40 por cento da produção agrícola mundial e sustenta a subsistência e a segurança alimentar de mais de um bilhão de pessoas (FAO, 2009). Uma subsistência baseada na pecuária representa um meio de sair da pobreza para um número significativo da população pobre do mundo. No entanto, o pobre ainda enfrenta uma série de riscos quando luta para ter acesso aos benefícios do crescente e vibrante setor da pecuária.

Reduzir a vulnerabilidade inerente de pessoas que dependem da pecuária em sistemas de produção de pequenos produtores rurais tem sido a motivação principal do seguro de animais que tem como objetivo populações pobres ou vulneráveis. Embora alguns países, como a Índia, por exemplo, tenham grande experiência em seguro de animais para o pobre, melhorias na oferta de produtos de seguro, bem como inovações em seu desenvolvimento, estão alimentando o interesse no potencial do seguro para reduzir a vulnerabilidade do pobre frente aos riscos associados à subsistência baseada na pecuária. Um reconhecimento crescente da importância do gerenciamento de riscos como um pilar fundamental de qualquer estratégia de redução da pobreza (Pica et al., 2008), juntamente com uma economia complexa e desenvolvida na pecuária que ofereça oportunidades para o pobre, garante uma base sobre a qual o seguro de animais pode florescer.

Este capítulo destaca experiências que ofereceram lições valiosas sobre os possíveis benefícios do seguro de animais, analisa as razões para a falta de alguns produtos de seguro e analisa as condições necessárias para a implementação bem-sucedida de um produto de seguro de animais. A Seção 12.1 ilustra a importância da economia pecuária em termos mundiais e discute a importância de gerenciar os riscos da pecuária para melhorar o bem-estar em ambientes rurais. A Seção 12.2 chama a atenção para uma amostra de experiências de seguro de animais no mundo e resume a experiência adquirida com tais experiências. A Seção 12.3 enfatiza os desafios comuns que muitos programas pilotos de seguros de animais enfrentam. Ao destacar novas inovações em desenvolvimento e oferta de seguro, a Seção 12.4 discute várias oportunidades que podem ajudar a combater os obstáculos ao seguro de animais.

12.1 Por que seguro de animais?

A pecuária desempenha um papel importante na subsistência do pobre. É tanto uma fonte de renda quanto uma fonte de riqueza produtiva com a qual o pobre pode contar para fluxos de renda futuros. É também um dos poucos ativos prontamente disponíveis para o pobre e, especialmente, para mulheres, que têm maior dificuldade de acessar outras oportunidades produtivas de sustento (FAO, 2009). Estima-se em torno de um bilhão de pessoas ou cerca de 70 por cento de 1,4 bilhão de pessoas da população mundial vivendo em extrema pobreza que dependem da pecuária para o seu sustento (Delgado et al., 1999).

Embora a revolução pecuária represente um poderoso veículo para canalizar o crescimento pró-pobre (IFAD, 2004; Thornton et al., 2008; FAO, 2009), uma das principais barreiras para a participação do pobre na produção pecuária é o seu alto grau de vulnerabilidade às muitas causas de mortalidade, morbidade e outros riscos que permeiam a produção pecuária e a cadeia de comercialização. Qualquer doença, acidente ou roubo de animais significa um enorme prejuízo para a família. Além disso, enormes riscos na produção associada a atividades leiteiras representam na pecuária uma proposta arriscada para as famílias de baixa renda. Os riscos de produção podem estar relacionados a uma escassez de insumos, como forragem ou água para os animais, a alta morbidade de animais individuais ou uma epidemia *(ver Tabela 12.1)*. O clima tropical e as péssimas condições de higiene, próprios de muitos países em desenvolvimento, são alguns dos fatores que desencadeiam ou agravam doenças como a mastite, febre aftosa (FMD) e septicemia hemorrágica.

Tabela 12.1 **Tipos de risco em subsistência na pecuária**

Risco de produção	*Risco de preço*
Morte, acidental e natural	Infraestrutura rural fraca, por exemplo, estradas, cadeia de suprimento controlada por temperatura
Doença: – Alta morbidade devido a epidemias e riscos variáveis – Interrupção na produção de leite devido a doenças, como mastite e febre aftosa	Flutuações no custo de animais e produtos
Problemas no fornecimento de insumos: – Falta de forragem seca e verde para animais – Falta de água durante as secas causando estresse	

A morte de animal é o maior risco para o pobre que é proprietário de cabeças de gado. Considerando que os animais são, com frequência, um bem importante para uma família de baixa renda, talvez até mesmo seu bem mais valioso, a morte deles pode causar uma queda significativa no patrimônio líquido da família, sem mencionar uma queda de renda e produto produtivo. Se o animal foi comprado por meio de um empréstimo, a família pode ter uma dívida relativa a um bem que não já possui mais.

Dependendo do contexto, outros riscos também são importantes. Heffernan et al. (2003) realizaram uma pesquisa com 3.000 famílias na Bolívia, na Índia e no Quênia e concluíram que as doenças de gado são o problema mais importante para cerca de 20 por cento de todos os produtores. Outros (Perry et al., 2003; Pica-Ciamarra, 2005) argumentaram que em países de baixa renda na África, Ásia e América Latina, as doenças em animais são um fator preponderante na limitação da produção de carne e leite e na redução da receita de pecuária. Além do mais, para a maior parte do sustento na pecuária, em especial em regiões semiáridas, os choques climáticos que resultam em escassez de água e forragem são o risco de maior significância. A maioria dos sistemas de produção que têm a participação do pobre – agropastoral, pastoral e agropecuário de pequenos agricultores – é irrigada pela chuva, com sérias deficiências, resultando, muitas vezes, em produtividade reduzida pela morbidade e, em muitos casos, em mortalidade generalizada.

A primeira consequência do aumento em escassez de água e forragem é uma redução nas taxas de lactação, o que diminui a receita leiteira. A frequência de partos de animais enfraquecidos também costuma ser afetada negativamente, com consequências no fluxo de receita esperado de um rebanho no futuro. Além disso, os gados magros têm sistema imunológico prejudicado e são mais propensos a sucumbir a doenças, perpetuando também o ciclo de morbidade. Em casos extremos, sérios desabastecimentos em água e forragem levam à mortalidade.

Riscos não segurados, especialmente bens produtivos valiosos, deixam as famílias pobres expostas a graves perdas decorrentes de choques negativos. Os custos do bem-estar devido a oportunidades de investimento perdidas e métodos de enfrentamento ineficazes são consideráveis (Dercon, 2005; Dercon et al., 2005; Barrett et al., 2006; Carter e Barrett, 2006).

A mortalidade devido às principais causas de vulnerabilidade – fome e doença – é, em geral, a mais suscetível a seguro e compreende o conjunto de riscos que a maioria dos programas de seguro de animais cobre. No entanto, nem todos os riscos são seguráveis e, portanto, é importante adotar uma estratégia de gerenciamento de risco global que também inclua a redução do risco por meio de medidas preventivas, como, por exemplo, melhor alimentação, vacinação, reprodução e desvermifugação.

12.2 Fornecer seguro de animais para o pobre

Nos poucos exemplos de programas de seguro de animais nos países em desenvolvimento, governos e setor público foram, muitas vezes, os pioneiros. Como uma extensão do apoio à agricultura que os governos podem oferecer, incluindo a garantia de preços mínimos para *commodities* agrícolas, refinanciamento, serviços de extensão e subsídios para insumos, o seguro cobrindo riscos inerentes de produção agrícola é um método complementar para dar impulso à produção agrícola e ao bem-estar econômico de famílias rurais.

A Índia, que detém a maior quantidade de animais do mundo e possui um dos maiores programas de seguro com apoio do governo para agricultura no mundo em desenvolvimento, vem oferecendo vários programas de seguro de animais desde 1971, quando bancos nacionalizados, por intermédio da Agência de Desenvolvimento do Pequeno Agricultor, começaram a financiar a compra de cabeças de gado e ofereceram seguro compulsório para proteger seus empréstimos (Sharma, 2010). A Tabela 12.2 descreve os vários programas iniciados pelo Governo da Índia desde então.

Tabela 12.2 **Eventos cronológicos na história do seguro na Índia**

Ano	*Agência/programa de implementação*	*Observação*
1971	"Programa de Seguro de Gado" pela Agência de Desenvolvimento de Pequenos Agricultores	Bancos nacionalizados começam a financiar a compra de cabeças de gado e concordam em cobrar prêmios dos beneficiários. A cobertura era por um ano e o prêmio cobrado anualmente.
1983	"Apólice e Seguro de Gado" no Programa de Desenvolvimento Rural Integrado (IRDP)	Seguro de animais e ativos era estendido para o pobre junto com os empréstimos subsidiados pelo IRDP (50 por cento de subsídio). Produto compulsório com empréstimo. O valor do prêmio era 2,25 por cento (morte) + 0,85 por cento para invalidez total e permanente, e o produto não tinha idade limite para o gado.
1983	Seguro de pecuária sob acordos de mercado	Produto voluntário e sem subsídio. Para animais não cobertos pelo IRDP. Prêmio: 2,85 a 4,00 por cento. Idade especificada: dois a oito anos para vaca leiteira, três a oito anos para búfalo.
2006	"Programa de Seguro de Animais" implementado pelos Conselhos Estaduais de Desenvolvimento da Pecuária e pelos Departamentos Estaduais de Criação de Gado	O prêmio de seguro é subsidiado em 50 por cento. A competição aumentou entre *players* públicos e particulares; o prêmio não ultrapassa 4,5 por cento das apólices anuais e 12 por cento das apólices trianuais.

Uma semelhança marcante entre esses programas é que mesmo que os *players* privados tenham subscrito o risco e fornecido os serviços de agência e distribuição, o Governo da Índia subsidiou esses esforços, principalmente pagando 50 por cento ou mais do prêmio de mercado. Apesar disso, a aceitação dos produtos foi relativamente baixa, com menos de 8 por cento do total de cabeças de gado seguráveis cobertas (indiastat.com, 2010). Entre as razões citadas para tal desempenho estão a má implementação e a distribuição limitada, a incapacidade ou a falta de disposição de pagar e o conhecimento limitado do produto.

Este padrão de apoio do governo se reflete em outros países em desenvolvimento com programas de seguro de animais. Na Eritreia, a Corporação Nacional de Seguros da Eritreia (NICE), fundada em 1993, oferece uma gama de produtos de seguros subsidiados que vão desde o seguro saúde e de acidentes dos ativos até várias apólices agrícolas, incluindo perdas com animais (Mohammed e Ortmann, 2005). A apólice de seguro de animais da NICE, limitada a gado leiteiro, indeniza o segurado por

morte devido a acidentes, doenças, enfermidades e epidemias. Com um subsídio de prêmio em 4 por cento do valor de uma vaca, a indenização é limitada a 75 por cento da importância segurada.

Apesar do alto valor dos ativos em gados na Eritreia e os consideráveis riscos de mortalidade enfrentados, quase 10 anos depois que o produto foi oferecido, apenas 4,4 por cento dos produtores de leite têm usado seus serviços (Mobae, 2002). Estudos indicam que essa baixa demanda se deve à cobertura ruim da NICE, à falta de conhecimento do produto por parte do agricultor e a um produto adaptado de forma ineficaz (Mohammed e Ortmann, 2005).

Na República Islâmica do Irã, onde a agricultura é responsável por um quarto do PIB nacional e 85 por cento da força de trabalho agrícola é empregada na produção de gado (Naeemi Nezam Abadi, 1999), o seguro de animais é oferecido por intermédio do Banco da Agricultura estatal. Embora o produto seja subsidiado e clientes-alvo reclamem forte demanda por seguro de animais, a aceitação foi bastante fraca (Chizari et al., 2003). O custo e as condições desfavoráveis da apólice, bem como os pagamentos de sinistros lentos e incertos, foram apontados como sendo a causa do nível de aceitação ruim (Chizari et al., 2003).

O Vietnã teve uma experiência mais variada e abrangente com o seguro de animais do que a Eritreia e o Irã, porque o papel do Estado foi mais marcante e o seguro de animais foi oferecido como um produto isolado. No Vietnã, bem como na Índia, a lógica por trás do seguro de animais é conduzida pela demanda por crédito para compra de cabeças de gado. Sessenta por cento das famílias aceitam empréstimos atualmente para a produção de gado, e 54 por cento de todos os empréstimos formais em áreas rurais do norte, centro e sul do Vietnã são para a pecuária (Dufhues et al., 2004; Duong e Izumida, 2002). Desse modo, existe uma necessidade comprovada de seguro de animais para proteger os credores do risco de inadimplência.

Dufhues et al. (2004) investigaram as limitações e potencialidades dos programas de seguro de animais no Vietnã ao se depararem com quatro tipos diferentes de provedores de seguro: um produto de seguro associado a crédito em uma empresa estatal; um produto de seguro associado a crédito oferecido por meio de um projeto de desenvolvimento; um contrato de seguro puro de animais oferecido por uma empresa estatal; e, finalmente, uma companhia de seguros privada. Tais esforços enfrentaram vários desafios, incluindo a falência da empresa estatal oferecendo contratos puros de mortalidade de animais, grandes sinistros enfrentados pela empresa estatal e o projeto de desenvolvimento oferecendo produtos associados a crédito. Dufhues et al. (2004) concluíram que a falta de dados disponíveis sobre mortalidade para determinar os prêmios com exatidão, bem como a pressão política para fixar prêmios baixos, foram os maiores problemas enfrentados no desenvolvimento de um mercado de seguro de animais sustentável para pequenos produtores no Vietnã.

O progresso feito no Vietnã, no entanto, é promissor. A iniciativa privada, estritamente comercial, foi impulsionada pela Groupama, uma das companhias líderes em vários ramos de seguro da Europa com grande ênfase no seguro agrícola no mundo.

Em setembro de 2002, a Groupama começou a oferecer o seguro de pecuária no Vietnã. Após os primeiros dos vários anos em que a Groupama apresentou reclamações de sinistros desse produto, a empresa ampliou sua infraestrutura de extensão, abriu mais lojas veterinárias para ajudar em monitoramento e verificação, realizou exercícios de coleta de dados para melhorar seu conhecimento dos riscos e revisou as condições de seu produto.

Experimentos similares foram realizados pela BASIX e IFFCO-Tokio na Índia. A implementação bem-sucedida do produto da BASIX tem levado constantemente a um nível mais baixo de mortalidade e morbidade na área e seguro de animais mais difundido *(Caixa de Texto 12.1)*. Os resultados preliminares do produto orientado pela tecnologia da seguradora IFFCO-Tokio, da Índia, dão esperanças de que o seguro de animais pode ser comercialmente viável (*ver Caixa de Texto 12.2)*.

Caixa de Texto 12.1

Estratégia de gerenciamento de risco em pecuária da Basix, Índia

A BASIX, uma instituição de promoção de subsistência, oferece uma gama completa de serviços financeiros e não financeiros para ajudar famílias pobres. Associado à assistência veterinária preventiva, seu produto de seguro de animais subscrito pela Royal Sundaram cobria 26.129 animais em 31 de março de 2008. Uma das principais inovações em processo foi que a certificação de valor e saúde animal foi delegada ao pessoal de campo da BASIX. Isso reduziu os custos de operação, uma vez que os veterinários não estavam envolvidos e foi possível oferecer o produto a um preço baixo. A falta de conhecimento técnico foi superada com treinamento de pessoal. Foi também levantada a hipótese de que mesmo se o pessoal da BASIX cometesse alguns erros, os benefícios dessa solução superariam os custos, os quais foram gerados anteriormente por serviços veterinários de baixa qualidade e propensos à fraude.

Para reduzir o risco de mortalidade, o pessoal de campo fornece serviços veterinários preventivos para os segurados. Outras características de produto incluíam uma carência de 10 dias a partir da data de identificação, 100 por cento de importância segurada, subscrição por companhia de seguros com base na apresentação de dados eletrônicos pela BASIX e um desconto nos prêmios para vários animais (cinco por cento para dois animais, 10 por cento para três ou mais animais). Tais características reforçaram a proposta de valor para os agricultores e reduziram o risco de fraude e o risco moral.

Fonte: Adaptado de BASIX, 2011.

Antes de apresentar algumas das inovações em processos e apólices que podem desencadear a promessa de seguro de animais, a próxima seção descreve em maiores detalhes algumas das dificuldades que devem ser superadas.

12.3 Dificuldades no fornecimento do seguro de animais

O seguro de animais é um segmento relativamente pequeno do mercado, que responde por 4 por cento do total de prêmios de seguro agrícola emitidos em todo o mundo (Iturrioz, 2009). Observações indicam o enorme potencial, mas uma penetração muito baixa deste mercado, o que implica que o seguro de animais ou é muito caro ou não é desenvolvido para atender às necessidades específicas da clientela-alvo. Esses problemas – alto custo de prêmios ou produtos mal desenvolvidos – são o resultado de uma série de obstáculos na cadeia de suprimento.

Como muitos outros produtos de seguro, o seguro de animais é afetado por dois problemas, risco moral e seleção adversa, que se baseiam em informações assimétricas entre seguradora e segurado. Técnicas de identificação ineficazes, métodos de averiguação de sinistros dispendiosos e falta de uma avaliação padrão facilitam a fraude desenfreada na indústria de forma considerável. Em algumas partes da Índia, as seguradoras temem que uma parcela substancial de sinistros do seguro de animais seja fraudulenta, conforme indicado pela alta taxa de mortalidade em áreas seguradas (Sharma, 2010). Para reduzir os sinistros em face de risco moral e seleção adversa, as seguradoras recorrem a controles mais rígidos que não apenas aumentam os custos de prêmios, como também dificultam o cumprimento de tais controles, desestimulando, assim, a aceitação. Há uma grande necessidade de melhorar os processos de averiguação e monitoramento com a finalidade de quebrar o ciclo de perpetuação da fraude e baixa aceitação.

O seguro de animais, particularmente aqueles produtos destinados a populações de pequenos agricultores em áreas rurais, é considerado um produto cuja operação é difícil pelas razões a seguir:

- **Acompanhamento e averiguação:** Para combater sinistros fraudulentos, as seguradoras devem nomear seu próprio veterinário, ou outro agente em questão, para identificação, avaliação e cálculo do risco. A averiguação de um sinistro em áreas rurais remotas para 1 a 2 animais segurados é um custo de operação considerável em relação ao fluxo de renda, subtraído do cliente em particular.
- **Avaliação de animais:** O valor dos animais está intimamente correlacionado à sua idade, saúde e capacidade de produção. Devido à variedade de raças em diferentes regiões geográficas com diferentes padrões de alimentação, as seguradoras têm dificuldades de fazer uma avaliação correta e, portanto, relutam para entrar neste mercado.
- **Identificação de animais:** As seguradoras, obviamente, precisam conhecer os animais que estão segurando; no entanto, técnicas de identificação ruins aumentam substancialmente o problema de risco moral e, consequentemente, afetam a precificação dos produtos.
- **Alto custo operacional:** Os processos operacionais associados à emissão de apólices e liquidação de sinistros podem ser trabalhosos e, portanto, caros.
- **Alta incidência de sinistros fraudulentos:** Práticas fraudulentas são desmedidas no seguro de animais devido aos métodos de identificação frágeis.

- **Ausência de precificação atuarial:** É difícil elaborar um desenho eficaz em um ambiente no qual faltam dados para trabalhar com hipóteses de probabilidade credíveis e precificar produtos de seguro de forma adequada. Consequentemente, a subscrição se torna difícil quando o segurado é incapaz de revelar ou não revela tanto a condição de saúde quanto a história correta dos animais.
- **Sistemas complementares para redução de risco:** A maioria dos serviços de apoio aos animais, tais como inseminação artificial ou monta natural, vacinação e desvermifugação, é sensível ao tempo. Instituições governamentais nem sempre são capazes de entregar a tempo em face das limitações financeiras e burocráticas. Embora o governo compreenda que existe uma necessidade urgente de melhorar os setores leiteiro e de criação de gado, os esforços podem ser tão diluídos que os efeitos positivos desejados não são alcançados. Por isso, muitos obstáculos permanecem sem ser desafiados, provavelmente devido à natureza pública das intervenções em saúde animal.

Embora os obstáculos em termos de oferta representem os maiores impedimentos para um mercado de seguro de animais sustentável, as recomendações sobre demanda também devem ser levadas em consideração. Os desafios em termos de demanda por seguro de animais não são muito diferentes daqueles para os outros produtos de seguro. A incapacidade ou a falta de disposição para pagar, juntamente com um conhecimento limitado do produto, impedem o crescimento do seguro de animais.

12.4 Catalisar o mercado: Inovações para tornar o seguro de animais viável

Apesar desses desafios significativos para alcançar viabilidade e escala, algumas inovações estão surgindo, permitindo que os obstáculos sejam contornados. Conforme explicado a seguir, alguns desenvolvimentos recentes em desenho de produto, métodos de identificação, processos operacionais, modelos institucionais, tecnologia e subsídios podem servir de base para a expansão do seguro de animais viável.

Ampliação da cobertura de risco do produto

Há uma necessidade de coberturas mais compreensivas para animais. A maioria dos produtos de animais cobre mortalidade e suas várias causas; entretanto, o seguro pode ser mais atraente se cobrir mais do que risco de morte e tentar mudar para "cobertura de produtividade". A produtividade (por exemplo, taxas de lactação ou frequência com que o animal procria) pode ser afetada por doenças, fatores climáticos extremos e por outros fatores que levem a choques consideráveis na renda do pobre. Embora cobrir um risco maior signifique prêmios maiores e, portanto, uma demanda menor de famílias com liquidez limitada, os prêmios para esses produtos podem ser mais atraentes em uma combinação com estratégias de redução de riscos para conter o risco global e ajudar as famílias a se beneficiarem do sistema.

Métodos de identificação aperfeiçoados

Vários métodos de identificação foram testados no mercado com trade-offs interessantes entre custos e eficácia (*ver Tabela 12.3*). Conforme demonstrado pelos exemplos da IFFCO-Tokio (*ver Caixa de Texto 12.2*), a rápida melhora em tecnologia para identificação e acompanhamento de animais pode ajudar a superar uma das maiores dificuldades do seguro de animais. A identificação por radiofrequência (RFID) não apenas facilita a identificação como tem também outras aplicações importantes, como, por exemplo, a capacidade para obter e armazenar dados convenientes com facilidade. Uma vez que a tecnologia RFID tenha possibilitado a coleta de dados suficientes para serem produzidos e registrados, será mais fácil implementar medidas de redução de risco e acompanhar doenças do que foi no passado. Tecnologias que podem ajudar a identificar e acompanhar as características fisiológicas dos animais precisam ser analisadas, de modo que seus custos e benefícios possam ser avaliados. Com o tempo, a redução em custos, uma maior eficiência e a capacidade na prestação de informações dos sistemas de identificação e acompanhamento de animais baseados em tecnologia, a despesa de monitoramento e a incidência de fraude diminuirão. Isso deve permitir uma redução considerável em prêmios.

Tabela 12.3 **Comparação de diferentes técnicas de identificação de animais**

Padrão/estratégia	*Distância para leitura*	*Fácil de ler*	*Fixação*	*Aplicação*	*Custo*
Etiqueta de metal	Polegadas	Varia	Ruim	Fácil	<US$0.01
Marca a fogo	Pés	Boa (enquanto ainda visível)	Desbota com o tempo	Difícil	Barato
Tatuagem	Poucos metros	Ruim	Desbota com o tempo	Difícil	Barato
Brinco	Pés	Difícil	Duradoura	Difícil	Barato
Padrão de cor	Metros	Difícil	Duradoura	n.a.	Barato
Código de barra	Polegadas	Varia	Boa a moderada	Fácil	Barato
RFID (implantado)	Polegadas até pés	Fácil	Boa a moderada	Levemente difícil	US$1 a US$4 (depende da quantidade)
RFID (externo)	Polegadas até pés	Fácil	Boa a moderada	Fácil	US$1 a US$4 (depende da quantidade)
Teste de DNA	n.a.	Teste de laboratório	Vitalícia	Teste demorado	Muito caro
Imagem da retina	Polegadas até pés	Fácil	Vitalícia	Instalação de equipamento	Não utilizado amplamente
Identificação do focinho	Polegadas	Requer experiência	Boa	Precauções para obter a imagem do focinho	Ainda em fase experimental

Fonte: Adaptado de Comparison of animal identification devices and numbering systems, 2010.

Processos aperfeiçoados

Tanto os exemplos da BASIX quanto da IFFCO-Tokio descritos neste capítulo enfatizam a importância de redefinir a participação de veterinários nos processos de seguro de animais. Há um alto risco de conivência entre veterinários e agricultores e até mesmo outros intermediários envolvidos na cadeia de valor, como, por exemplo, credores. Portanto, ambos os esquemas empregam seus próprios veterinários e usam seu pessoal da linha de frente para assumir algumas das tarefas veterinárias.

Caixa de Texto 12.2

Melhorar a viabilidade do seguro de animais na IFFCO-Tokio

A IFFCO-Tokio está testando um modelo de seguro de animais para reduzir a fraude utilizando um dispositivo de identificação baseado na tecnologia RFID. No período de agosto de 2008 a março de 2010, quase 15.000 cabeças de gado foram seguradas. Embora o projeto ainda esteja em fase piloto, o coeficiente de sinistro mais baixo (42 por cento), o que é menor do que um quinto do coeficiente de sinistros das identificações feitas na orelha, indica que a nova tecnologia está funcionando.

Talvez ainda mais importante do que a tecnologia seja a mudança no processo que a IFFCO-Tokio iniciou em função da tecnologia. A IFFCO-Tokio agora supervisiona a marcação de cada novo animal, reduzindo a possibilidade de reclamações de sinistros serem abertas para animais sem seguro. Há, ainda, uma resistência visível em relação à nova tecnologia por parte de funcionários do banco e de veterinários, uma vez que não há mais possibilidade de eles apresentarem reclamações de sinistros fraudulentas. Diferentemente das preocupações anteriores, o produto de gado orientado por RFID é bem aceito pelos clientes. Em geral, os proprietários de cabeças de gado aceitam a nova tecnologia, visto que os processos de registro e solicitação são claros, e a tecnologia não aumenta o estresse para o gado. Alguns até já indicaram que preferem RFID à identificação externa porque protege sua privacidade, uma vez que os vizinhos ficam sem saber que eles receberam um empréstimo para comprar o animal.

Fonte: Adaptado da Facility Inovação em Microsseguros Innovation da OIT, 2011a.

Seguro com base em indicadores

O seguro com base em indicadores é uma inovação promissora que ganhou atenção na última década e deu origem a muitos produtos pilotos no mundo inteiro *(ver Capítulo 11)*. Os produtos de seguro com base em indicadores podem ser particularmente relevantes, tendo em vista a exposição crescente das famílias de baixa renda aos riscos relacionados a condições meteorológicas *(ver Capítulo 4)*. A criação de mercados de seguro para eventos que podem ser calculados com precisão e associados a um índice bem especificado está cada vez mais sendo defendida como uma forma de disponibilizar os benefícios de seguro para o pobre (Banco Mundial, 2005; Skees, 2008; Hazell et al., 2010).

Embora normalmente associado ao seguro agrícola, o seguro com base em indicadores também pode ser relevante para a cobertura de animais *(ver Tabela 12.4)*. Essa tecnologia reduz de forma acentuada os custos de operação e, portanto, pode ajudar a tornar um produto rentável. O seguro com base em indicadores também ajuda a reduzir o problema de risco moral e seleção adversa. No entanto, tudo isso vem à custa do risco de base, por meio do qual pode haver uma discrepância entre o pagamento do seguro e as perdas reais do agricultor.

Tabela 12.4 **Experimentos de seguro com base em indicadores para seguro de animais**

País	*Programa ou tipo de seguro*	*Características importantes*	*Prestador de serviço*
Mongólia	Cobertura de morte	Produto com base em indicadores para população migrante durante invernos rigorosos a taxas de mortalidade históricas	Estratificação de risco por criadores de gado, seguradoras e governo
Quênia	Cobertura de eventos catastróficos como seca, que influenciam a forragem	Produto com base em indicadores contra seca e outros fenômenos climáticos utilizando o NDVI	Piloto por seguradoras privadas com o apoio do International Livestock Research Institute

A Mongólia foi a primeira a adotar um produto de seguro com base em indicadores em pecuária que cobria perdas substanciais devido a invernos extremos *(ver Caixa de Texto 12.3)*. Em janeiro de 2010, o segundo produto de seguro de animais com base em indicadores foi lançado no distrito de Marsabit, no norte do Quênia, e foi destinado a fornecer cobertura de seguro para cobrir mortalidade de animais devido a uma escassez prolongada de forragem (Mude et al., 2010). O índice de Marsabit é derivado de uma série de índices de vegetação por diferença normalizada (NDVI) baseados em satélite, que resume as condições da disponibilidade de forragem para pastagem. Mais de 1.000 cabeças de gado foram seguradas durante o período até maio de 2011.

Ambos os projetos ainda estão em fase experimental e precisam de uma série de dados para fundamentar as histórias de sucesso. Ademais, o seguro de animais com base em indicadores pode ser eficaz em zonas semiáridas, mas sua aplicação em áreas com produção agrícola mais complexa, de várias atividades, pode não ser possível. A eficácia desta solução ainda está em aberto se nenhum subsídio for recebido do Governo.

Modelo baseado na comunidade

Embora existam poucas experiências no mundo para testar e verificar modelos baseados na comunidade para animais, seu benefício potencial não pode ser negligenciado. O Livestock Protection Scheme (LPS) em operação em Andhra Pradesh, na Índia, é um exemplo. O programa foi bem-sucedido na redução de fraude por meio de fiscalização e vigilância da comunidade (Sharma e Shukla, 2010). O programa

foi administrado para manter baixos os custos totais de entrega e teve um alcance significativo *(ver Tabela 12.5)*. Monitorar de perto com um controle severo da comunidade resultou em redução de fraude, ajudou a construir a confiança entre membros da comunidade e foi fundamental para aumentar as adesões. No entanto, o programa é autossegurado, o que pode vir a ser um problema caso a mortalidade aumente e, como é o caso de muitos programas baseados na comunidade, pode incorrer em problemas de governança ao alcançar uma escala maior.

Caixa de Texto 12.3

Cobertura de animais baseada em indicadores na Mongólia

Em 2005, o Banco Mundial foi convidado a ajudar o Governo da Mongólia, com um programa de seguro de animais. Como era óbvio que seria impossível implementar um programa tradicional que realizasse uma avaliação de sinistro de animais no vasto espaço da Mongólia em condições de inverno rigoroso, buscaram-se métodos alternativos para medir tais sinistros. Todo mês de dezembro, desde o início de 1920, a Mongólia realiza um censo de animais, fornecendo estimativas de taxas de mortalidade de animais por espécie e por *soum* (distritos rurais). Foi, então, proposto que se utilizassem esses dados como base de prêmios para um novo programa de seguro. Formuladores de políticas e outras partes interessadas entenderam que prêmios com base nas taxas de mortalidade nos *soum* manteriam os incentivos a fim de que os criadores de gado trabalhassem duro para salvar seus animais em situações de inverno rigoroso.

O objetivo do seguro de animais baseado em indicadores (IBLI) é garantir cobertura para eventos catastróficos de mortalidade de animais em uma região, reconhecendo que riscos menores, individuais, de mortalidade de animais, são mais bem abordados por meio de estratégias adequadas de gerenciamento de risco em termos de família. O piloto do IBLI envolve uma parceria público-privada com um produto de seguro comercial, o Base Insurance Product (BIP) e um Disaster Response Product (DRP), para compensar os criadores de gado na ocorrência de grandes sinistros de animais. O BIP paga quando as taxas de mortalidade de animais no *soum* ultrapassam 6 por cento. Sinistros superiores a 30 por cento são geridos pelo DRP e, atualmente, são pagos com um empréstimo contingente do Banco Mundial, com a intenção de que serão financiados pelo Governo da Mongólia após o término do piloto. Dessa forma, a exposição comercial (BIP) para a camada se dá na faixa compreendida entre 6 e 30 por cento de mortalidade e o componente social (DRP) quando as perdas são superiores a 30 por cento de mortalidade. Os criadores de gado podem decidir sobre sua importância segurada com base em um valor agregado de todos os seus animais para as espécies específicas. Normalmente, os criadores de gado estão segurando cerca de 30 por cento do valor estimado de seus animais.

Em geral, o IBLI tem ultrapassado as metas de desempenho que foram desenvolvidas quando o projeto teve início. Quatro companhias de seguros estão participando atualmente. Em 2006, 2.400 apólices foram vendidas, mais de 3.700 apólices foram vendidas em 2007 e 4.100 apólices foram vendidas em 2008, o que representa 14

por cento dos criadores de gado nas províncias pilotos. Em 2008, após grandes sinistros de animais, US$340,000 foram pagos a 1.783 criadores de gado. Todos os programas de financiamento funcionaram conforme o planejado; um pequeno valor foi retirado da *facility* de dívida contingente. Os credores ofereceram taxas de juros menores e melhores condições para os empréstimos aos criadores de gado segurados, e o Departamento Nacional de Estatísticas implementou com sucesso um censo no meio do ano para facilitar os pagamentos dentro do prazo, visto que a maioria dos sinistros ocorre nos primeiros cinco meses do ano.

Fonte: Adaptado de GlobalAgRisk, 2009.

Tabela 12.5 **Parâmetros de desempenho do LPS, Andhra Pradesh, Índia**

	2006 a 2007	*2007 a 2008*	*2008 a 2009*	*2009 a 2010*
Adesão	3.519	4.756	48.675	90.035
Reclamações de sinistros recebidas	96	120	327	–
Percentual de sinistros	2,73	2,52	0,67	–

Fonte: LPS, DRDA, Governo do Estado de Andhra Pradesh, Índia, 2011.

Subsídios inteligentes

Como os custos de operação são altos e a capacidade de pagar é baixa, os governos podem precisar intervir para catalisar o seguro de animais. Isso é feito frequentemente com a oferta de subsídios abrangentes para companhias de seguros estatais ou mesmo na forma de prêmios com desconto pagos a seguradoras privadas. Embora um forte argumento possa ser apresentado para a necessidade de subsídios em apoio a novas ideias que venham a resultar em ganhos no bem-estar social, sua aplicação, muitas vezes, tem sido *ad hoc*, desencorajando incentivos para inovação, e tem sido responsabilizada pelas muitas tentativas fracassadas de fornecer seguro de animais. Além disso, conforme mencionado anteriormente, vários programas de governo demonstraram que os subsídios diretos não ajudaram a aumentar a cobertura, e sim estão levando à estagnação em desenvolvimento de produtos.

Há um forte argumento para subsídios "inteligentes" bem orientados que podem acelerar o desenvolvimento de seguro de animais baseado nos princípios de um mercado competitivo:

– **Em termos de produtor/agricultor:** Subsídios podem ser utilizados como descontos em prêmio para criadores de gado que praticam agricultura para reduzir risco. Isso ajudará a atingir os objetivos de recomendação de boas práticas para reduzir

risco, recompensando aqueles que as realizam com descontos e reduzindo os prêmios totais, minimizando a exposição real ao risco.

– **Em termos de intermediário:** Quando os agregadores ajudam a compartilhar riscos e reduzir custos de operação, os subsídios podem ser na forma de custos fixos para estabelecer o processo de negócios necessário. Intermediários também podem ser incentivados a fornecer dados ou outros serviços que possam ajudar as seguradoras a operar de forma mais eficiente a um custo menor.
– **Em termos de seguradoras:** Subsídios no prêmio podem ser dados às companhias de seguros, mas elas devem tentar alcançar esses subsídios regularmente em um programa aberto e transparente que permita a entrada de novos concorrentes. A oferta de subsídios em prêmio também pode vir com condições que as companhias de seguros devem respeitar, como, por exemplo, contratos de desempenho, com a finalidade de manter o negócio.

A oferta de subsídios pode reduzir prêmios, estimular a demanda e melhorar a inovação no desenho de contrato, aumentando a informação, reduzindo os prejuízos devido à fraude e permitindo a concessão de descontos no prêmio para clientes que tomem outras medidas de redução de risco. Entretanto, conforme o estudo de caso da PICC revela *(Caixa de Texto 12.4)*, mesmo que os subsídios possam tornar o produto mais viável financeiramente, podem não ser suficientes para estimular sua demanda.

Caixa de Texto 12.4

Pagar o prêmio depois do vencimento?

A PICC, uma seguradora estatal na China, em cooperação com os serviços de extensão agrícola do Governo, está desenvolvendo um produto de seguro voluntário para suínos desde 2005 na província de Sichuam. O governo local paga um subsídio de 40 por cento do prêmio, que é fixado a uma taxa financeiramente viável de RMB10 (US$1.50) por animal. A demanda por seguro continua baixa mesmo quando os prêmios contam com subsídios altos. As vendas estagnaram em 200.000 porcos cobertos anualmente ou 20 a 25 por cento do mercado total.

Restrições em liquidez e uma falta de confiança nas seguradoras têm um importante papel na baixa aceitação do microsseguro. Para superar esse problema, os pesquisadores do International Centre for Agricultural and Rural Development (ICARD), localizado em Pequim, e do International Food Policy Research Institute, localizado nos EUA, estão testando um acordo de cobrança de prêmio alternativa pelo qual os agricultores poderão adiar o pagamento até o final da sua vigência segurada. Os agricultores que aderiram ao programa piloto em 2011 receberam um vale que os identificou como tendo a cobertura de seguro de suínos. Esse acordo permite que os agricultores se beneficiem do seguro a despeito da questão da confiança e das restrições em liquidez que eles enfrentam. Estima-se que a inadimplência no pagamento de prêmio seja limitada pela elegibilidade para ter acesso ao seguro na vigência seguinte, assim como pelo envolvimento dos serviços de extensão do governo no programa.

Fonte: Adaptado da Facility Inovação em Microsseguro da OIT, 2011C.

12.5 Conclusão

A produção de animais oferece uma saída confiável da pobreza para muitos criadores de gado de pequenas propriedades agrícolas. Entretanto, para que eles participem efetivamente da revolução na pecuária e dos benefícios esperados, eles devem ter acesso a métodos de gerenciamento dos vários riscos envolvidos na criação e comercialização de animais.

O seguro de animais tem o potencial de ajudar muitos criadores de animais a administrar os riscos de produção que eles enfrentam. A despeito de sua promessa, todavia, a implementação do seguro de animais impõe alguns desafios. A oferta de seguro de animais é prejudicada pelos desafios na identificação e no acompanhamento dos animais segurados e no custo substancial de vender para pequenos agricultores em áreas remotas. Isso, naturalmente, gera desincentivos para o desenvolvimento de apólices inteligentes. Catalisar oferta exigiria fazer uso de inovações em novas tecnologias de informação para reduzir fraude e o custo de entrega. É importante ressaltar que, no mercado atual injusto, a demanda também continua sendo um grande problema devido à falta de conhecimento e à falta de disposição de pagar o prêmio.

Soluções podem ser desenvolvidas para melhorar os mercados de seguro de animais em todo o mundo. Definitivamente, vale a pena continuar a explorar a aplicação de modelos de seguro de animais baseado em indicadores e baseado na comunidade. Melhores estratégias de marketing e agentes de vendas de seguro motivados para vender produtos de seguro de animais com certeza ajudarão a impulsionar a demanda. Novas tecnologias, como, por exemplo, RFID e NDVI, estão sendo testadas. Por fim, o setor de seguro de animais pode objetivar criar sólidos sistemas de gerenciamento em pecuária. Sistemas de redução de risco e transferência de risco devem estar integrados, de modo que o desempenho geral do setor de pecuária possa ser aperfeiçoado.

A despeito das falhas iniciais no fornecimento do seguro de animais, um ambiente institucional e infraestrutural mais favorável, aperfeiçoamentos tecnológicos no desenho e na entrega, e demanda crescente, sem mencionar as ideias obtidas com os primeiros experimentos, oferecem esperança para um seguro de animais comercialmente viável e de melhor bem-estar. Mesmo nos casos em que subsídios possam ser necessários, a justificativa para seguro de animais subsidiado na forma de uma rede de garantia produtiva para facilitar a entrada do pobre na produção e no mercado de animais pode ser convincente.

V Seguro e o mercado de baixa renda

13 A psicologia do microsseguro: Pequenas mudanças podem fazer uma enorme diferença

Aparna Dalal e Jonathan Morduch

Os autores contaram com a contribuição de Catherine Burns e Jonathan Bauchet; sua pesquisa e seus registros contribuíram para este capítulo. Os autores receberam comentários úteis de: Jeremy Leach (Hollard), Denis Garand (DGA), Job Harms (Universidade Livre de Amsterdã), Karlijn Morsink (Universidade de Twente) e de um revisor anônimo. Finalmente, os autores agradecem os recursos oferecidos pela AIG e Bill & Melinda Gates Foundation por intermédio da Iniciativa em Acesso Financeiro.

Qualquer pessoa que tenha lutado para cumprir um prazo, fazer uma dieta ou economizar para uma grande compra sabe o quão difícil pode ser traduzir intenções em ações. Muitos de nós lutamos quando a tentação está perto, os problemas de amanhã parecem distantes e as escolhas são complexas. Estas realidades guiam o campo da economia comportamental, o ramo de pesquisa que abrange lições de psicologia e economia para enriquecer o entendimento sobre como as pessoas tomam decisões.[1]

Ideias da economia comportamental estão transformando o entendimento sobre tomadas de decisões financeiras. Uma lição importante é que pequenas mudanças no desenho de produtos e marketing às vezes podem fazer uma enorme diferença sobre como e se os produtos financeiros são usados.

O presente capítulo aborda ideias e resultados da economia comportamental da pesquisa de laboratório e de campo para descrever novas inspirações sobre de que forma as famílias pensam a respeito de perdas e ganhos, pesam trade-offs presentes e futuros, lidam com autocontrole e são influenciadas pela forma como as escolhas são feitas. Essas inspirações podem ajudar as seguradoras a melhorar desenho de produto, marketing, educação em seguros, precificação e aceitação. Este capítulo articula possibilidades e descreve exemplos, a partir do microsseguro e de contextos mais amplos, a fim de demonstrar formas práticas em que ideias comportamentais podem ser implantadas para ampliar o acesso ao seguro.

13.1 Pequenas mudanças podem fazer uma enorme diferença

O setor de microsseguros cresceu nos últimos anos, porém os desafios significativos em termos de oferta e procura permanecem. Os prestadores de serviços estão buscando meios de reduzir custos de operação, desenvolver canais de distribuição adequados, adotar novas tecnologias e melhorar estruturas organizacionais. Esses prestadores também percebem que aumentar a demanda e criar uma cultura

[1] Para uma introdução direta em economia comportamental, ver Thaler e Sunstein (2008); para perspectivas críticas, ver Rubinstein (2006) e Güth (2007).

de seguro em comunidades vulneráveis exigirá mudanças de atitudes e crenças, o que pode ser um processo lento *(ver Capítulo 14)*.

Este capítulo é uma discussão sobre mudanças mais simples, pequenos ajustes que seguradoras e canais de distribuição podem fazer e que podem ter um impacto significativo sobre como as pessoas entendem o seguro, se compram seguro e como usam os produtos de seguro.

Para influenciar as decisões, as organizações devem: 1) saber como as decisões são tomadas; 2) compreender o contexto e as "interpretações" ao abrigo dos quais as famílias pobres agem; e 3) avaliar os fatores que impedem a ação (Mullainathan e Shafir, 2009).

As escolhas que fazemos são uma função tanto das nossas características pessoais quanto dos contextos em que agimos. Tradicionalmente, os economistas não têm dedicado muita atenção ao poder do contexto, mas estão se concentrando nas características internas e pessoais daqueles que tomam decisões. No entanto, a pesquisa experimental revela que fatores situacionais podem influenciar a ação de uma pessoa de importantes maneiras – as pessoas às vezes se comportam de forma muito diferente quando circunstâncias externas são modificadas.

Outra lição importante da economia comportamental é a função da "interpretação". As pessoas nem sempre processam informações e escolhas de uma maneira "objetiva". Em vez disso, as informações são interpretadas, analisadas e processadas com base não na situação real do mundo, mas na nossa representação mental das opções (Mullainathan e Shafir, 2009). Como consequência, a forma como as escolhas são feitas pode importar bastante. Simplesmente fornecer informações não é suficiente – é importante saber como essa informação será processada.

13.2 Estratégias

Esta seção analisa oito ajustes situacionais que podem influenciar o comportamento e explora como a estrutura pode influenciar as decisões das pessoas de comprar e fazer uso do seguro.

13.2.1 Manter a simplicidade

Quando as pessoas tomam decisões, elas avaliam as opções disponíveis e escolhem aquela da qual mais gostam. Economistas há muito acreditavam que pessoas "racionais", então, gostavam de ter opções – quanto mais alternativas para escolher, melhor. Na teoria econômica tradicional, isto é muito importante, mas a economia comportamental oferece uma visão diferente.

Em primeiro lugar, a pesquisa em economia comportamental revelou que aumentar as escolhas pode representar mais do que apenas aumentar as opções; pode mudar a natureza da própria escolha. Isso coloca ênfase na "arquitetura da escolha."

Arquitetura da escolha é o contexto no qual uma decisão é tomada e, principalmente, como as opções são apresentadas ou estruturadas. O foco é sobre quais opções estão disponíveis e, decisivamente, sobre como as opções disponíves são percebidas.

As diferenças em estrutura podem ser sutis, mas são importantes. As opções podem se apresentar isoladamente ou comparadas a qualquer outra coisa, e a natureza e o número de alternativas disponíveis para comparação têm importância.

Considere um exemplo de venda de revistas que tenha paralelos com as seguradoras que vendem uma gama de produtos combinados. Ariely (2009) relata sobre um experimento em que pessoas receberam ofertas de assinatura de revista. Duas listas de opções de assinatura foram apresentadas aos indivíduos. A primeira lista incluía três itens: somente on-line por US$59, somente impressa por US$125 e a combinação de "impressa + on-line" por US$125. A segunda lista incluía dois itens: somente on-line por US$59 e impressa + on-line por US$125. Na primeira lista, a escolha de "somente impressa" é irrelevante, partindo do ponto de vista da teoria econômica tradicional: custa o mesmo que "impressa + on-line", porém a última oferece mais valor. Acontece, no entanto, que a inclusão da opção "irrelevante" influencia seriamente a escolha feita pelos indivíduos: 84 por cento daqueles que foram solicitados a escolher uma opção de assinatura na primeira lista escolheram a opção cara "impressa + on-line"; entretanto, apenas 32 por cento escolheram essa opção na segunda lista. Em outras palavras, a inclusão de um item irrelevante na lista de opções de assinatura aumentou a aceitação do produto caro em mais de 160 por cento.

Não é intenção do exemplo mostrar como manipular os clientes na compra de produtos caros. Ao contrário, o exemplo revela como diferentes combinações de opções podem mudar o foco dos clientes, muitas vezes de forma não intencional. As seguradoras podem testar menus de opções para manter os clientes focados nas opções mais significativas.

Em segundo lugar, novas evidências demonstram que quando as pessoas se deparam com um excesso de opções, podem experimentar sentimentos de conflito e indecisão que acabam levando à procrastinação ou omissão. Este fenômeno, chamado de "sobrecarga de escolha", pode ser um problema real quando se fica no meio das pessoas e das decisões importantes que elas querem ou precisam tomar. A solução não está em eliminar todas as escolhas, mas reconhecer que a oferta de muitas escolhas pode levar à inação, em oposição ao resultado desejado. Em microsseguro, deve se ter em mente que escolhas normais não são simplesmente entre não comprar cobertura de seguro e produtos de microsseguro formais, mas também podem incluir uma série de mecanismos informais que famílias pobres usam para se proteger contra riscos (Collins et al., 2009).

A existência de um efeito de sobrecarga de escolha é apoiada por evidências experimentais. O exemplo mais conhecido é um experimento em um supermercado na Califórnia. Uma seleção de geleias foi apresentada para os clientes degustarem. Entre os consumidores que pararam para provar a geleia, as chances de comprar um vidro da geleia era muito maior quando seis opções eram apresentadas a eles, do que

que quando eles tinham 24 opções de geleias para escolher (Iyengar e Lepper, 2000). A ideia da sobrecarga de escolha foi desafiada (ex.: Scheibehenne, 2008; Greifeneder, 2008), porém a relevância das escolhas financeiras continua merecedora de preocupação. A ideia da sobrecarga de escolha aparece, por exemplo, nas decisões de economizar. Nos Estados Unidos, muitas pessoas podem economizar para aposentadoria, em parte por meio de contas poupança isentas de tributos e disponíveis por intermédio de seu empregador. Ter uma conta como esta, no entanto, pode ser complicado: envolve escolher o percentual de seu salário para poupar e como distribuir o dinheiro poupado entre muitos produtos financeiros com diferentes perfis de risco e retornos. Pesquisadores implementaram um mecanismo chamado Quick Enrolment™, que permite aos empregados abrirem uma conta poupança com alocações de ativos e taxas de contribuição pré-fixados. A escolha é bastante simplificada: resume-se apenas em poupar ou não, omitindo escolhas sobre quanto e como poupar. Como resultado do mecanismo Quick Enrolment™ simplificado, os índices de participação entre novos funcionários de uma empresa existente triplicaram (Choi et al., 2009).

Outro exemplo diz respeito a um experimento de campo randomizado na África do Sul. Bertrand et al. (2010) enviaram cartas por mala direta para antigos clientes de uma entidade de crédito ao consumidor fazendo propaganda de um empréstimo. Eles variaram aleatoriamente diferentes elementos da carta, incluindo taxa de juros anunciada, referência à taxa de juros como especial ou baixa, sugestões de como usar os recursos do empréstimo, uma tabela com simulações de empréstimos grandes ou pequenos e uma comparação com a taxa de juros de um concorrente. Em termos gerais, os autores concluíram que o conteúdo da propaganda teve um efeito significativo sobre a contratação dos empréstimos. Em particular, o número de simulações apresentadas na carta influenciou a decisão das pessoas em solicitar um empréstimo. Mutuários potenciais que receberam uma carta fazendo propaganda de um empréstimo com uma simulação do montante, da taxa de juros e do vencimento eram mais propensos a solicitar empréstimos – não necessariamente com os valores e as taxas anunciados – do que aqueles que receberam cartas com várias simulações. Para o credor, este foi um detalhe pequeno, sem custo, do conteúdo da sua publicidade, mas fez uma grande diferença: o efeito estimado sobre a contratação foi o mesmo de uma redução de 25 por cento na taxa de juros.

Simplicidade também é importante no marketing do microsseguro. Os produtos que oferecem várias opções de cobertura ou características de contratar ou não podem ser tão complicados que os clientes potenciais declinam – mesmo que no papel faça sentido.

13.2.2 Estruturar a perda

Outro aspecto da estrutura é o tipo de mensagem implícita em uma decisão. Opções podem ser apresentadas com uma mensagem positiva: "Aproveite esta oportunidade única na vida" ou uma mensagem negativa: "Não perca esta oportunidade única na vida".

Como exemplo de mensagens positivas e negativas, temos as estruturas de ganhos e perdas. O marketing do seguro pode transmitir a mesma informação básica, chamando a atenção para o benefício positivo da cobertura em face de um evento adverso ou ressaltando a perda incorrida por uma pessoa sem cobertura que enfrenta o mesmo evento. A teoria aponta que a estrutura negativa é mais poderosa do que a estrutura positiva, e há algumas evidências de que as mensagens estruturadas na perda induzem a demanda de forma mais eficaz do que as mensagens estruturadas no ganho (ex.: Ganzach e Karsahi, 1995). Por exemplo, mensagens como "Não perca sua propriedade ou o dinheiro que você economizou, compre seguro para ter cobertura em caso de emergências" podem levar mais pessoas a comprarem seguro do que uma mensagem estruturada de forma positiva, do tipo "Aumente sua paz de espírito, compre seguro para estar coberto em caso de emergências."

A explicação para o poder das estruturas na perda é que invocar perdas potenciais desencadeia "aversão à perda". Aversão à perda está bem documentada na literatura sobre economia comportamental. Uma bateria de evidências experimentais demonstra que a perda percebida associada a dar alguma coisa a mais é maior do que o ganho percebido associado à sua obtenção (Kahneman e Tversky, 1979; Tversky e Kahneman, 1991). O desequilíbrio leva a um "efeito dotal" ou a uma preferência por aquilo que já se tem. Em outras palavras, quando possuímos algo pensamos ter mais valor do que o que outras pessoas possuem.

List (2003) procurou evidências do efeito dotal. Ele selecionou, aleatoriamente, participantes da pesquisa para receber uma caneca, uma barra de chocolate, ambos ou nenhum, e, então, analisou-os sobre suas preferências em relação aos dois itens. Aos participantes que não receberam nada, foi solicitado o que eles gostariam de receber: a caneca ou a barra de chocolate. Em geral, eles não demonstraram uma preferência acentuada por qualquer um desses dois itens comuns, de baixo valor – eles tinham interesse tanto na caneca quanto na barra de chocolate. Os participantes que receberam a caneca ou a barra de chocolate, no entanto, eram muito menos propensos a posteriormente negociar o que eles tinham pelo outro item – eles eram cerca de quatro vezes mais propensos a sair do experimento com o item que receberam inicialmente. O "dotal" importou. Por conseguinte, no caso do seguro, prestadores, muitas vezes, alcançam o sucesso quando enfatizam a perda potencial de bens existentes.

13.2.3 Facilitar o autocontrole

O seguro, assim como a poupança, pode ser visto como um investimento que rende fluxos de caixa futuros. Em um mundo perfeitamente racional, as famílias consideram suas necessidades presentes e futuras e, de forma otimizada, equilibram o consumo atual poupando e investindo para o futuro. No entanto, este não é o caso. A tentação de gastar nosso dinheiro já muitas vezes fica entre nós e nossos objetivos de investimentos mais estratégicos.

A economia comportamental oferece uma explicação para problemas de autocontrole e tentação. A noção de "inconsistência temporal" produz uma das percepções mais importantes de campo para a tomada de decisões financeiras. A inconsistência temporal capta situações nas quais as pessoas têm preferências em diferentes pontos no tempo que conflitam entre si. Por exemplo, dados experimentais revelam que algumas pessoas são particularmente impacientes no que diz respeito a atender às suas necessidades presentes. Portanto, mesmo se essas pessoas valorizarem de verdade economizar regularmente no futuro, este plano será difícil de sustentar uma vez que, conforme o tempo passa, o futuro se torna presente e a preferência para consumir prevalecerá. Se tiverem a oportunidade, algumas pessoas mudarão suas ideias sobre poupança. A tensão, às vezes, é chamada de "tendência de presente" e pode reduzir, igualmente, a demanda por seguro.

Problemas de autocontrole, por exemplo, tornam difícil reunir as somas necessárias para pagar adiantado prêmios de valores altos. De fato, a proporção dos prêmios é frequentemente mencionada como um obstáculo na compra de seguro. Uma maneira de acomodar problemas de autocontrole é, portanto, tornar mais fácil o pagamento dos prêmios de seguro, permitindo que os clientes paguem em pequenas prestações, e não insistindo em um único pagamento de valor alto. Esta abordagem é moldada sobre outras ferramentas financeiras já utilizadas pelas pessoas de baixa renda. Tanto contratos de microcrédito quanto planos informais de poupança adotam pagamentos pequenos e frequentes para ajudar as pessoas de baixa renda a investir quantias grandes. Há, sem dúvida, algumas vezes, razões econômicas para pagamentos de prêmio adiantado no contexto do microsseguro; porém, não é nenhuma surpresa que profissionais estão cada vez mais adotando pagamentos pequenos e frequentes.

Uma outra forma de lidar com problemas de autocontrole é por meio do mecanismo de compromisso. A teoria econômica tradicional argumenta que as pessoas sempre valorizam a liquidez, ou a opção de gastar dinheiro a qualquer momento, no presente ou no futuro. A pesquisa em economia comportamental, contudo, revela que pessoas que apresentam uma tendência de presente podem preferir produtos que ofereçam estrutura e imponham disciplina, como um contrato de conta poupança ou uma apólice de seguro de vida dotal *(ver Capítulo 8)*, que limite o acesso ao capital até uma determinada data ou até atingir uma meta em poupança.

A evidência experimental sobre contratos de contas poupança revela que eles podem ser poderosos. Ashraf, Karlan e Yin (2006) realizaram um experimento para

testar a eficácia de um produto de poupança contratual oferecido pelo Green Bank de Caraga, nas Filipinas. Eles dividiram os clientes aleatoriamente em três grupos e ofereceram os produtos de poupança contratual, chamados SEED, para um grupo. Outro não recebeu nada extra. Um terceiro grupo recebeu material promocional sobre o valor da poupança (porém, nenhum produto de poupança contratual). Todos os grupos também tiveram acesso a um produto de poupança padrão sem qualquer característica de compromisso futuro, e a conta SEED ofereceu a mesma taxa de juros das contas poupança padrão do Green Bank; a única diferença era a impossibilidade de o titular sacar o capital até atingir sua meta. O que para muitas pessoas parece ser uma limitação da conta, por outros foi valorizado: mulheres identificadas tendo problemas potenciais de autodisciplina registraram 15 pontos percentuais mais de propensão a abrir uma conta SEED do que as outras mulheres. Não houve diferença para os homens. Além disso, o aspecto compromisso teve um impacto claro sobre os saldos de poupança. Depois de um ano, a média de contas poupança no banco aumentou 81 por cento para os clientes com contas SEED, que foi substancialmente maior do que a poupança no outro grupo.

Este tipo de mecanismo de compromisso pode ajudar pessoas com problemas de autocontrole a comprarem seguro. Por exemplo, as seguradoras podem oferecer uma opção de pré-compromisso durante um período de escassez para compra de seguro durante o próximo período de colheita. O período de escassez é quando a necessidade de seguro é mais sentida, porque os agricultores não podem arcar com emergências caras, mas também é o momento em que os agricultores podem não dispor de recursos para comprar seguro. O pré-compromisso para compra de seguro, como o exemplo testado pelo ICARD na China *(ver Caixa de Texto 12.4)* pode ajudar algumas famílias que querem comprar seguro, mas não pode evitar que elas gastem o dinheiro que gostariam de reservar para o pagamento dos prêmios.

Em muitos aspectos, o seguro por si só é um mecanismo de compromisso que exige dos indivíduos fazer sacrifícios de forma estruturada no presente para se qualificarem para um benefício futuro. As seguradoras podem aproveitar este aspecto quando o marketing destacar a natureza de compromisso dos produtos de seguro.

13.2.4 Tornar as necessidades futuras eminentes

Famílias de baixa renda se deparam com os fluxos de renda baixos e irregulares, com os quais contam para satisfazer as necessidades presentes. Uma das principais razões de as famílias de baixa renda lutarem para investir no futuro – por intermédio de poupança ou seguro – é que as necessidades futuras não são "eminentes". Ideias eminentes são aquelas que se sobressaem entre os muitos pensamentos que competem por nossa atenção. Em outras palavras, eminente significa ser prioridade para nós.

Para que as necessidades futuras sejam eminentes, elas devem ser reconhecidas e vistas como prioridades em relação às necessidades atuais (Armendáriz e Morduch, 2010). As pessoas talvez não satisfaçam plenamente suas necessidades

futuras, porque dão a elas uma atenção limitada (Karlan et al., 2010). Como resultado, algumas necessidades futuras podem acabar sendo completamente ignoradas e não traduzidas em decisões. Tornar as necessidades futuras eminentes no momento em que as pessoas estão tomando decisões de investimentos pode ajudar a planejar o futuro.

Assim como comparações e estrutura, o tempo é um elemento da arquitetura de escolha que pode afetar decisões. Isso pode ser relevante, particularmente, para pessoas com rendimentos irregulares ou sazonais. Duflo et al. (2009) ilustram esta questão. Os pesquisadores descobriram que agricultores na África Ocidental costumavam comprar fertilizante na época da colheita. Uma explicação é que os agricultores dispõem de recursos na época da colheita e optam por investir o dinheiro para combater problemas de autocontrole, conforme discutido anteriormente. Fazer propaganda do seguro para as pessoas quando elas têm dinheiro para gastar – durante a época de colheita, por exemplo – parece intuitivo. Outra explicação é que os agricultores costumam enxergar os benefícios do fertilizante na época da colheita, o que torna o fertilizante eminente.

O problema da eminência é particularmente importante no seguro. O seguro é frequentemente comprado para eventos desagradáveis, inesperados, sobre os quais as pessoas preferem não pensar. Se as pessoas alocam suas despesas com base nas necessidades que são mais eminentes, tais eventos inesperados ficam no final da lista de prioridades, embora possam ter impacto maior no seu bem-estar.

Organizações que promovem a poupança enfrentam desafios semelhantes. Felizmente, novas evidências da pesquisa experimental são encorajadoras. Revelam que as pessoas de baixa renda podem e fazem poupança, e os resultados apontam para estratégias que seguradoras podem adotar para tornar seus produtos mais eminentes.

Por intermédio de uma série de experimentos de campo randomizados na Bolívia, no Peru e nas Filipinas, Karlan et al. (2010) testaram se lembretes por mensagem de texto (transmitidos via celular) ajudavam as pessoas a economizar, superando o problema de atenção limitada. Em cada experimento, um banco ofereceu um produto de poupança e enviou mensagens de texto aos clientes que os lembrava de poupar. Os pesquisadores concluíram que esta prática aumentava a poupança: os lembretes foram responsáveis por um aumento de 6 por cento no valor total de dinheiro poupado e por um aumento de 3 por cento na proporção de indivíduos que atingiram suas metas em poupança.

Da mesma forma que as mensagens de texto incentivam a poupança regular, as seguradoras que cobram os pagamentos de prêmio, com o tempo, podem incentivar pagamentos com lembretes que tornem as ações de gerenciamento de risco mais eminentes. Ao solicitar que as pessoas paguem seus prêmios, as mensagens podem lembrar as pessoas dos benefícios do seguro durante os eventos adversos que podem afetar sua família.

Ao tornar os efeitos adversos mais eminentes, os lembretes podem ajudar a superar a atenção limitada que as pessoas normalmente dedicam a eventos futuros, desagradáveis. Por exemplo, o programa de microsseguros da CARE na Índia organiza festas em toda a comunidade quando paga sinistros de seguro. Pagamentos públicos de sinistros oferecem uma oportunidade de tornar os eventos adversos mais eminentes, de forma positiva, e de lembrar as pessoas – segurados e não segurados – que seguro é útil quando tais eventos ocorrem.

As pessoas também apresentam uma "tendência de acessibilidade": se um evento é fácil de lembrar, influencia como as pessoas se planejam para tal. A facilidade com que um evento pode ser lembrado influencia sua "probabilidade subjetiva" ou com que probabilidade sua ocorrência é percebida. Acontecimentos recentes são mais facilmente acessíveis, de modo que as pessoas tendem a superestimar a probabilidade de que eles aconteçam novamente. Da mesma forma, testemunhar algo o torna mais eminente do que simplesmente aprender sobre ele. A tendência de acessibilidade pode explicar o pico na venda de seguro de propriedade após uma catástrofe natural, como, por exemplo, o aumento na demanda por seguro contra terremotos na Califórnia depois do terremoto de Loma Prieta em 1989 (Palm, 1995). Reguladores e seguradoras devem estar cientes dessa tendência ao orientar as pessoas em áreas sujeitas a catástrofes.

13.2.5 Minar o excesso de confiança

Outra tendência que influencia probabilidades subjetivas é o excesso de confiança. As pessoas tendem a fornecer estimativas excessivamente otimistas para a predisposição de ocorrerem tanto eventos positivos quanto negativos (Weinstein, 1980). A questão não é meramente um conceito errôneo, todavia. O excesso de confiança se mantém mesmo quando as pessoas estão cientes das estatísticas de probabilidade para a população como um todo. A inclinação se manifesta em uma ampla tendência de se considerar acima da média – por exemplo, 90 por cento dos motoristas na Nova Zelândia se classificaram como mais seguros do que a média ao volante (Walton e Bathurst, 1998). Como resultado, as pessoas podem, sistematicamente, subestimar os riscos que enfrentam.

Este tipo de erro de cálculo pode levar as pessoas a investir pouco em gerenciamento de risco proativo em relação ao que elas investiriam caso estivessem levando em consideração probabilidades de risco reais. As pessoas podem superestimar sua salubridade, por exemplo, e subestimar os riscos reais que enfrentam. Em outras palavras, quando as pessoas não têm um bom conhecimento do quão propensas são a vivenciar uma dificuldade, podem subestimar as medidas de proteção, como o seguro.

13.2.6 Acesso às contas mentais

A teoria econômica tradicional supõe que o dinheiro é fungível – que não tem rótulos e que a riqueza das famílias pode desmoronar com uma grande quantia de dinheiro paga de uma só vez (Mullainathan e Shafir, 2009). O conhecimento sobre economia comportamental demonstra, no entanto, que as pessoas nem sempre pensam sobre seu dinheiro desta forma. Ao contrário, elas compartimentam sua riqueza em "contas mentais" separadas vinculadas a determinados objetivos de gastos (Thaler, 1990). Os indivíduos podem ter diferentes contas mentais para despesas relacionadas a aluguel, educação, alimentação e emergências. As contas mentais também podem ser, literalmente, reforçadas pela poupança por meio de diferentes mecanismos e veículos: uma ROSCA (associação de poupança e crédito rotativo), pedir a um amigo para guardar dinheiro ou uma conta poupança em uma instituição de microfinanças. Indivíduos mantêm essas contas separadamente, a fim de cumprir as metas de gastos de cada conta, e relutam em acessar essas contas para despesas extras. Esta prática explica, parcialmente, a dificuldade em "descapitalizar", quando as famílias estão dispostas a pedir dinheiro emprestado, apesar de terem poupança.

No entanto, a contabilidade mental também pode ser usada para criar uma associação entre o rótulo e uma necessidade futura. Se as pessoas podem criar uma associação mental entre um fluxo de renda e a necessidade futura, então esta associação pode tornar essa necessidade eminente (Karlan et al., 2010). E, pelo fato de as contas mentais não serem fungíveis, criar este vínculo pode evitar que as necessidades atuais superem a necessidade futura.

Nos experimentos de mensagens de texto discutidos anteriormente, Karlan et al. (2010) testaram o efeito das contas mentais associando mensagens de texto às metas de poupança pessoal estipuladas pelos clientes. Alguns clientes receberam mensagens de texto aleatoriamente, com foco em seus objetivos de poupanças individuais. Embora as associações com objetivos de poupança isolados não tenham tido um impacto significativo sobre a poupança, os lembretes que mencionaram tanto as necessidades de poupança particular quanto um incentivo para economizar – uma taxa de juros mais elevada como uma recompensa por efetuar todos os depósitos programados, por exemplo – aumentou a poupança em cerca de 16 por cento.

A maioria das pessoas tende a ter uma conta mental para emergências, como um fundo para dias ruins. As seguradoras podem associar seu produto a esta conta mental, com o intuito de incentivar as pessoas a enxergarem a apólice de seguro como um fundo de emergência. No que diz respeito a essa conta mental preexistente, ela pode ter um efeito poderoso sobre como as pessoas enxergam o produto de seguro.

13.2.7 Perceber o valor de zero

Há algo sobre um preço de zero que as pessoas acham atraente. Experimentos demonstram que os itens fornecidos gratuitamente são de modo enfático (e talvez irracional) preferidos a alternativas com um custo positivo e um benefício líquido superior, e que as preferências das pessoas mudam de repente quando o zero entra na equação. Shampanier et al. (2007), por exemplo, deram aos participantes da pesquisa a opção de comprar, com desconto, um vale-brinde de US$10 ou US$20 do Amazon.com. No primeiro experimento, os pesquisadores ofereceram o vale-brinde de US$10 para uma redução no preço de US$5, e o vale-brinde de US$20 por apenas US$12. A maioria das pessoas escolheu comprar o vale-brinde de US$20 por US$12. No segundo experimento, os vales custaram, respectivamente, US$1 e US$8. Novamente, a maioria das pessoas escolheu os vales de US$20. Mas a decisão mudou drasticamente em um terceiro experimento. Desta vez, o vale-brinde de US$20 custava US$7 e o de US$10 custava US$0. Dada a opção, 100 por cento dos participantes escolheram o vale de US$10. O valor relativo dos vales-brinde não mudou – o vale-brinde de US$20 sempre custou US$7 a mais do que o vale-brinde de US$10. A única coisa que mudou foi a introdução de zero, e o efeito fala por si só.

No que diz respeito a seguro, as pessoas preferem, em geral, apólices com franquia dedutível/copagamento zero a apólices com mecanismos de compartilhamento de custos. O truque, porém, é tirar proveito dessa preferência sem prejudicar a função de compartilhamento de custo na atenuação de risco moral e seleção adversa. Uma opção pode ser oferecer uma apólice de seguro saúde com um número limitado de consultas ambulatoriais gratuitas por ano, e uma franquia dedutível ou um copagamento normal para todas as despesas cobertas a partir daí.

13.2.8 Eliminar os obstáculos à ação

Enquanto o foco é marketing do seguro, a economia comportamental pode também identificar medidas para melhorar o uso do microsseguro. Ao analisar tomadas de decisões, os economistas, muitas vezes, enfatizam a influência de características pessoais, internas, do indivíduo, e se concentram menos no poder dos fatores contextuais, externos. Na prática, às vezes as ações das pessoas são influenciadas de forma desproporcional, por "fatores de canal", aparentemente inconsequentes (Mullainathan e Shafir, 2009). A ideia é que certos comportamentos podem ser facilitados por pequenos toques. Quando desenvolvidos adequadamente, os fatores de canal podem ser eficazes na tradução de intenções em ações, porém, se ignorados, podem levar à inação.

Um experimento de Leventhal et al. (1965) ilustra a função dos fatores de canal. Os participantes foram instruídos sobre os riscos de tétano e o valor da vacina, e tiveram acesso às informações sobre onde obter a injeção. Estudos de

acompanhamento revelaram que o conhecimento mudou a forma de pensar e a atitude dos participantes em relação ao tétano. Entretanto, não conseguiu mudar o comportamento deles: apenas 3 por cento dos participantes se vacinaram. A situação mudou quando fatores de canal foram acrescidos à informação. A taxa de vacinação subiu para 28 por cento quando os participantes também receberam um mapa do posto de saúde mais próximo e foram estimulados a pensar sobre um horário real de consulta. Esses fatores de canal adicionais foram necessários para traduzir intenções em ação.

Fatores de canal podem ter um efeito sobre se as pessoas compram seguro. Educação em seguro que inclui temas, como, por exemplo, gerenciamento de risco e contratos de seguro, pode ser útil para mudar a percepção das famílias sobre o valor do seguro, mas o conhecimento não pode se traduzir em mudança de comportamento se os obstáculos à ação não forem removidos. Fazer com que a compra de seguro seja conveniente por intermédio de representantes de seguro locais após treinamento é um exemplo de fator de canal.

Fatores de canal também podem afetar a forma como as pessoas utilizam o seguro. Considere o caso de um programa de seguro saúde, com uma rede estabelecida de hospitais. A seguradora avaliou cada hospital da rede com base em qualidade e estabeleceu um cronograma de preço predeterminado. Agora, tudo o que a seguradora precisa fazer é se certificar de que as pessoas usam os hospitais. A primeira exigência é que as pessoas conheçam os hospitais da rede, o que pode ser conseguido fornecendo a elas um mapa dos hospitais. No entanto, em situações de emergência, as pessoas, muitas vezes, não têm acesso ao mapa ou não têm a iniciativa de procurar nele. Algumas seguradoras, como a Uplift, na Índia, criaram uma linha direta para que as pessoas telefonem durante emergências, para poder direcionar pacientes para os hospitais da rede. Todo custo e esforço de construção de uma rede de provedores podem ser perdidos se os pacientes não forem orientados adequadamente e, portanto, uma pequena interferência pode ter um enorme impacto sobre a forma como as apólices são utilizadas.

13.3 Conclusão

Novas evidências da pesquisa à luz da psicologia e da economia ressaltam como pequenos detalhes podem ter grandes efeitos. Uma conclusão importante é que o contexto em que os indivíduos fazem escolhas, incluindo se compram seguro, influencia seriamente suas decisões. A Tabela 13.1 resume várias estratégias de pequena escala que microsseguradoras podem usar caso pretendam aumentar a aceitação e utilização do microsseguro.

Tabela 13.1

Resumo das recomendações

Questão/estratégia	*Descrição resumida*	*Implicações para o microsseguro*
Manter a simplicidade	Oferecer mais opções para os consumidores nem sempre é o melhor. "A sobrecarga de escolha" pode levar à inação.	O microsseguro pode ser difícil de entender para seus clientes alvo. A aceitação pode ser aumentada com a redução do número de opções disponíveis em apólices de microsseguro ou simplificando as escolhas dos clientes alvo de outras formas, como, por exemplo, oferecendo produtos de seguro compostos.
Estruturar a perda	Indivíduos reagem de maneira diferente às ideias de ganhos e perdas. O risco de perder algo que já se tem é uma motivação mais forte para a ação do que a possibilidade de ganhar alguma coisa.	A aceitação de produtos de microsseguro pode ser aumentada apelando para o medo de perder dos indivíduos (ex.: sua propriedade, sua saúde), e não anunciando os benefícios do seguro.
Facilitar o autocontrole	Muitas pessoas são impacientes – mas também valorizam o futuro e se preocupam com sinistros. Algumas reconhecem suas falhas e buscam produtos e serviços que imponham disciplina e autocontrole.	Comprar uma apólice de seguro significa gastar pequenas quantias de dinheiro no presente para receber grandes benefícios no futuro. O seguro pode impor disciplina e ajudar as pessoas com problemas de autocontrole a acumular uma grande soma em dinheiro. Anunciar esse aspecto para clientes impacientes em potencial pode, portanto, ajudar na aceitação.
Tornar as necessidades futuras eminentes	Necessidades futuras, bem como eventos incomuns e incertos, normalmente, não passam pela cabeça das pessoas. Desejos e necessidades atuais, geralmente, são muito mais eminentes e muito mais propensos de influenciar o comportamento.	Tornar eventos adversos futuros e incomuns mais eminentes pode desencadear ação no presente para se proteger contra tais eventos; em especial, compra de seguro. Pagar sinistros de seguro publicamente, por exemplo, é uma boa forma de tornar eventos adversos mais eminentes.
Minar o excesso de confiança	O seguro oferece proteção contra eventos incertos. Evidências comportamentais revelam que as pessoas são, em geral, extremamente confiantes, e acham que esses eventos têm menos probabilidade de acontecer para elas do que para o restante da população.	Microsseguradoras podem aumentar a aceitação de apólices minando o excesso de confiança dos clientes potenciais, por exemplo, fornecendo dados sobre a frequência real de ocorrência de riscos segurados.
Acesso às contas mentais	Mesmo que o dinheiro seja fungível, as pessoas costumam reservar determinadas quantias para fins específicos. Elas podem ter condições de comprar uma apólice de microsseguro; entretanto, não compram, porque na cabeça delas o dinheiro já estava destinado para ser gasto com uma outra coisa.	O microsseguro pode tirar vantagem das contas mentais: associar o microsseguro a um determinado fluxo de renda pode aumentar a probabilidade de os indivíduos comprarem realmente uma apólice.
Perceber o valor de zero	Um preço de zero tem uma capacidade singular de atrair o interesse das pessoas, mesmo quando um preço positivo fornece mais valor líquido.	Em seguro, apólices com franquia dedutível/copagamento zero são, em geral, preferidas por consumidores de baixa renda; porém, o compartilhamento de custo é muito útil na luta contra o risco moral e a seleção adversa. Achar formas de explorar a afinidade das pessoas com zero pode ajudar a aumentar a aceitação do microsseguro.
Eliminar os obstáculos à ação	Traduzir intenção em ação não é fácil. Evidências comportamentais indicam que "fatores de canal", ou pequenos toques, têm um poder surpreendente de gerar ação.	Fatores de canal podem ter uma inflluência sobre se as pessoas compram seguro e como elas o utilizam. Eles podem ser usados para preencher a lacuna entre reconhecer a necessidade de seguro e comprar, de fato, uma apólice ou direcionar pacientes segurados para hospitais da rede onde os custos são mais baixos.

14 Práticas emergentes em educação do consumidor no gerenciamento de risco e seguro

Ido Dror, Aparna Dalal e Michal Matul

Este capítulo é uma adaptação da Briefing Note nº 3, publicada pela Facility Inovação em Microsseguro da OIT (2010). Os autores agradecem aos vários revisores pelos comentários valiosos sobre este material: Helen Barnes (CARE International UK), Hennie Bester (Cenfri), Virginia Bethe (OIT), Monique Cohen (Microfinance Opportunities), Alejandra Diaz (Fundaseg), Jeanna Holtz (OIT), Thabo Gumbi (Hollard Insurance), Jeremy Leach (Hollard Insurance), Marcia Metcalfe (Freedom from Hunger), Viviene Pearson (South African Insurance Association), Caroline Phily (OIT), Anja Smith (Cenfri), Evelyn Stark (Bill & Melinda Gates Foundation), Jasmin Suministrado (OIT), Peter Wrede (AKAM) e Mary Yang (OIT). Em particular, os autores agradecem a Sarah Bel (OIT) por seus comentários e colaboração ao estudo.

A educação do consumidor em microsseguro envolve um esforço sistemático para ensinar estratégias de gerenciamento de risco e o papel do seguro, a fim de promover melhores práticas de gerenciamento de risco entre famílias de baixa renda. O objetivo da educação do consumidor é propiciar conhecimento e habilidades às famílias que possibilitem a elas tomar decisões financeiras conscientes. A educação do consumidor pode ser entregue por microsseguradoras, pode ser terceirizada para organizações parceiras, como, por exemplo, canais de distribuição ou instituições de formação especializadas, ou pode ser parte de um esforço nacional de colaboração por parte do governo ou de entidades da indústria.

A educação do consumidor é, muitas vezes, considerada parte integrante dos programas de microsseguro; sua proposta é beneficiar tanto os profissionais de microsseguro quanto seus clientes. Acredita-se que ajuda famílias de baixa renda a fazerem escolhas acertadas e profissionais a estimularem a demanda. A atual falta de pesquisa acadêmica e comercial, no entanto, torna difícil comprovar se a educação do consumidor pode manter sua promessa. Novas evidências de uma série de avaliações em curso no Brasil, na Colômbia, em Gana, na Índia, no Quênia e na África do Sul estarão disponíveis nos próximos anos para difundir esclarecimentos sobre essa questão. Até então, lições baseadas em experiências de profisisionais servem como a melhor orientação para aqueles que desenvolvem novos programas de educação do consumidor.

Tendo em vista o número crescente de programas de educação do consumidor e a enorme demanda por capacitação, o Grupo de Trabalho sobre Educação em Seguros da Microinsurance Network decidiu compilar uma lista de práticas emergentes que os profissionais de microsseguro devem considerar no desenvolvimento de programas de educação do consumidor. Esta nota resume o *feedback* de mais de cinquenta profissionais que foram os primeiros implementadores de programas de educação do consumidor. Seu *feedback* está documentado em três estudos (Dror et al., 2010; Burns e Dalal, 2010; Smith et al.,2010b) apoiados pela Facility Inovação em Microsseguro da OIT e pela Microinsurance Network.

As experiências de profissionais analisadas nesses estudos demonstram que uma abordagem integrada, de longo prazo, é necessária para melhorar a capacidade de gerenciamento de risco e aumentar a utilização de instrumentos financeiros relevantes. Um programa que oferece educação isolada, *ad hoc*, que não está associada ao acesso a produtos de microsseguro adequados, não é, muitas vezes, suficiente para atingir tais objetivos.

Este capítulo ressalta os principais recursos em desenvolvimento de conteúdo e entrega de educação, e nas próximas duas seções apresenta exemplos de organizações que implementaram tais recursos. Na seção final, o capítulo analisa os desafios de sustentabilidade, e monitoramento e avaliação que são especialmente relevantes para os profissionais que desejam integrar educação em seus modelos de negócios.

14.1 Conteúdo da educação do consumidor

14.1.1 Foco em gerenciamento de riscos e seguro; estratificar outros conceitos financeiros quando possível

A questão mais importante para profissionais que tentam elaborar um programa de educação diz respeito à amplitude do conteúdo. O programa deve cobrir conceitos genéricos sobre educação financeira, por exemplo, gestão pecuniária e orçamento? Deve cobrir amplos tópicos sobre gerenciamento de risco, tais como natureza dos riscos e diferenças entre seguro e poupança? Deve focar, principalmente, em detalhes específicos sobre produto, por exemplo, pagamento de prêmio, benefícios, exclusões e procedimentos de sinistros? A amplitude do conteúdo depende de uma série de fatores, incluindo recursos disponíveis, tempo que o instrutor tem com a comunidade, conhecimento e experiência prévios da comunidade, e obrigações do profissional. Alguns profissionais entrevistados afirmam que é bom começar com educação financeira básica antes de passar para o conteúdo de gerenciamento de risco e seguro. Começar com conceitos como orçamento é importante porque permite que as famílias entendam como os recursos atuais estão sendo usados e avaliem o impacto dos sinistros.

Com recursos limitados, profissionais de microsseguro podem não ser capazes de oferecer um programa de educação financeira compreensivo. Nestes casos, o foco deve ser gerenciamento de riscos e seguro. O conteúdo pode ser elaborado para dar às famílias de baixa renda a capacidade de identificar riscos domésticos, lidar com reservas sobre o conceito do seguro, comparar diferentes estratégias de gerenciamento de risco, incluindo seguro, e traçar uma estratégia para priorizar e gerenciar seus riscos com excelência. Se focado somente em benefícios do produto, o programa fica mais voltado para marketing de produto específico e dificilmente pode ser classificado como educação do consumidor.

A seguir, estão dois exemplos de programas que têm estratificado educação em seguro e gerenciamento de risco, de forma inteligente.

A CARE Índia, em parceria com a seguradora Bajaj Allianz, desenvolveu um programa de educação compreensivo *(ver Tabela 14.1)* que incluía quatro componentes: 1) educação sobre risco; 2) educação sobre seguro; 3) educação sobre produto; e 4) logística e praticidade dos produtos. A CARE Índia considerou todos esses tópicos indispensáveis na criação de uma cultura de seguro e decidiu incluir todos eles na elaboração de seu programa Insure Lives and Livelihood (ILAL), que visa comunidades rurais pobres e vulneráveis em Tamil Nadu, Índia.

Tabela 14.1 **Áreas de conteúdo da CARE Índia**

Educação sobre risco	*Educação sobre seguro*	*Educação sobre produto*	*Logística dos produtos*
– O que é risco? – Mecanismos de gerenciamento de risco – Mecanismos de risco na prática – Diferença entre poupança e seguro	– O que é microsseguro – Princípios do seguro – Por que microsseguro? – O que são seguro vida e seguros gerais? – O que são prêmios, sinistros?	– Apresentar CARE, Bajaj Allianz – O que é ILAL? – Explicar produtos de seguro vida e seguros gerais – O que são prêmio, sinistro, exclusão, inclusão?	– Como pagar os prêmios? – Quando os prêmios devem ser cobrados? – Como protocolar reclamações de sinistros – Exigências de documentação

No Quênia, o Swedish Cooperative Centre and Microfinance Opportunities desenvolveu um módulo de dez sessões sobre educação financeira, apresentado na Caixa de Texto 14.1, cujo foco é o gerenciamento de risco e seguro, e que também inclui conceitos importantes sobre educação financeira. O conteúdo é entregue por uma abordagem de ciclo de estudo, em que um membro do grupo atua como facilitador, conduzindo uma discussão sobre o principal tema do dia.

Caixa de Texto 14.1

Áreas de conteúdo do Swedish Cooperative Centre and Microfinance Opportunities

1. Introdução à metodologia de ciclo de estudo: Como os adultos aprendem, escolha de um líder, papel dos participantes, planejamento de sessões de ensino.
2. Riscos: O que é um risco? Como o risco pode afetar você? Quais são os riscos que representam os maiores desafios?
3. Ferramentas de gerenciamento de risco: O que é proteção? Identificar medidas de proteção (antes) e reação (depois).
4. Poupança: Como economizar mais dinheiro. Onde você pode economizar? Usar poupança ou crédito?
5. Introdução ao Seguro: Mitos sobre seguro, associações de bem-estar e consórcios de riscos; comparar associação de bem-estar e seguro.
6. Como funciona o seguro: Condições de seguro, análise de custo-benefício, perguntas mais frequentes (FAQs, na sigla em inglês).
7. Diferentes tipos de produtos de seguro: Noções básicas de seguro saúde, vida e propriedade.
8. Como apresentar uma reclamação de sinistro: Condições para apresentar uma reclamação de sinistro; prática e assessoria para preencher um formulário de sinistro.
9. Como encontrar os melhores produtos de seguro para você e sua família: Escolher os melhores produtos de seguro, perguntas a fazer ao provedor de seguro, técnicas boas e ruins para se comunicar com membros da família e tomar decisões em conjunto, desenvolver um plano de ação para comprar seguro.
10. Como, quando e por que renovar: O que é uma renovação? Consequências da não renovação de sua apólice de seguro, o que considerar antes da renovação, renovar ou não renovar sua apólice.

Fonte: Smith et al., 2010b.

14.1.2 Educação básica sobre o que as pessoas conhecem, e com relação à sua exposição ao risco anterior

O conteúdo de um programa deve sempre ser estruturado no contexto do que as famílias já conhecem sobre seguro e como elas pensam sobre seus riscos. Quando a informação é totalmente nova – como muitas vezes ocorre no seguro – as famílias não têm um referencial existente. Assim, o programa deve fazer associações explícitas entre seguro e as estratégias de gerenciamento de risco, como poupança e crédito, que já estão sendo utilizadas pelas famílias.

O conteúdo deve ser eminente para atrair a atenção das famílias e estimular a fixação. Uma forma simples de tornar o conteúdo eminente é falar sobre riscos. Falar sobre riscos pode parecer muito óbvio e básico, mas pode ser fundamental

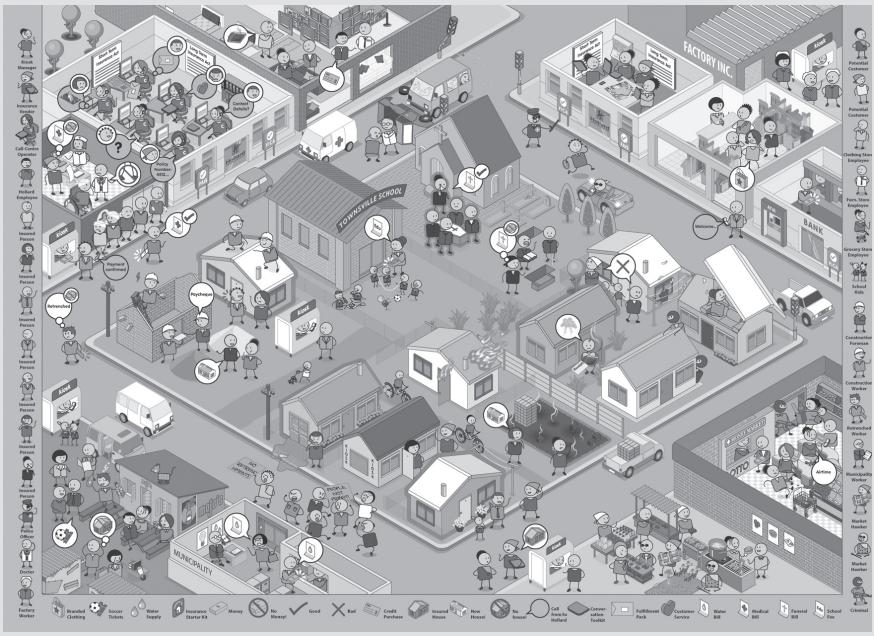
para o sucesso. Lições do campo da economia comportamental demonstram que as pessoas tendem a subestimar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (*ver Capítulo 13*). Assim, para tornar o estudo relevante, vale lembrá-las dos riscos que mais predominam em suas comunidades e vidas.

O material de estudo sobre riscos pode vir imediatamente acompanhado de uma discussão sobre como as famílias gerenciam esses riscos atualmente, como as estratégias informais de atenuação de risco podem ser melhoradas, e como as estratégias informais podem ser complementadas pelo seguro formal. O objetivo é reconhecer o valor do seguro em outros acordos formais e informais para lidar com o risco.

Por exemplo, Weather Risk Management Services (WRMS), que oferece seguro contra condições meteorológicas adversas em toda a Índia, relembra os agricultores de quedas de safra passadas e explica as condições meteorológicas que levam a tais quebras, a fim de fornecer aos agricultores lembranças concretas de riscos potenciais. Com dados existentes sobre quedas de safra passadas, a WRMS é capaz de demonstrar o total de produção que um agricultor perdeu nas quebras de safra e quanto que a apólice o teria feito economizar.

Outro exemplo de ensino relevante sobre risco vem do Hollard Insurance Group, da África do Sul, que organiza oficinas de três horas em que participantes são apresentados a um "mapa conversacional", que representa a comunidade, com casas, lojas, fábricas e hospitais. O mapa, conforme Figura 14.1, apresenta uma série de eventos seguráveis. O instrutor explica os benefícios oferecidos por uma apólice de seguro em cada evento, bem como os direitos e as responsabilidades tanto da seguradora quanto do segurado.

Figura 14.1 **Mapa conversacional do Hollard**



14.2 Entrega de educação do consumidor

Ao planejar oferecer seus programas de educação, os profissionais precisam decidir sobre as ferramentas que desejam usar, assim como o canal e a frequência dos programas. Os profissionais devem lembrar que a educação deve ir mais além do que apenas transferir informações. Bons programas de educação objetivam promover a atenuação proativa de riscos. Para que isso aconteça, a educação precisa ser entregue focada em quem está aprendendo – quanto mais comprometido e participativo, melhor. Profissionais devem pensar em educação do consumidor como um processo de longo prazo. A educação pode ser mais eficaz quando é entregue por meio de uma variedade de canais e quando é permanente e está integrada ao acesso a produtos de microsseguro valiosos. O ensino isolado, esporádico, não é suficiente.

14.2.1 Combinação de canais e ferramentas

Os profissionais devem considerar o uso de uma combinação de canais (ex.: oficinas, rádio e TV) – e ferramentas (ex.: folhetos, flipcharts e jogos) na entrega de seu programa, porque cada canal e ferramenta pode atender a um propósito específico. Meios de comunicação e artes visuais são canais úteis na sensibilização de um público amplo, enquanto canais segmentados, como ensino em oficinas e salas de aula, permitem maior participação e interação e, potencialmente, aumento do conhecimento. Diversificar as ferramentas ajuda a responder a diferentes estilos de aprendizado e torna o ensino interessante para segmentos-alvo diferentes. Utilizar múltiplos canais também reforça as mensagens.

A CARE Índia e seus parceiros da comunidade adotam programas culturais como músicas, teatro e espetáculos de marionetes, para gerar interesse entre as famílias. Os agentes de campo compõem canções sobre temas de seguro, juntando as letras a músicas de filmes conhecidos. Peças teatrais são encenadas para grandes públicos por pequenas equipes de membros do grupo de autoajuda local. Agentes de campo informaram que esses programas culturais geraram um interesse mais eficaz do que simplesmente conversar com os clientes. No entanto, eles sentiram que, enquanto programas culturais geram conhecimento mais amplo, o público, em geral, não guarda os detalhes da apresentação e há necessidade de mais oportunidades para discutir sobre princípios do seguro e características de produto em grupos pequenos.

A CNSeg, a Confederação Brasileira de Seguros, conta com a participação ativa de membros da comunidade em seu programa de educação, utilizando meios de comunicação (vídeos e radionovela) para divulgar material educativo. Os vídeos e as radionovelas se baseiam em um *script* simples que destaca importantes mensagens em torno do valor de seguro para famílias de baixa renda. O material é produzido na comunidade e inclui fornecedores locais e membros da comunidade como atores. Solicitando o *feedback* da comunidade para desenvolver novos roteiros, a CNSeg está usando uma abordagem participativa na intenção de desenvolver a confiança no seio da comunidade e incentivar os membros a fazerem anotações e assimilarem as mensagens.

A Micro Insurance Academy (MIA) usa jogos interativos para ajudar as comunidades a reconhecerem seus riscos, aprenderem sobre gerenciamento de riscos proativos e entenderem a proposta de valor do seguro saúde. Um jogo, o CHAT (Choosing Health-plans All Together), é desenvolvido para ajudar as comunidades pobres a gerenciarem trade-offs ao considerarem os benefícios da saúde. O jogo, mostrado na Figura 14.2, permite que os participantes definam, juntos, o pacote de benefícios para cobrir suas necessidades mais relevantes.

Figura 14.2 **Jogo CHAT**

Participantes individuais recebem um tabuleiro de CHAT, que exibe diferentes formas de riscos seguráveis, junto com vários adesivos que representam os recursos disponíveis. Os participantes colocam, então, os adesivos no tabuleiro de acordo com os riscos para os quais eles querem ter cobertura de seguro. Em seguida, os participantes desenham cartões de eventos que simulam os riscos da vida real e discutem sobre suas escolhas, se elas são sensatas. Na segunda rodada, o exercício é realizado em um grupo com cerca de 15 participantes. Por meio de debates, os participantes chegam a um consenso sobre os riscos específicos para os quais a comunidade quer ter cobertura de seguro. Outro jogo, o chamado Treasure Pot, ajuda os membros da comunidade a entenderem a noção de seguro e consórcio de riscos. O jogo envolve uma simulação de riscos da vida real usando cartões representando eventos de saúde e balas simbolizando dinheiro. O jogo demonstra as desvantagens de usar crédito ou poupança como ferramenta de gerenciamento de risco e como o consórcio de risco pode beneficiar a comunidade. A MIA usa tais ferramentas como parte de um amplo

programa de educação do seguro, que também inclui oficinas, panfletos, meios de comunicação (rádio e filmes) e peças de teatro de rua.

14.2.2 Entregar educação permanente

A educação do consumidor não deve ser uma atividade realizada uma única vez, e sim um esforço de facilitação permanente que utiliza mensagens consistentes entregues por vários canais de uma forma integrada. Esforços *ad hoc*, raramente, são eficazes.

A experiência da South African Insurance Association (SAIA) é uma lembrança útil sobre o motivo das atividades realizadas uma única vez poderem não ser eficazes na entrega da educação sobre seguro. Como parte da sua iniciativa em educação financeira, a SAIA apoiou um projeto que oferecia oficinas de educação financeira em áreas rurais e da comunidade por intermédio de organizações comunitárias e de trabalho. Seu objetivo era capacitar comunidades rurais de baixa renda, oferecendo educação financeira básica. Ao realizar uma avaliação do programa, a SAIA constatou que apenas 57 por cento dos participantes entrevistados se lembravam de ter participado da oficina. O baixo índice de conservação na memória pode ser porque a educação se deu em uma oficina isolada, e não em um processo de aprendizado contínuo facilitado por mensagens de reciclagem de várias formas.

No entanto, as oficinas podem ser um canal eficaz se sessões mais curtas são feitas durante um período de tempo e se as mensagens são reforçadas por outros canais. A Freedom from Hunger, em parceria com o Sinapi Aba Trust de Gana oferece várias oficinas em torno de "conversas de aprendizagem" para ajudar as famílias a compreenderem como obter e utilizar o microsseguro saúde. As oficinas consistem de conversas de aprendizagem técnicas, curtas, que usam histórias, peças teatrais e recursos visuais para explorar como o seguro funciona, como economizar para pagar prêmios, o que o seguro cobre e como utilizar as opções disponíveis em saúde pagas pelo seguro. Para reforçar as principais mensagens, a Freedom from Hunger planeja oferecer sessões de "reciclagem" mais curtas antes das campanhas de adesão ao produto.

A CARE Índia e seus parceiros de distribuição da comunidade descobriram que certos temas, tais como consórcio de risco e condições de sinistros, precisavam ser sempre enfatizados e repetidos. Agentes de campo também informaram que explicar o valor do seguro de vida na Índia era mais difícil do que falar sobre outros tipos de seguro, porque os clientes não enxergam os benefícios tangíveis do seguro de vida. Os agentes de campo precisaram se concentrar em como o seguro vida ajuda os beneficiários mais do que haviam previsto.

14.2.3 Associar educação e produtos

Melhorar a atenuação do risco e aumentar o acesso ao seguro são atividades complementares. Por um lado, todo o potencial de um programa de educação pode apenas ser realizado quando as famílias têm a opção de aplicar seus novos conhecimentos e habilidades para escolher as ferramentas adequadas de gerenciamento de risco. Ao mesmo tempo, o conhecimento do seguro pode levar a uma maior aceitação do produto, reduzindo os custos para alcançar famílias no setor informal e aumentando o tamanho do consórcio de risco global.

Quando possível, a educação do consumidor deve ser associada a produtos de seguro. Caso contrário, as pessoas têm pouca oportunidade de mudar o comportamento delas. Quando a educação é vinculada a produtos, o conteúdo também deve incluir uma discussão sobre detalhes específicos sobre produtos. A questão aqui não é se as mensagens de marketing podem ou devem ser parte de iniciativas de educação mais abrangentes, e sim como elas são integradas e se a educação ajuda as pessoas a fazerem escolhas mais conscientes.

A ICICI Prudential oferece seguro de vida com um produto de poupança de longo prazo para trabalhadores em plantações de chá no nordeste da Índia. Considerando que a maioria do grupo alvo nunca tinha ouvido falar de seguro, a seguradora organizou uma campanha de sensibilização e educação. Sessões noturnas isoladas dirigidas por instrutores recrutados em uma comunidade foram acompanhadas por uma iniciativa em filmes administrada por uma ONG da comunidade. A Video Volunteers ensinou e ajudou os jovens selecionados de comunidades carentes a produzirem filmes de curta metragem sobre questões prementes, como saúde, saneamento, educação e importância da poupança. Durante as exibições do filme, os principais aspectos e benefícios do produto de microsseguro da ICICI Prudential eram esclarecidos. Os instrutores concluíram que precisavam usar questões sociais (como alcoolismo, por exemplo), que afetavam intimamente a vida de muitos na comunidade, para tocar os corações dos clientes e introduzir tópicos de segurança, como, por exemplo, gestão financeira, poupança e seguro. Realização de sessões noturnas, exibição de filmes e trabalho de base por uma equipe de vendas, tudo foi integrado em um processo para construir confiança e possibilitar que as comunidades tomem decisões financeiras conscientes.

14.3 Sustentabilidade e modelo de negócios para educação do consumidor

A educação do consumidor pode ser oferecida por meio de diferentes modelos de negócios com acordos de financiamento variados que tenham implicações em sustentabilidade e alcance. No modelo mais comum, o profissional de microsseguro (segurador ou canal de entrega) oferece a educação como parte de sua estratégia de promoção. Esses programas, normalmente, têm um foco de curto prazo com objetivo de conscientização sobre seguro e produtos específicos, de modo que as atividades de educação estejam integradas ao marketing. Essas atividades são programadas, em geral, para coincidir com o período de adesão e, embora o programa esteja associado

a produtos específicos, o conteúdo pode ser expandido para incluir tópicos gerais sobre gerenciamento de risco. O programa de educação costuma ser autofinanciado (por meio de receita de prêmios, por exemplo) e, assim, torna-se importante para que a organização tenha uma estratégia clara com relação a um modelo de negócios sustentável desde o início.

A parceria da CARE Índia com a Bajaj Allianz é um exemplo de um modelo de negócios um pouco diferente, em que um financiador externo (Allianz SE) fornece o financiamento inicial necessário para desenvolver a infraestrutura do programa, incluindo materiais sobre educação e capacidade de formação. Em tais programas, é importante que os profissionais criem uma estratégia de negócios para tornar o programa sustentável de modo que o conteúdo possa continuar a ser entregue sempre que o financiamento inicial se esgotar.

A "On the Money" da Old Mutual na África do Sul é um exemplo diferente de seguradora que oferece educação financeira geral, financiada pelo braço de responsabilidade social da empresa. Esse programa tem um objetivo de longo prazo e uma responsabilidade maior do que os exemplos anteriores, uma vez que seu objetivo é melhorar as práticas financeiras de sul-africanos de baixa renda; não se concentra apenas em seguro. A iniciativa tem proporcionado educação financeira geral a mais de 50.000 sul-africanos desde o início, por meio de oficinas sobre como administrar as finanças.

14.3.1 Fazer uso de instituições existentes e reunir recursos

Uma melhoria no conhecimento sobre seguro por parte da comunidade é um bem público, o que significa que muitas instituições podem se beneficiar dele. Pode ser difícil para uma seguradora justificar o investimento em um amplo programa quando os concorrentes podem, da mesma forma, se beneficiar desta despesa. Se assim for, associações de seguros, governos, doadores ou organizações sem fins lucrativos podem ser mais adequadas para oferecer programas amplos.

Uma abordagem é reunir recursos da indústria em termos nacionais e ter o programa de educação administrado por uma agência independente, por exemplo, uma associação de seguros. A África do Sul adotou tal abordagem. O South African Financial Services Charter exige que todas as companhias de seguros gastem com educação financeira 0,2 por cento dos resultados depois dos tributos. A SAIA aproveitou essa oportunidade para promover um esforço colaborativo. Reuniu recursos de várias companhias de seguros e supervisionou os esforços de educação do consumidor para o mercado. O programa alcançou escala impressionante. No entanto, o Charter impôs limitações às seguradoras desde que promoveu a educação genérica para os segmentos de renda mais baixa e não permitiu às seguradoras se basearem no programa com seus produtos. Tais restrições impediram as seguradoras de pensar a educação como uma oportunidade de negócios e ameaçaram a eficácia do programa.

Quando um programa é entregue por uma agência independente ou associação de seguros, é importante definir seu objetivo a fim de assegurar que todas as partes concordem e garantam apoio contínuo. Depois de quatro anos de operações, a SAIA mudou sua direção estratégica para incentivar seus membros a continuar contribuindo com recursos, embora ainda procure uma missão mais ampla para educar os consumidores. A SAIA reavaliou sua abordagem principalmente porque algumas seguradoras estavam preocupadas que o desenho do programa não atendesse ao seu objetivo comercial – educar clientes potenciais em seguro até o ponto em que eles possam tomar decisões sobre seguro conscientes e, desta forma, promover a aceitação do seguro. Uma avaliação do programa da SAIA também levantou questões sobre se fazia sentido para a SAIA se concentrar no conteúdo genérico, uma vez que outras instituições podiam estar mais bem preparadas para lidar com essa categoria de educação financeira, por exemplo, o Departamento de Educação ou o regulador do setor financeiro (Smith et al., 2010).

A SAIA está procurando formas de vincular a educação aos esforços de marketing de seguradoras individuais. Isso não é fácil, já que uma associação de seguros não pode promover os produtos de apenas uma companhia. As abordagens testadas por outras associações incluem a introdução de um conjunto de produtos de diferentes seguradoras, proporcionando às seguradoras detalhes sobre várias atividades e abrindo uma oportunidade para elas serem criativas na construção desses produtos, e introduzindo vales com descontos no preço e promoções por seguradoras diferentes (e distribuí-los aleatoriamente) (Smith et al., 2010). A maioria dos membros da SAIA hoje acredita que faz sentido reunir recursos para educação financeira, à medida que eles podem, juntos, criar uma cultura de seguro de forma mais eficaz do que por meio de ações individuais, descoordenadas.

A FUNDASEG, a fundação da federação de seguros da Colômbia (Fasecolda), é outro exemplo de uma campanha de educação em seguro com um enfoque de longo prazo. Os programas de educação da FUNDASEG têm o objetivo de melhorar o conhecimento financeiro entre famílias de baixa renda. O conteúdo inclui um componente de peso em gerenciamento de risco e seguro, que visa melhorar a visibilidade do seguro entre a população de baixa renda. O programa, no entanto, não está associado a produtos específicos.

Cada grupo oferece um panorama diferente de parcerias e opções possíveis para entregar a educação do consumidor. Associações a programas sociais, iniciativas do governo em educação financeira, iniciativas em educação escolar e a defesa do consumidor precisam ser exploradas. A educação do consumidor deve ser entregue por várias partes interessadas, que devem se concentrar em suas responsabilidades *vis-à-vis* a sociedade e explorar seus pontos fortes para melhorar o bem-estar. Quando há uma iniciativa forte da indústria ou do governo, os profissionais devem explorar parcerias com essas iniciativas. Na ausência de grandes iniciativas, os profissionais de microsseguro podem iniciar programas individuais que demonstrem serem bem-sucedidos a fim de incentivar iniciativas mais amplas em educação do consumidor. O setor privado está bem posicionado em relação à educação do consumidor

pioneira, conforme os exemplos anteriores da SAIA e da FUNDASEG. No entanto, a colaboração privada não é uma prática comum na maioria dos mercados de microsseguro, levando à questão de saber se e como governos e doadores podem desempenhar um papel mais ativo em facilitar a criação de tais bens públicos.

Cada um dos modelos de negócios tem pontos fortes e desafios específicos, conforme apresentado na Tabela 14.2.

Tabela 14.2 **Modelos de negócios – pontos fortes e desafios**

Provedor	*Financiamento*	*Exemplos*	*Pontos Fortes*	*Desafios*
Segurador, canal de distribuição	Autofinanciamento (ex.: receita de prêmio)	ICICI Prudential (Índia)	– Integrado ao acesso a produtos – Potencial para sustentabilidade de nítido custo-benefício estabelecido	– Normalmente de conteúdo limitado, levando a impacto limitado
Segurador, canal de distribuição	Financiamento de doador, financiamento público – às vezes limitado à organização inicial	CARE-Bajaj, SCC (Quênia)	– Integrado com acesso a produtos – Pode atuar como um caso de demonstração – uma forma de avaliar custos e benefícios – Amplo conteúdo, capacidade para testar canais	– Programa difícil de sustentar após fim do financiamento
Segurador	Financiamento CSR	Old Mutual (África do Sul)	– Amplo conteúdo, capacidade para testar canais – Pode atuar como um caso de demonstração – uma forma de avaliar custos e benefícios	– Capacidade e interesse limitados entre seguradoras para administrar tais programas – Não integrado a produtos
Associação de seguro	Financiamento de membro baseado em taxa, financiamento público, contribuições obrigatórias	SAIA, FUNDASEG (Colômbia)	– Amplo conteúdo, capacidade para testar canais – Algum potencial para ser integrado com acesso a produtos – Potencial de sustentabilidade e gestão profissional quando membros continuam a enxergar benefícios	– Dificuldade de associar a produtos devido a questões de neutralidade – Dificuldade de reunir recursos de companhias que competem entre si
Agência governamental (ex.: Departamento de Educação, regulador do setor financeiro)	Financiamento público	Programa Financial Services Authority (Reino Unido)	– Amplo conteúdo, capacidade para testar canais – Capacidade para alcançar jovens por intermédio de programas nas escolas – Potencial para lidar com necessidades de diferentes segmentos	– Desafiador no que diz respeito a monitorar impacto sobre comportamento no gerenciamento do risco – Sujeito à mudança política – Incentivos fracos que precisam ser bem administrados

14.3.2 Incorporar atividades de monitoramento e avaliação

É preciso monitoramento e avaliação cuidadosos para acompanhar custos e benefícios da educação diante dos objetivos declarados do programa de educação, a fim de entender que a combinação entre conteúdo e estratégias de entrega é a mais rentável. As atividades de monitoramento e avaliação podem ser desenvolvidas para medir como o programa afeta o conhecimento, as habilidades, as atitudes e os comportamentos das famílias, e seu eventual impacto sobre a família e o profissional. A Tabela 14.3 apresenta exemplos de indicadores que podem ser medidos.

Tabela 14.3 **Exemplos de indicadores de monitoramento e avaliação**

Conhecimento	*Habilidades*
– Conhecer o propósito do seguro – Conhecer os riscos normais cobertos pelo seguro e o impacto desses eventos sobre as famílias – Entender como o seguro funciona em geral – Conhecer as condições de seguro, como prêmio, sinistros e benefícios – Conhecer detalhes do produto, como preço de processo de protocolo de reclamação de sinistro e exclusões de apólice	– Capacidade para calcular custo de eventos de risco – Capacidade para comparar apólices de seguro e escolher a apólice adequada – Capacidade para calcular custos do prêmio e pagamentos do benefício – Capacidade para definir ciclo de cobrança do prêmio – Capacidade para completar processo de proposta – Capacidade para protocolar uma reclamação de sinistro
Atitudes	*Comportamentos*
– Acreditar que o seguro é adequado para pessoas de baixa renda – Confiar nos provedores de seguro – Acreditar que se planejar para um risco provoca o risco – Probabilidade de comprar uma apólice de seguro nos próximos doze meses	– Criar e adotar um plano de gerenciamento de risco – Usar dívida, poupança ou seguro durante emergências – Efetuar pagamentos do prêmio na data devida – Comprar apólice de seguro nos últimos doze meses – Renovar apólice de seguro nos últimos doze meses

As atividades de monitoramento e avaliação mais atuais são *ad hoc* e limitadas em relação às pesquisas de satisfação do cliente ou análises de aceitação do produto. Essas atividades fornecem informações importantes, porém, muitas vezes, não são suficientes para entender o efeito da educação sobre atitudes ou comportamento ou o impacto social e econômico resultante sobre clientes e profissionais. Para medir o efeito da educação sobre o comportamento do cliente, o avaliador deve isolar o efeito do programa de educação em decorrência do produto e de outros fatores externos.

Informações importantes sobre uso e eficácia podem ser extraídas de pesquisa qualitativa, baseada em entrevistas com clientes, discussões em grupo e análise do diário financeiro. No entanto, a avaliação do impacto sobre comportamentos e bem-estar requer profissionais para aplicar metodologias de pesquisa experimentais, tais como testes de controle randomizados que medem o impacto do programa, utilizando grupos de tratamento e controle. Esse tipo de pesquisa pode parecer um desafio (não menos devido à implicação financeira de realizar esta pesquisa séria), mas é possível, e muitas vezes necessário, compreender a eficácia de diferentes abordagens em educação e convencer as partes interessadas quanto à sabedoria de investir em educação do consumidor.

14.4 Conclusão

Criar um programa de educação do consumidor eficaz exige conteúdo cuidadoso e desenho de entrega e parcerias estratégicas entre várias partes interessadas. As atividades de monitoramento e avaliação, embora desafiadoras, são fundamentais para desenvolver um programa de educação eficaz. Este capítulo apresenta as lições preliminares colhidas de profissionais que podem ser replicadas e testadas em novos contextos. Mais inovação e pesquisa em educação do consumidor é, sem dúvida, necessária para entender o que se pode e o que não se pode fazer para melhorar o valor e o alcance dos produtos de microsseguro. As principais lições que foram identificadas até então são as seguintes:

- **Focar em gerenciamento de risco e seguro; estratificar outros conceitos financeiros quando possível:** No contexto de recursos limitados, uma abordagem que lide com todas as questões financeiras pode não ser viável. Nesses casos, o foco deve ser em gerenciamento de risco e seguro.
- **Educação de base sobre o que as pessoas conhecem e relativa à sua exposição ao risco anterior:** O conteúdo do programa deve sempre ser estruturado no contexto do que a comunidade já sabe sobre seguro e como ela administra risco atualmente. Uma maneira fácil de tornar o conteúdo relevante é começar a conversa discutindo os riscos atuais enfrentados pela comunidade.
- **Usar uma combinação de canais e ferramentas:** É útil usar uma combinação de canais de distribuição, tais como treinamento baseado no grupo ou comunicação de massa, porque cada canal atende a uma finalidade diferente, é voltado para vários estilos de aprendizado e ajuda a reforçar mensagens importantes.
- **Entregar educação contínua:** A educação financeira não é uma atividade que se realiza de uma única vez, e sim um esforço contínuo que deve difundir mensagens consistentes por intermédio de vários canais de forma integrada.
- **Associar educação e produtos:** Associar educação a produtos de seguro proporciona um incentivo para as famílias agirem e mudarem seus comportamentos em gerenciamento de risco. Proporciona, também, uma oportunidade para os profissionais fortalecerem suas intervenções de marketing.
- **Fazer uso das instituições existentes e reunir recursos quando possível:** Vínculos com programas sociais, iniciativas governamentais em educação financeira, educação nas escolas e iniciativas em defesa do consumidor (*ver Capítulo 26*) precisam ser explorados. Quando há iniciativas firmes do mercado e do governo, como programas sociais, iniciativas em educação financeira do governo ou de defesa do consumidor, as organizações devem explorar parcerias com tais iniciativas. Na falta de iniciativas mais amplas, o setor privado parece estar bem posicionado para abrir caminho para a educação do consumidor.
- **Incorporar atividades de monitoramento e de avaliação desde o início:** É preciso monitoramento e avaliação cuidadosos para entender qual das estratégias de entrega é a mais eficaz, criar um modelo de negócios por trás da educação do consumidor e medir o impacto da educação sobre o bem-estar da família.

15 Melhorar o valor para o cliente: Percepções da Índia, do Quênia e das Filipinas

Michal Matul, Clémence Tatin-Jaleran e Eamon Kelly

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 12, publicado pela Facility Inovação em Microsseguro da OIT (2011). Os autores agradecem ao pessoal das organizações que participaram do teste da ferramenta PACE por dedicarem seu tempo, compartilharem dados e oferecerem comentários úteis sobre a análise final. Os autores também são gratos pelos comentários neste capítulo feitos por Elizabeth McGuiness (Microfinance Opportunities), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Barbara Magnoni (EA Consultants), Richard Coven (consultor), Pranav Prashad (OIT), Pedro Wrede (OIT), Jeremy Leach (Hollard Insurance), Bert Opdebeeck (BRS) e Denis Garand (DGA).

Em microsseguro, há considerável ênfase em garantir que o mercado-alvo está recebendo bom valor por seus prêmios. Provedores de microsseguro visam melhorar seus produtos para atrair e manter seus clientes. Governos e doadores buscam formas eficazes para incorporar o microsseguro em suas estratégias de desenvolvimento. Todos eles fazem as mesmas perguntas: Os clientes estão realmente se beneficiando do microsseguro? Como podemos medir esses benefícios? E como podemos melhorar a proposta de valor para o pobre?

Este capítulo contribui para esta discussão se concentrando na melhoria de valor para o cliente em vez de prová-lo[1]. Apresenta, também, os resultados da PACE (produto, acesso, custo e experiência), a ferramenta da OIT de avaliação de valor para o cliente, que considera o valor agregado para clientes dos produtos de seguro, comparando-os a outras formas alternativas de obter proteção de riscos similares.

A seção 15.1 descreve resumidamente a ferramenta PACE e seus componentes. Com base em uma análise de 15 microsseguradoras na Índia, no Quênia e nas Filipinas, a seção 15.2 lança um olhar prático para as oportunidades em geração de valor, aumentando os benefícios dos membros, facilitando o acesso, reduzindo custos e melhorando a experiência do cliente. Muitas vezes, essas pequenas melhorias podem fazer enormes diferenças na forma como os clientes percebem e respondem aos produtos de microsseguro. A seção 15.3 ilustra o valor do microsseguro em relação aos mecanismos informais e iniciativas em previdência social. A seção final apresenta uma análise em termos de país, que compara o valor relativo de produtos no mesmo mercado, demonstrando a importância do produto e a maturidade do mercado.

[1] Ver Capítulo 3 deste livro, assim como Dercon e Kirchberger (2008), e Magnoni e Zimmerman (2011), para análise da literatura sobre o impacto do microsseguro.

15.1 Estrutura e ferramenta de avaliação de valor para o cliente

Conforme resumido na Caixa de Texto 15.1, geração de valor é um processo complexo que pode ser analisado em muitas etapas e a partir de diferentes perspectivas. A ferramenta PACE de avaliação de valor para o cliente trata, em especial, da primeira etapa de geração de valor, quando os produtos são desenvolvidos ou aprimorados (zona um na Figura 15.1). Isso atende às necessidades dos profissionais de desenvolver uma melhor proposta de valor para proteger os clientes contra riscos específicos. A ferramenta PACE não mede impacto do microsseguro, nem tenta avaliar satisfação do cliente ou decisões de compra. Não se trata de um substituto para estudos rígidos sobre impacto, os quais são necessários para medir o efeito do microsseguro sobre o bem-estar do cliente.

A ferramenta PACE propicia uma análise inicial do produto e dos processos que podem ser complementados por pesquisas de mercado ou estudos sobre impacto. Inspira profissionais que podem ajudar na tomada de decisões e pode ajudar a introduzir gradualmente uma abordagem ao microsseguro centrada no cliente, ao mesmo tempo fornecendo informaçoes úteis para a realização de estudos ou debates políticos mais rígidos.

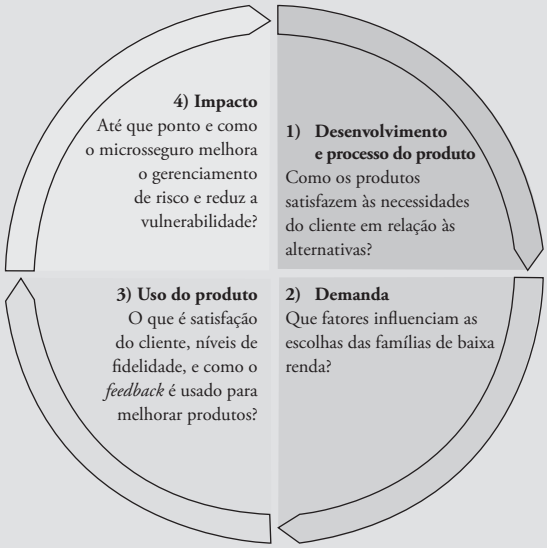
Caixa de Texto 15.1

Definição de valor para o cliente e processo de geração de valor

O valor para o cliente é definido a partir da perspectiva do cliente e não da perspectiva do vendedor. A definição de valor para o cliente adotada neste capítulo combina os pontos de vista da literatura sobre desenvolvimento e marketing (Sebstad e Cohen 2000; Dercon 2005; Woodruff 1997; Kotler 1994; Plaster e Alderman 2006). A partir de uma perspectiva de desenvolvimento, a questão fundamental é se, e até que ponto, o produto aumenta o bem-estar de segurados, suas famílias e comunidades. No contexto do seguro, valor para o cliente é reduzir vulnerabilidade devido a melhores práticas em gerenciamento de risco que contribuam para melhorar o bem-estar. Tal abordagem com foco no cliente está de acordo com uma pedra angular do marketing: produtos valiosos são um meio para atingir os objetivos dos clientes e satisfazer às suas necessidades essenciais. A perspectiva de marketing traz à cena a análise de comportamentos de compra, o uso de produto e a satisfação do cliente. Se não há demanda, o produto pode ser ruim. No entanto, também pode significar que compradores não percebam o valor oferecido.

A geração de valor em microsseguro é um processo que inicia com o desenvolvimento de um produto e a organização de sua distribuição. O valor é gerado quando os clientes usam o produto e estão satisfeitos o bastante para renovar suas apólices. Fazer uso do seguro não significa que os clientes precisam apresentar reclamações de sinistro, uma vez que eles também podem obter benefícios indiretos ou que não sejam oriundos de seguro, como, por exemplo, acesso a insumos produtivos. Este processo de geração de valor para o cliente é descrito na Figura 15.1.. As etapas são blocos de construção, e analisando separadamente cada etapa da cadeia de valor fica mais fácil ressaltar as oportunidades de geração de valor.

Figura 15.1 **Modelo de geração de valor para o cliente**



A ferramenta PACE de avaliação de valor para o cliente é pautada no conhecimento atual disponível sobre as preferências das famílias de baixa renda no que diz respeito a produtos de seguro. Cohen e Sebstad (2005) relacionam algumas questões importantes que precisam ser consideradas no desenvolvimento de soluções em gerenciamento de risco para o pobre. O pressuposto subjacente por trás da análise PACE é que os produtos possam entregar valor apenas se forem:

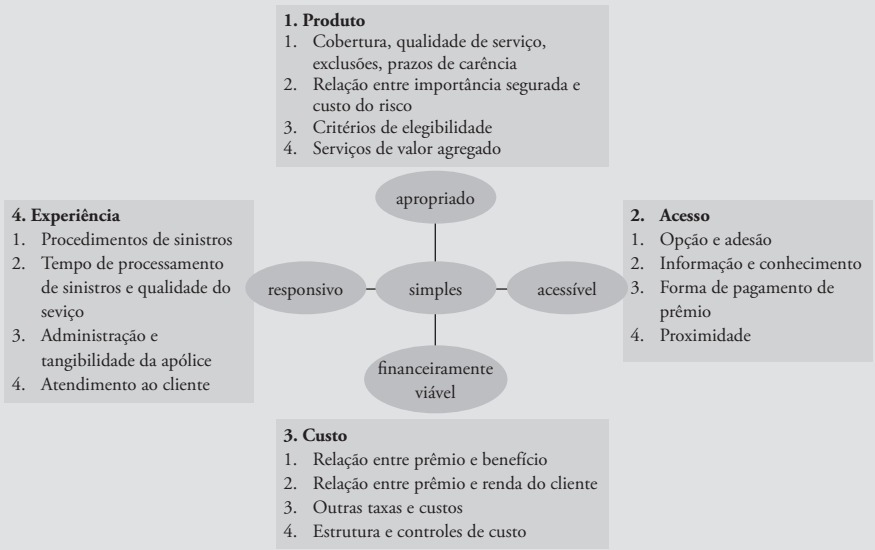
- **apropriados**: correspondem às necessidades mais importantes em gerenciamento de risco da população alvo.
- **acessíveis**: garantem acesso fácil e produtos explicados em uma linguagem simples e entregues nas proximidades dos grupos alvo.
- **econômicos**: oferecem bom custo-benefício a um preço que a clientela alvo possa pagar.
- **responsivos**: fornecem uma resposta em tempo hábil às crises por meio de pagamento rápido dos sinistros e respostas precisas às consultas do cliente, de modo que o pobre não precise recorrer a mecanismos de enfrentamento caros, como, por exemplo, contrair empréstimos.
- **simples**: simples de entender e usar; trata-se de um princípio universal tendo em vista os baixos níveis de instrução da população alvo.

A estrutura PACE é desenvolvida em torno dos cinco princípios mencionados anteriormente e está organizada em quatro principais dimensões. Conforme ilustrado na Figura 15.2, simplicidade é uma característica transversal, que é relevante nos quatros aspectos:

- **produto**: descreve a adequação analisando cobertura, nível de benefício, critérios de elegibilidade e disponibilidade de serviços de valor agregado.
- **acesso**: concentra-se em acessibilidade e simplicidade investigando opção, adesão, informação, educação, forma de pagamento de prêmio e proximidade.
- **custo**: mede tanto viabilidade financeira quanto custo-benefício, embora considere custos adicionais para manter baixos os custos gerais de entrega.
- **experiência**: avalia a capacidade de resposta e a simplicidade, considerando procedimentos e tempo de processamento de sinistros, administração da apólice, tangibilidade do produto e atendimento ao cliente.

Embora todas as quatro dimensões sejam importantes para os clientes, é possível afirmar que, sob determinadas circunstâncias, algumas dimensões são mais importantes do que outras para um determinado segmento de mercado. No entanto, partindo do ponto de vista do cliente, a solução ideal é uma proposta de valor equilibrada, um produto que pontue bem em todas as quatro dimensões. Tendo em vista tal pressuposto, e por uma questão de simplicidade, as dimensões são tratadas de forma idêntica. Ademais, enquanto a PACE é avaliada a partir da perspectiva dos clientes, supõe-se que os produtos analisados são financeiramente viáveis ou que exista uma estratégia clara para alcançar viabilidade. Produtos que não são sustentáveis não proporcionam bom valor para os clientes em longo prazo.[2]

Figura 15.2 **Estrutura da análise PACE de valor agregado**



[2] A pontuação usa uma escala de cinco pontos e os critérios em todas as 16 subdimensões. Embora seja plausível presumir que todas as quatro principais dimensões são praticamente iguais em termos de importância, nem todas as 16 subdimensões têm o mesmo significado. Por exemplo, não se pode comparar a importância do processamento de sinistros com a de administração da apólice. Portanto, em cada dimensão principal, é atribuída maior importância a duas subdimensões, que contribuem com 70 por cento da pontuação total da dimensão, enquanto as duas outras subdimensões contribuem com os 30 por cento restantes. Mais informações sobre critérios de pontuação e peso da PACE podem ser encontradas em Matul et al. (2011).

A análise PACE apresentada neste capítulo recorre, na maioria das vezes, a dados secundários disponíveis e a um número de entrevistas com funcionários. As principais fontes de dados foram as seguintes: especificações de produto, dados sobre desempenho, manuais e fluxogramas de processo, relatórios e *feedback* do pessoal. A abordagem da coleta de dados é semelhante a uma auditoria, cujas respostas a questões específicas são validadas com base em dados de diferentes fontes. Esta análise proporciona uma percepção maior quando comparada a produtos semelhantes *(ver seção 15.4)*. Valor para o cliente não pode ser analisado isoladamente, porque o microsseguro, muitas vezes, complementa mecanismos de gerenciamento de risco existentes, como, por exemplo, poupança e grupos de crédito informais ou redes de segurança do governo financiadas por tributos (*ver seção 15.3*).

Um aspecto importante desta ferramenta é que ela considera ambas as especificações de produto e processos afins. Ao avaliar os processos atuais do ponto de vista dos clientes, a ferramenta PACE pode identificar oportunidades de melhoria. Parte do problema com alguns produtos de microsseguro é que os processos em vigor para facilitar o acesso ou tratar de sinistros, muitas vezes, são mal concebidos e prejudicam o valor dos produtos.

15.2 Oportunidades de geração de valor

Com base na aplicação desta ferramenta na Índia, no Quênia e nas Filipinas, e na análise de 15 provedores de microsseguro, esta seção oferece algumas ideias preliminares de esforços para aumentar o valor em cada uma das quatro dimensões PACE. Em cada país, os analistas consideraram linhas de negócios semelhantes – produtos de vida nas Filipinas, produtos de saúde na Índia e produtos de saúde e compostos no Quênia *(ver Tabela 15.1)*. Consequentemente, a lista de oportunidades em geração de valor apresentada a seguir se baseia na experiência dessas seguradoras e não inclui inovações em outras linhas de produto de microsseguro.

15.2.1 Melhorar as características do produto para aumentar os benefícios dos associados

Seguro vida é o produto de microsseguro mais desenvolvido, e as formas de torná-lo mais valioso estão bem documentadas. Churchill et al. (2003) e Wipf et al. *(Capítulo 9 deste livro)* argumentam que para tornar os produtos mais atraentes para clientes potenciais, é importante aumentar os benefícios além do seguro prestamista básico e incluir cobertura de morte para os membros adicionais da família e/ou outros benefícios. Conforme apresentado na seção 15.4, os produtos de vida nas Filipinas são um exemplo de como, em um mercado maduro, os provedores incorporaram melhores práticas para entregar valor para seus clientes.

Tabela 15.1

Produtos incluídos no teste da ferramenta de avaliação de valor para o cliente[1]

País	*Segurador, nome do produto*	*Tipo de produto*	*Modelo de entrega*	*Data de início*	*Alcance (vidas)*
Quênia	National Hospital Insurance Fund (NHIF), cobertura setor informal	Saúde internação	Governo	2007	não se aplica
	Cooperative Insurance Company (CIC), Bima ya Jamii	Saúde internação, morte acidental & invalidez, funeral	Parceria público-privada parceiro-agente	2007	8.300 (Junho/2010)
	Pioneer, Pioneer Faulu Afya	Saúde internação & ambulatório, vida a termo, morte acidental & invalidez, funeral	Parceiro-agente	2010	11.000 (Setembro/2010)
	Britak, Kinga ya Mkulima	Vida total, saúde internação	Parceiro-agente, corretor	2007	78.000 (Outubro/2010)
	Jamii Bora Trust (JBT), Jamii Bora health	Saúde internação	Comunidade	2001	600.000
Índia	Governo da Índia, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)	Saúde internação	Parceria público-privada, governo	2009	45 milhões (Dezembro/2010)
	ICICI Lombard, Programa de Seguro Saúde (HIS) para tecelões	Saúde internação & ambulatório	Parceria público-privada	2005	5,5 milhões (Dezembro/2010)
	Yeshasvini Trust, Programa Yeshasvini	Saúde internação	Parceria público-privada	2007	2,7 milhões (Novembro/2010)
	Bharti Axa, Pamyrah Workers Development Society (PWDS)	Saúde internação	Parceiro-agente	2010	16.000 (Dezembro/2010)
	VimoSEWA, Sukhi Parivar e Swastha Parivar	Saúde internação, vida e propriedade, saúde internação	Parceiro-agente	1992	100.000 (Fevereiro/2011)
	Uplift Mutuals, Uplift Health	Saúde internação	Comunidade	2003	100.000 (Fevereiro/2011)
Filipinas	First Community Cooperative (FICCO), mutual benefit association (MBA)	Vida a termo, morte acidental & invalidez	MBA regulamentado	2007	330.000 (Novembro/2010)
	Centre for Agriculture and Rural Development (CARD), associação mútua de benefício (MBA)	Vida a termo, morte acidental & invalidez	MBA regulamentado	1994	4 milhões (Novembro/2010)
	Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services (CLIMBS), Microbiz Family Protector	Vida a termo, morte acidental & invalidez, funeral e incêndio	Parceiro-agente	2004	135.000 (Novembro/2010)
	MicroEnsure, Family Life with Taytay Sa Kauswagen (TSKI)	Vida a termo, morte acidental & invalidez, funeral	Parceiro-agente, corretor	2007	1 milhão (Novembro/2010)

[1] Mais detalhes sobre os produtos e seu desempenho podem ser obtidos na seção 15.4.

Uma das poucas questões remanescentes sobre o valor do microsseguro vida diz respeito às coberturas de morte acidental e invalidez (AD&D, na sigla em inglês). Muitas vezes, o valor para o cliente dessas coberturas é questionável devido à precificação inadequada (prêmios elevados para uma frequência de risco muito baixa), exclusões e longos períodos de carência, o que, em princípio, não é necessário para controlar seleção adversa para coberturas de acidentes.

Tendo em vista a alta exposição das famílias de baixa renda a acidentes e a dificuldade que elas têm para enfrentar despesas inesperadas, é importante continuar a melhorar o valor dos produtos de AD&D. Alguns provedores nas Filipinas, como a CLIMBS, simplificaram a lista de exclusões e eliminaram os períodos de carência para coberturas de acidentes. Da mesma forma, o CARD e a MicroEnsure garantem cobertura de acidentes logo após a adesão, enquanto os benefícios de morte natural aumentam cada vez mais com o tempo. Outra boa característica do produto do CARD é que os benefícios de invalidez são pagos em parcelas mensais e não de uma única vez, de modo que para o segurado isso é como receber um salário mensal.

Conforme discutido no Capítulo 5, desenvolver produtos de saúde valiosos, sustentáveis, é inerentemente mais complexo do que outros tipos de microsseguro. Muitos provedores, como a Self Employed Women's Association (SEWA) e a Uplift na Índia, incluem serviços de saúde preventiva em seus produtos de hospitalização, o que é uma boa forma de aumentar valor (também para não reclamantes) enquanto reduzem custos com sinistros de hospitalização.

Outra maneira relativamente fácil de aumentar os benefícios é uma ajuda financeira em caso de hospitalização ou cobrir perda de renda em face da hospitalização. Isso pode ser útil quando os clientes precisam pagar (informalmente) por remédios ou por serviços devido a sistemas de saúde pública subfinanciados. Além disso, também pode ser uma proteção para trabalhadores informais que não são compensados por perda de renda pelos sistemas de previdência social. Por exemplo, a CIC no Quênia paga KES2,000 (US$22) por semana até 25 semanas, durante o período de hospitalização. Funcionários da área de saúde da SEWA vão até o hospital no primeiro ou segundo dia de internação para efetuar um pagamento adiantado de um sinistro que será reembolsado integralmente depois.

Por último, os critérios e mecanismos de elegibilidade para escolher membros adicionais ou nomear beneficiários para produtos saúde e vida exigem acompanhamento cuidadoso. Conforme ressaltado no Capítulo 16, e observado em alguns produtos na Índia e nas Filipinas, deixar o membro principal escolher outros membros para as apólices de seguro saúde pode levar a uma discriminação de gênero, uma vez que isso pode resultar em um número muito baixo de adesões de membros da família do sexo feminino. Consequentemente, a preferência é por produtos que ofereçam cobertura para toda a família, uma vez que eles têm a vantagem de reduzir a seleção adversa.

15.2.2 Facilitar o acesso

Opção e adesão

Intuitivamente, oferecer uma opção entre produtos ou componentes específicos deve ser vantajoso. Entretanto, opções demais podem complicar decisões e desencorajar os clientes a comprar um produto valioso *(ver Capítulo 13)*. Além disso, os produtos compulsórios que não oferecem opção, em geral, custam menos, uma vez que permitem às seguradoras alcançar escala mais rápido e evitar seleção adversa. As vantagens e desvantagens de produtos compulsórios *versus* voluntários podem ser mais bem discutidas quando todas as dimensões de valor para o cliente são consideradas ao mesmo tempo (ver os exemplos do Quênia na seção 15.4).

Alguns provedores estão experimentando abordagens híbridas. Nas Filipinas, a MicroEnsure oferece um produto compulsório de seguro de vida para mutuários da instituição de microfinanças (IMF), Taykay Sa Kauswagan, Inc. (TSKI), com uma opção de inclusão de clientes que querem a continuidade da cobertura depois de seus empréstimos serem quitados, visto que muitos clientes também poupam na TSKI. A ideia básica é controlar seleção adversa por meio de um produto compulsório entregue com atendimento melhor que permita aos clientes avaliarem o produto e comprá-lo voluntariamente ou atualizá-lo para uma opção melhor no futuro.

As necessidades dos clientes variam, ainda que muitos produtos sejam padronizados para reduzir os custos de operação. Embora a customização em demasia possa ser dispendiosa para administrar, dar alguma opção para os clientes parece ser uma solução válida. Entre as seguradoras analisadas, somente a Pioneer Assurance e a VimoSEWA oferecem tal opção. À medida que os níveis de conhecimento em seguro aumentam, será possível deixar os clientes optarem a partir de um conjunto de cláusulas limitado ou mesmo decidirem sobre uma combinação de produtos compostos que ofereçam proteção para riscos saúde, vida e/ou propriedade em um produto. No momento, os produtos compostos disponíveis para clientes de baixa renda são restritos e caros (ver experiência no Quênia na seção 15.4).

No processo de adesão importa, em especial, a época e a duração do período de adesão. As adesões na VimoSEWA ocorrem depois da colheita em áreas rurais para superar as limitações de liquidez e alcançar os agricultores quando estes dispõem dos recursos da colheita. Alguns programas de saúde na Índia incluem uma única e breve oportunidade de adesão durante o ano. Embora o período de uma semana de adesão possa atenuar a questão de seleção adversa e reduzir o custo de comercialização, não é o suficiente para captar todas as famílias interessadas e pode gerar grandes desafios operacionais.

Informação e conhecimento

O pouco conhecimento dos clientes sobre seguro faz com que eles tenham dificuldade para entender as apólices e usá-las corretamente. Eles precisam ter acesso fácil às informações sobre o produto e estar informados sobre seu uso enquanto levam em consideração outras soluções disponíveis em gerenciamento de risco. O último

envolve, geralmente, uma boa educação financeira e requer o uso de vários canais para passar mensagens educativas e mudar o comportamento do consumidor.

O Capítulo 14 define várias estratégias e ferramentas utilizadas pelos profissionais. A análise de valor para o cliente revelou algumas outras ideias dos provedores, como a MicroEnsure, VimoSEWA e Uplift, que administram programas sistemáticos de educação sobre conceitos em gerenciamento de risco que vão além da transferência de informações básicas. O programa de educação da MicroEnsure, por exemplo, baseia-se em três pilares: 1) uso de histórias em quadrinhos, canções e CDs para melhorar o conhecimento financeiro dos clientes e permitir que eles comparem poupança e produtos de seguro; 2) explicação dos benefícios do produto e da logística; e 3) ensino aos funcionários da IMF sobre as mesmas questões, com ênfase em administração de sinistros.

Vale a pena também avaliar esses grandes esforços empreendidos, porém, tendo em vista os custos, é improvável que os provedores possam organizar programas abrangentes como esses sem o apoio de organizações doadoras, do governo ou de orgãos da indústria. Portanto, fornecer informações claras sobre o produto é um bom começo para as microsseguradoras. FICCO, nas Filipinas, e ICICI Lombard, na Índia, são bons exemplos, com a primeira apresentando uma apólice bastante simples que transmite os principais benefícios e a logística da apólice, e a última incluindo uma lista de exclusões no verso do cartão do seguro. Em geral, os provedores estudados nas Filipinas apresentam um desempenho melhor do que seus pares na Índia e no Quênia, com simplicidade de formulários e clareza de linguagem durante o processo de adesão.

A educação parece mais importante quando os clientes não decidem eles próprios comprar o produto (produtos compulsórios) ou pagam pouco por produtos subsidiados. Nestas circunstâncias, a utilização pelos clientes é, muitas vezes, menor do que se espera (ou as taxas de recusa de sinistros são mais elevadas), porque os clientes não conhecem totalmente seus direitos. É necessário mais educação para produtos complexos, o que, provavelmente, explica o motivo pelo qual a MicroEnsure realiza programas de educação amplos, e a Britak, no Quênia, limita-se a transferir informações.

Pagamento do prêmio

Collins et al. (2009) traçam um retrato detalhado de como a população pobre do mundo inteiro vive com rendimentos pequenos e irregulares. Pagar por seguro é difícil para famílias de baixa renda que lutam para dar conta de um turbilhão de necessidades com parcos recursos. As microsseguradoras reconhecem que este problema dificulta o acesso e estão tentando diferentes formas de superá-lo.

É necessário maior flexibilidade no pagamento do prêmio. Famílias de baixa renda valorizam o pagamento em pequenas parcelas (irregulares, se possível) a domicílio e ter seus pagamentos escalonados ao longo do tempo. Os pagamentos via dispositivos móveis, embora não praticados pelos programas analisados, podem representar um avanço desde que os custos de operação sejam financeiramente viáveis *(ver Capítulo*

24). Períodos de carência cabíveis para evitar que a apólice caduque também são desejáveis. Adicionar flexibilidade nem sempre é possível, visto que os regulamentos do seguro podem limitar as possibilidades de introduzir mais flexibilidade para ajustar determinadas linhas de produto. Por exemplo, em apólices de saúde, o pagamento dos prêmios anuais, muitas vezes, é exigido de uma só vez.

Nos países desenvolvidos, a dedução automática do salário é uma opção fácil, que agrada ao cliente. Essa opção é rara no contexto do microsseguro, uma vez que famílias de baixa renda costumam trabalhar na economia informal. Entre os produtos analisados, apenas o Britak, no Quênia, que trabalha com a Autoridade Queniana em Produção de Chá, oferecia deduções automáticas para pequenos produtores de chá que recebiam um salário mensal regular e um bônus anual.

Outra solução para tornar os pagamentos mais confortáveis envolve associação do microsseguro a outros serviços financeiros. Por exemplo, no caso das apólices Bima ya Jamii, da CIC, quase 90 por cento são compradas com um empréstimo de organizações cooperativas de poupança e crédito (SACCOs). Esta é também a prática de outros provedores no Quênia. A questão é delicada, visto que há uma linha tênue entre aumento de valor para o cliente e venda cruzada de serviços de crédito, o que pode levar a endividamento excessivo ou a aumento no nível do prêmio.

Por esta razão, o uso de poupança e remessas para financiar os prêmios deve garantir melhor valor para os clientes, mas tais soluções ainda precisam ser desenvolvidas *(ver Capítulo 7)*. A VimoSEWA registrou resultados mistos em dois mecanismos de pagamento de prêmio associado à poupança. A dedução automática das contas de poupança não funcionava quando o saldo da conta era insuficiente, e foi difícil educar os clientes de forma adequada, dada a natureza compulsória do produto. Os clientes da VimoSEWA também contam com a opção de fazer um depósito em uma conta bancária especial da SEWA e, em troca, recebem cobertura em vez de ganhar juros. Embora este mecanismo reduza os custos de operação, não supera as limitações de liquidez, uma vez que os clientes precisam efetuar um depósito que é 20 vezes maior do que o prêmio anual. Anteriormente, um quarto dos membros da SEWA utilizava o método de pagamento em depósito fixo; entretanto, esta proporção vem caindo gradualmente (McCord et al., 2006).

Proximidade

Considerando as opções de transporte limitadas, e muitas vezes caras, famílias de baixa renda precisam de uma rede de pontos de venda acessível para aderir aos programas de seguro e usufruir de seus benefícios. Esta exigência é seguida pela maioria das seguradoras analisadas, especialmente VimoSEWA, Uplift e PWDS, cujo pessoal está presente na comunidade durante o processo de adesão. É também o caso das seguradoras de vida nas Filipinas que, com frequência, investem recursos significativos no treinamento do pessoal da linha de frente dos canais de venda, que estão situados perto dos clientes, assim como no desenvolvimento de uma rede de seus próprios agentes para dar apoio aos parceiros de distribuição.

15.2.3 Reduzir custos

Custo-benefício

O custo-benefício pode ser medido pela relação entre todos os benefícios de seguro e de não seguro e o total de prêmio pago. Dos programas analisados, não é de surpreender que os produtos subsidiados garantam o melhor custo-benefício. Produtos com muitos benefícios de valor agregado, por exemplo Uplift ou VimoSEWA, também obtêm uma boa pontuação nesta dimensão. Curiosamente, nas Filipinas, onde há um mercado maduro para produtos de vida, todos os produtos oferecem custo-benefício semelhante.

A análise do custo-benefício ajuda a identificar produtos superfaturados para compensar processos ineficientes. Por exemplo, no Quênia, nem um produto relativamente barato da Britak nem o programa mais compreensivo da Pioneer Assurance parecem garantir o melhor custo-benefício. Ambos os produtos registram coeficientes de sinistros entre 80 e 120 por cento, o que significa que os membros obtêm mais por seus prêmios. Entretanto, um coeficiente tão elevado é também sinal de um problema com o programa o que, em última análise, pode ser ruim tanto para provedor quanto para o cliente. Parece que outros provedores quenianos dispõem de processos mais eficientes ou controles de custo melhores, porque, mesmo com coeficientes de sinistros mais baixos, eles oferecem melhor valor para os clientes.

Viabilidade financeira

Muitos dos produtos analisados parecem ser viáveis financeiramente, em especial nas Filipinas, onde todos os produtos estão dentro uma faixa de PHP20 até PHP30 (US$0,44 a US$0,66) por ano. Conforme descrito na seção 15.4, os únicos que não estão em conformidade com a dimensão viabilidade financeira são produtos compostos no Quênia pela CIC e Pioneer Assurance, o que pode explicar seu crescimento lento.

Mais uma vez, um subsídio pode ser usado para tornar os produtos viáveis financeiramente, desde que seja permanente ou desenvolvido de forma que não prejudique a viabilidade de longo prazo de um produto específico. Isso está se tornando mais corrente em países com políticas de governo sólidas, especialmente para produtos de seguro saúde e agrícola. Três dos programas de saúde analisados na Índia são subsidiados, seja por governos centrais ou estaduais.

Outros custos

Na maioria dos casos analisados, os produtos não exigem que os clientes paguem custos extras. Todavia, receber os benefícios de saúde, além das visitas da família a uma pessoa doente, podem ainda envolver custos de viagem, principalmente em áreas rurais. Programas como RSBY garantem um subsídio de viagem, o que supera obstáculos relativos a acesso e devem melhorar, significativamente, o valor do microsseguro em áreas rurais.

Muitos programas de saúde têm copagamentos de 10 a 20 por cento. Como demonstra o exemplo da PWDS *(ver Caixa de Texto 15.2)*, quando é dada opção aos membros, eles, intuitivamente, escolhem uma opção com copagamento e, portanto, prêmios mais baixos. Isso está de acordo com a alta taxa de desconto que, com frequência, é informada para famílias de baixa renda; dão origem à noção de que as famílias valorizam dinheiro na mão mais do que no futuro *(Capítulo 13)*. Alguns dos programas na Índia oferecem copagamentos para cirurgia ou internação cara após um acidente. Esse tipo de copagamento deve ter impacto limitado sobre o controle de risco moral, porém pode aumentar, significativamente, a vulnerabilidade para aqueles que estão expostos a riscos catastróficos. Parece que o valor para o cliente pode ser aumentado expressivamente se copagamentos forem eliminados por eventos raros, mas caros, embora ainda usados para incidentes mais frequentes, de baixo custo.

Caixa de Texto 15.2

Preferências por copagamentos maiores (e prêmios menores) na PWDS, Índia

Palmyrah Workers Development Society (PWDS), uma ONG que opera em Tamil Nadu, oferece seguro saúde internação para seus grupos de autoajuda, em colaboração com duas seguradoras. A PWDS teve a intenção de envolver grupos da comunidade durante o desenvolvimento do produto, no intuito de entender suas necessidades e conquistar adesão no início. Duas opções de produto foram discutidas com a comunidade: uma com pagamento integral do sinistro e um prêmio mais elevado, e outra com um copagamento de 20 por cento e um prêmio menor. Quando o produto foi lançado, quatro de cinco federações da comunidade escolheram a opção de copagamento. Os membros sentiram que exigir um copagamento reduziria sinistros fraudulentos e em excesso, uma vez que o reclamante tinha de arcar com uma parcela do custo de sinistro. Sua decisão de escolher a opção de copagamento foi, provavelmente, impulsionada pelo preço menor, mas também demonstrou que eles entenderam a exigência de autorregulação e estavam dispostos a tentá-la.

Estrutura e controles de custo

Conforme já explicado na análise de "custo-benefício" anteriormente, controles de custo eficazes devem resultar em produtos de melhor valor que garantirão acesso aos serviços em longo prazo. Este também é o caso da estrutura de custo e eficiência, porque os consumidores não querem pagar por provedores ineficientes. A análise detalhada sobre estrutura e controles de custo vai além do escopo deste capítulo, mas é interessante observar várias estratégias de redução de custo entre as organizações participantes: eliminar intermediários (MBAs nas Filipinas), fazer uso de pessoal dos canais de distribuição (CLIMBS, Pioneer Assurance), participação de corretores especializados (MicroEnsure) ou administradores terceirizados (TPAs), manter seleção adversa e controles de fraude, e monitorar custos do provedor de saúde (Jamii Bora

Trust, Uplift, RSBY). Por último, avanços tecnológicos devem levar a ganhos em eficiência, embora ainda seja muito cedo para esses casos terem fornecido evidências sobre esta questão.

15.2.4 Melhorar a experiência

Processos de sinistros e celeridade

O microsseguro se torna tangível para os clientes quando um sinistro é pago, e isso oferece uma oportunidade para as seguradoras fortalecerem a confiança e aumentarem a fidelidade. Os procedimentos de sinistros precisam ser práticos e os sinistros precisam ser pagos em tempo hábil a fim de garantir um serviço que seja melhor do que os meios informais pelos quais as famílias de baixa renda gerenciam riscos.

Pagamentos rápidos no caso de cláusulas de funeral das apólices de seguro vida nas Filipinas são bons exemplos de melhorias em valor para o cliente. CLIMBS, CARD *(ver Caixa de Texto 15.9)* e MicroEnsure pagam o componente de benefício funeral do seguro vida em 24 horas, enquanto o restante do benefício vida é pago um pouco depois e está sujeito a mais documentação.

Caixa de Texto 15.3

Modelo 1-3-5 de liquidação de sinistro do CARD

No Center for Agriculture and Rural Development (CARD) nas Filipinas, o procedimento 1-3-5 dias do CARD para liquidação de sinistros garante que os membros têm uma experiência positiva com o segurador. Analisados pelo gerente da filial do CARD ou pelo funcionário da MBA do CARD, os sinistros são liquidados:

- dentro de 24 horas após o aviso: um pedido de indenização deve ser pago caso o corpo do falecido ainda não tenha sido enterrado no momento da validação.
- dentro de três dias do aviso e com os documentos completos: o pedido de indenização deve ser pago caso o corpo do falecido já esteja enterrado no momento da validação.
- dentro de cinco dias do aviso: medida definitiva será tomada no que diz respeito a sinistros difíceis.

Conforme discutido no Capítulo 6, provedores de microsseguro saúde estão, cada vez mais, oferecendo uma solução para acessar benefícios por meio de sinistros "que não envolvem dinheiro". Em vez de adiantar seu próprio dinheiro e ser reembolsado depois por uma seguradora, um membro pode acessar os serviços de saúde gratuitamente. A maioria das microsseguradoras de saúde, incluindo ICICI Lombard, RSBY, PWDS, CIC, NHIF, Pioneer Assurance, Jamii Bora Trust, Britak, mudou para soluções "que não envolvem dinheiro", embora a abordagem tenha suas críticas. A Uplift acredita fielmente que uma base de reembolso gera forte senso de propriedade

entre clientes e evita custos inflacionados (devido ao tratamento desnecessário, por exemplo) de provedores de saúde. A Uplift acredita que um sistema de reembolso é mais eficiente mantendo baixos os custos globais de sinistros.[3] A VimoSEWA adota uma prática intermediária, adiantando parte do pagamento quando o cliente está no hospital e pagando o restante depois que a documentação é apresentada.

Apesar desses exemplos positivos, muitas microsseguradoras podem melhorar em administração de sinistros. O processo pode ser complicado, em especial para morte acidental & invalidez e algumas coberturas de saúde que não sejam aquelas que não envolvem dinheiro. O tempo de resposta de mais de um mês prejudica o valor, uma vez que os beneficiários podem recorrer a alternativas mais onerosas para gerar a quantia necessária. As altas taxas de recusa de alguns programas indicam que os procedimentos de sinistros não são claros ou bem informados. A lista de documentos necessários para alguns produtos, principalmente no Quênia, é muito longa. Não se sabe ao certo se a papelada adicional melhora, de alguma forma, os controles da seguradora, mas, definitivamente, piora a experiência dos clientes. A abordagem de senso comum da MicroEnsure em relação a acidentes e atestados de óbito é um exemplo de uma pequena mudança que melhora a experiência dos clientes *(ver Caixa de Texto 15.4)*.

Caixa de Texto 15.4

Processo de melhoria de valor para o cliente na MicroEnsure

A MicroEnsure iniciou sua parceria com a Taytay Sa Kauswagan Inc. (TSKI) em 2007, no Visayas, região das Filipinas, onde a IMF já estava autoadministrando um produto de seguro de vida para cobrir seus associados. Esta cobertura existente foi usada como um ponto de partida para desenvolver um produto de valor agregado utilizando o modelo parceiro-agente com apoio da MicroEnsure, um intermediário de microsseguro (ver Capítulo 23) para desenvolvimento de produto, marketing e administração de sinistros. Diversas características foram alteradas com o tempo.

Como primeira medida, a importância segurada foi aumentada de PHP100,000 para PHP120,000 (US$2,222 para US$2,666), de modo que o valor de empréstimo (em média PHP30,000, US$666) e custos de funeral serão cobertos integralmente e um valor adicional ficará para a família dos beneficiários. Os benefícios entre vida e funeral foram separados e doenças preexistentes foram incluídas nos benefícios de funeral, resultando em mais agilidade nos pagamentos de benefícios. A fim de simplificar a estrutura de custo e possibilitar aos clientes conhecerem o produto melhor, uma taxa comunitária foi introduzida, de modo a não haver nenhuma diferença no prêmio por faixa etária. A adesão dos membros da família passou a ser compulsória e uma taxa de família foi introduzida, assegurando proteção para todos os membros, embora com base em diferentes níveis de benefícios. A definição de dependentes

[3] A Uplift testou soluções que não envolvem dinheiro e argumenta que os provedores de saúde quase dobraram as taxas dos clientes que pagam em dinheiro.

também foi analisada várias vezes para adaptar a apólice às condições das famílias nas Filipinas.

Para simplificar os processos de sinistros, a MicroEnsure nomeou a IMF como administrador judicial na apólice. A documentação necessária para o processo de sinistro foi reduzida, incluindo a possível utilização de certificado e declarações do líder do vilarejo. Ademais, uma tabela progressiva de benefício foi introduzida a fim de limitar comprovações associadas a exclusões e condições preexistentes. Graças a essas adaptações, o tempo de resposta dos sinistros diminuiu de três meses para 44 dias a partir de novembro de 2010, o que representa uma redução significativa, mas que ainda pode ser melhorada.

Fonte: Dados extraídos da MicroEnsure; Facility Inovação em Microsseguros, 2011.

Administração da apólice e tangibilidade

Administração de apólice é uma questão mais fácil de tratar do que administração de sinistros, porque a maioria das seguradoras analisadas – especialmente FICCO, CARD e CLIMBS – destacam-se por entregar certificados ou cartões de seguro a seus membros com rapidez. O RSBY usa tecnologia para emitir os cartões de adesão no ato durante suas campanhas de adesão. Todavia, em outros casos, os clientes esperam de três a quatro semanas pelos cartões. Muitos provedores não dão qualquer documento de apólice ou prova tangível do seguro. É difícil defender os argumentos de redução de custo, uma vez que a comprovação do seguro pode ser tão simples quanto o cartão utilizado pela ICICI Lombard com algumas informações essenciais da apólice no verso.

Para que os clientes tenham uma experiência positiva, também é importante tornar o seguro tangível para a grande maioria que teve sorte o suficiente de não apresentar uma reclamação de sinistro. Os esforços empreendidos pela Uplift e VimoSEWA descritos no Capítulo 5 são bons exemplos sobre garantir valor para aqueles que não apresentam reclamações de sinistro; porém, prestar um serviço adicional pode ser mais oneroso, e para linhas de produtos que não sejam de seguro saúde pode representar menos benefícios diretos para as seguradoras. Garantir tangibilidade pode ser tão simples quanto oferecer um cartão de adesão e enviar mensagens de texto com informações sobre a apólice de seguro.

Atendimento ao cliente

À medida que produtos e modelos de distribuição se tornam complexos, o papel do atendimento ao cliente no microsseguro se torna mais importante. No passado, este assunto ficou completamente esquecido, e muitas microsseguradoras não ofereceram aos clientes uma forma de entrar em contato com elas no caso de um problema ou se precisassem de informações. Ultimamente, entretanto, as seguradoras estão envidando grandes esforços para garantir apoio aos clientes antes, durante e depois de uma venda.

Com os avanços em telecomunicações, as centrais de atendimento estão sendo testadas no microsseguro, e os clientes de alguns planos (CIC, Pioneer, ICICI, RSBY, Uplift) têm acesso a um número de discagem gratuita. Isso possibilita que os clientes conheçam as características básicas do produto na hora da compra, estabelece um mecanismo de *feedback* e de queixas, e permite que eles confiram o status de sua apólice.

A atenção ao cliente vai além das centrais de atendimento e está mais próxima do cliente. Trata-se de ter um processo institucionalizado para responder, satisfatoriamente, às perguntas dos clientes, mecanismos para responder às queixas e um sistema para monitorar e agir sobre pedidos e reclamações individuais. Por exemplo, CLIMBS, CIC, Uplift e VimoSEWA, entre outras, envidaram esforços para oferecer estruturas de atendimento ao cliente. Isso não ocorre com frequência em muitos programas comunitários ou de parceiro-agente, o que se supõe que estar próximo ao cliente é o suficiente.

15.2.5 Equilibrar trade-offs em um processo de melhoria contínua

Muitos dos produtos incluem elementos de melhoria de valor, embora seja raro para um produto pontuar bem em todas as dimensões de valor para o cliente, considerando que, muitas vezes, existe trade-off entre viabilidade financeira e melhorias em benefícios, acesso e experiência. Melhorias de valor para o cliente, contudo, nem sempre exigem um aumento no prêmio, podendo também ser alcançadas por meio de ganhos em eficiência, uma vez que muitos processos podem ser simplificados. Na verdade, a melhoria contínua de valor para o cliente foi observada em vários programas, incluindo Uplift e MicroEnsure *(ver Caixas de Texto 15.4 e 15.5)*.

As melhorias de valor para o cliente devem ser estratégicas. Há trade-offs intrínsecas entre valor para o cliente e questões comerciais. A abordagem de valor "equilibrado" em todas as quatro dimensões PACE faz todo sentido para um cliente; entretanto, isto pode não ser a melhor opção para uma microsseguradora que queira destacar sua oferta em um ambiente competitivo.

Caixa de Texto 15.5

Processo de melhoria de valor para o cliente na Uplift

A **Uplift Mutuals** iniciou seu programa de seguro saúde em 2003, com uma cobertura máxima de INR5,000 (US$111) para um prêmio anual de INR50 (US$1.11) por pessoa. A cobertura incluía reembolso integral para tratamento de internação em hospitais públicos e 80% em provedores privados. Em 2007, descontos em consultas ambulatoriais e medicamentos foram acrescentados, e procedimentos intensivos e acidentes foram incluídos na cobertura, enquanto condições preexistentes foram excluídas por dois anos (apenas um ano antes), e o prêmio aumentou para INR60 (US$1.33) por pessoa. Ao mesmo tempo, a Uplift recrutou pessoal de campo espe-

cializado para melhorar o atendimento ao cliente. Em 2009, a Uplift aumentou a importância segurada para INR15,000 (US$333), para um prêmio de INR100 (US$2.22) por pessoa.

A Uplift teve de lidar com três questões durante seus primeiros anos: 1) a alta taxa de recusa de sinistros; 2) um aumento no custo de sinistros; e 3) um aumento nas despesas pagas com recursos próprios. Devido à falta de conhecimento, muitos sinistros foram considerados excluídos. O programa não conseguiu controlar os custos da saúde porque confiou em uma pequena rede de provedores selecionados; portanto, não era possível monitorar (comparar) custos. A Uplift percebeu que seus membros valorizavam o acesso à informação sobre serviços de saúde, tanto quanto o benefício financeiro do seguro. Para melhorar o acesso, a Uplift criou uma rede de mais de 300 provedores de saúde de qualidade, oferecendo descontos entre 10 e 50 por cento nos preços, e instituiu uma linha 24/7 de disque-ajuda para indicar um provedor de saúde adequado para os associados. Para aumentar o valor para todos os associados, até mesmo aqueles com sinistros de hospitalização, a Uplift também expandiu suas iniciativas em saúde a fim de incluir descontos em medicamentos, campanhas mensais de saúde, check-ups mensais gratuitos e educação em saúde para prevenir doenças sazonais.

Os esforços da Uplift para melhorar o valor para o cliente parecem estar valendo a pena. No início de 2011, o programa cobria mais de 100.000 pessoas, o índice de recusa de sinistros era 2 por cento, o coeficiente de sinistros subiu para 47 por cento, o índice de serviços (proporção de membros que acessam serviços de saúde ambulatorial ou de internação) era 56 por cento, as despesas pagas com recursos próprios diminuíram 22 por cento e a taxa de renovação aumentou de 48 por cento em 2008 para mais de 60 por cento em 2010. No momento, a Uplift não é completamente sustentável. Os prêmios são suficientes para cobrir as operações de seguro, mas não são suficientes para sustentar todos os benefícios de valor agregado, os quais são subsidiados por um doador. A administração da Uplift estima que triplicando o alcance atual, serão geradas economias de escala para sustentar integralmente o programa.

Fonte: Dados extraídos da Uplift; Facility Inovação em Microsseguros, 2011.

Por fim, valor para o cliente é contextual. Nem todas as melhorias que funcionam em um país podem ser reaplicadas ou são necessárias em outro. Preferências de clientes podem ser diferentes, disponibilidade de tecnologia ou parceiros de distribuição podem variar, e o cenário de mecanismos informais, programas de previdência nacionais e provedores de microsseguro podem julgar necessário encontrar um nicho para um produto específico. A próxima seção deste capítulo compara vários produtos em termos de país e revela a importância de considerar um produto em relação às suas alternativas.

15.3 Estabelecer parâmetros: Mecanismos informais e programas de previdência social

Mecanismos informais e programas de previdência social são um parâmetro para avaliar o valor do microsseguro no contexto de outras opções em gerenciamento de risco.

Famílias de baixa renda usam uma infinidade de mecanismos de grupo informais, como as sociedades funerárias, poupança ou grupos de autoajuda para gerenciar os riscos saúde, vida e propriedade. Por intermédio de mecanismos de grupo de compartilhamento de risco, as famílias participam de uma função social importante inserida dentro de comunidades bem definidas que permitem o compartilhamento de risco sem muita fraude, risco moral ou seleção adversa. No entanto, conforme descrito por Dercon (2005) e Morduch (1999), esses mecanismos têm muitos pontos fracos. Podem lidar apenas com riscos idiossincráticos, e não riscos covariantes que afetam comunidades inteiras (por exemplo, enchentes). São mais adequados a pequenos pagamentos para eventos frequentes. Somente grupos bem estruturados, muitas vezes geridos por um comitê remunerado, são capazes de responder a sinistros vultosos, mas estes são raros e, na maioria dos casos, ocorrem em áreas urbanas.

Famílias de baixa renda tendem a combinar várias estratégias, porque nenhuma pode arcar com recursos para cobrir, sozinha, sinistros vultosos. As famílias compensam participando em vários programas de grupo, ou, no caso de uma emergência, esgotam suas economias, vendem bens a preços baixos ou contraem um ou mais empréstimos pequenos com prestamistas ou IMFs. Tais atividades, em geral, envolvem altos custos de operação (Cohen e Sebstad 2005, Collins et al., 2009).

A avaliação PACE de valor para o cliente no Quênia sobre o uso de sistemas informais de gerenciamento de risco *(ver Caixa de Texto 15.6)* confirma que eles oferecem cobertura parcial a um preço alto. Mecanismos informais de compartilhamento de risco no Quênia têm baixa pontuação em benefícios e custo de produto, alta em acesso, e média em experiência.

Caixa de Texto 15.6

Valor para o cliente a partir de mecanismos informais de compartilhamento de risco no Quênia

No Quênia, "grupos de bem-estar" de 20 a 60 membros são uma forma popular, autogerida, de responder aos riscos vida e, até certo ponto, aos riscos saúde. Eles são mais bem organizados em áreas urbanas, onde os membros contribuem, regularmente, com KES200 a KES400 (US$2.20 a US$4.40) por mês para receber um pagamento de KES20,000 a KES50,000 (US$222 a US$555) no caso de morte do associado ou de um membro da família. Em caso de doença grave, os membros são obrigados a contribuir *ex-post* com KES100 a KES500 (US$1.10 a US$5.50), o que normalmente resulta em quantias fixas de KES5,000 a KES30,000 (US$55 a US$333) para cobrir as contas de saúde. Em áreas rurais, as cobranças *ex-ante* são raras; portanto, os membros são obrigados a contribuir durante o funeral e, às vezes, os grupos organizam eventos

especiais a fim de arrecadar fundos para ajudar outros membros a superarem as principais crises de saúde (Cohen et al., 2003; Smith et al., 2010; Simba, 2002).

Considerando que o custo de um funeral pode variar de KES150,000 a KES200,000 (US$1,666 a US$2,222), a cobertura de risco de um grupo de bem-estar é insuficiente. Muitas pessoas participam de dois a cinco grupos de bem-estar ao mesmo tempo ou combinam a associação com outras estratégias, como empréstimos ou venda de bens para obter o valor necessário. Dessa forma, mesmo que contribuições regulares de um grupo possam parecer viáveis financeiramente (e chegam perto dos prêmios arrecadados para produtos de microsseguro similares), a relação custo-benefício é baixa. Além disso, cada membro incorre em custos de operação em forma de prazo, taxas e contribuições em espécie; dependendo dos vários mecanismos informais baseados no grupo, pode ser uma estratégia muito cara para enfrentar crises. Por fim, os grupos não têm qualquer contrato de resseguro que possa garantir cobertura no caso de um grande número de sinistros; portanto, os grupos também são vulneráveis financeiramente.

Os grupos de bem-estar no Quênia são acessíveis, mas parecem garantir um serviço de má qualidade para seus associados. Johnson (2004) relata que 40 por cento das famílias em uma área rural pertenciam a um grupo, pelo menos. Na maioria dos casos, as regras são simples, e os grupos estão dentro da comunidade próxima e dispõem de meios apropriados para cobrar as contribuições em prestações frequentes, porém pequenas. Os procedimentos de liquidação de sinistros também são fáceis e bastante flexíveis; entretanto, parecem funcionar apenas para programas *ex-ante*, que prestam um bom serviço em áreas urbanas nos riscos vida. No caso de um funeral, grupos urbanos costumam pagar o benefício para a família imediatamente; porém, o pagamento imediato raramente ocorre em áreas rurais e, em geral, nos riscos saúde. Há algumas evidências que indicam que contribuições *ex-post* são efetuadas com grandes atrasos quando são efetuadas. Simba (2002) declara que a cobrança de contribuições dos membros pode demorar várias semanas depois de um funeral.

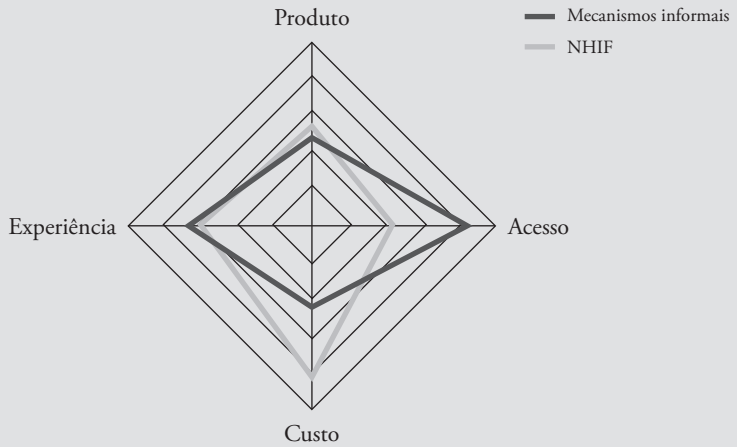
Programas de previdência social é o outro parâmetro útil para analisar valor para o cliente de microsseguro. Apesar do surgimento de programas de previdência social que vão além do setor formal, seu alcance ainda é pequeno e eles raramente oferecem proteção compreensiva; a maioria cobre crises de saúde ou eventos catastróficos ou visa reduzir a vulnerabilidade de crianças e idosos (OIT, 2008).

O National Health Insurance Fund (NHIF) no Quênia é um bom exemplo de esforço do governo para proteger uma camada mais pobre da população. Disponível originalmente para os empregados do setor formal e financiado por suas contribuições, em 2007 o NHIF permitiu a inclusão de trabalhadores do setor informal a um prêmio anual de KES1,920 (US$21) para toda a família, o que representa, aproximadamente, 0,8 a 1,2 por cento da receita de uma família de baixa renda. A cobertura pode ser comprada por qualquer pessoa nos escritórios do NHIF, mas, tendo em vista o conhecimento limitado do público, poucas pessoas aderiram. O programa oferece cobertura praticamente integral para internação em hospitais públicos e reembolsos limitados

para serviços em unidades de saúde privadas. Considerando que a cobertura é razoável em termos de preço, o NHIF pontua bem em custo, moderadamente em produto e experiência e, principalmente, devido à baixa qualidade dos serviços prestados em hospitais públicos, ruim em acesso. Os programas do governo na Índia obtiveram pontuações semelhantes àquelas obtidas no Quênia, o que indica que, embora programas de previdência social possam resolver o problema de custo (na maioria dos casos por meio de subsídios), melhores soluções são necessárias para aumentar o acesso, estabelecer processos eficientes e controlar a qualidade de atendimento.

Conforme demonstrado na Figura 15.3, no Quênia, em um retrato mais amplo de gerenciamento de risco, parece haver uma oportunidade para que produtos de microsseguro agreguem valor. Para tanto, o microsseguro deve copiar os meios informais para garantir acesso e complementar os benefícios de programas de previdência social, enquanto, ao mesmo tempo, oferece serviços de qualidade superior.

Figura 15.3 **Avaliação PACE do gerenciamento de risco informal e NHIF no Quênia**



15.4 Valor relativo de produtos em termos de país

Esta seção apresenta uma análise em termos de país dos três mercados: microsseguro vida nas Filipinas, microsseguro saúde na Índia e produtos compostos no Quênia. A análise revela a importância da avaliação de valor para o cliente de um produto em relação a alternativas no mesmo mercado a fim de identificar vantagens, desvantagens e oportunidades para melhoria do produto.

15.4.1 Descobrir pontos fracos de produtos compostos no Quênia

As famílias de baixa renda no Quênia classificam os riscos saúde e vida como suas maiores preocupações (Cohen et al., 2003), e esta perspectiva de demanda está coerente com a oferta de arranjos informais de gerenciamento de risco e programas de microsseguro que, muitas vezes, cobrem tanto os riscos saúde quanto vida. A análise PACE no Quênia compara três produtos compostos da CIC, Pioneer Assurance e Britak, e dois produtos de saúde internação do Jamii Bora Trust e NHIF *(ver Tabela 15.2)*.[4] É possível argumentar que se trata de uma comparação entre maçãs e laranjas. No entanto, como os riscos saúde são uma grande preocupação das famílias de baixa renda, uma comparação entre um produto de saúde e vida, e um produto apenas de vida é um exercício válido do ponto de vista dos clientes, visto que ambos identificam suas maiores prioridades. Além disso, os produtos são comparáveis à medida que eles têm como alvo segmentos de mercado bastante similares; CIC e Britak atendem às mesmas populações em áreas rurais, e CIC e Pioneer Assurance em áreas urbanas, enquanto Jamii Bora Trust tem como alvo o mercado de baixa renda de moradores de favelas urbanas. Nenhum dos programas do Quênia analisados, no entanto, tem um caso comercial neste aspecto (*ver Capítulo 18 para resultados do CIC*).

Tabela 15.2 **Produtos incluídos na análise PACE, Quênia**

	CIC, Bima ya Jamii	*Pioneer Assurance, Faulu Afya*	*Britak, Kinga ya Mkulima*	*Jamii Bora Trust (JBT)*
Data de início	2007	2010	2007	2001
Tipo de produto	Saúde internação, morte acidental & invalidez, funeral voluntário, independente	Saúde internação & ambulatório, vida a termo, morte acidental & invalidez, voluntário, independente	Vida integral, saúde internação, voluntário, independente	Saúde internação, prestamista compulsório, associado a crédito
Cobertura	KES340,000 (internação), KES50,000 (hospital com pagamento), KES100,000 (morte acidental & invalidez), KES30,000 (funeral)	KES200,000 (internação), ambulatório ilimitado, KES100,000 (vida), invalidez tabelado	KES100,000 (vida), incluindo 20% para saúde internação	Internação ilimitada, excelente cobertura de empréstimo
Prêmio anual[1]	KES3,650 para família	KES6,995 para família	KES1,860 para membro e cônjuge	KES2,400 para família
Distribuição	SACCOs e IMFs	IMF	Empregador (KTDA)	IMF
Segmento alvo[2]	Membros Sacco e clientes IMFs KES10-15,000 (rural) KES15-30,000 (urbano)	Microempresários urbanos KES15-30,000	Pequenos produtores de chá KES10-15,000	Moradores de favelas urbanas KES10-20,000
Desempenho	8.300 vidas (06/2010) Coeficiente de sinistro 40% para vida; 120% para saúde 25% índice de renovações	11.000 vidas (09/2010) Coeficiente de sinistros > 100%	78.000 vidas (10/2010) Coeficiente de sinistro 80-100% 1% de taxa de caducidade	600.000 vidas (10/2010) Coeficiente de sinistros 80-120%

[1] Prêmios não incluem o custo de contrair um empréstimo para comprar seguro, o que é muito comum em todos os produtos analisados, com exceção de um, da Britak.
[2] Renda familiar mensal média com base em estimativas de provedores, estudo de impacto contínuo do produto da CIC realizado por EUDN e Universidade de Oxford, e estudo de Ana Klincic sobre clientes do Jamii Bora Trust (não publicado).
Nota: US$1 = KES91.

[4] O produto CIC vende cobertura de internação NHIF e agrupa essa cobertura aos benefícios vida subscritos pela CIC.

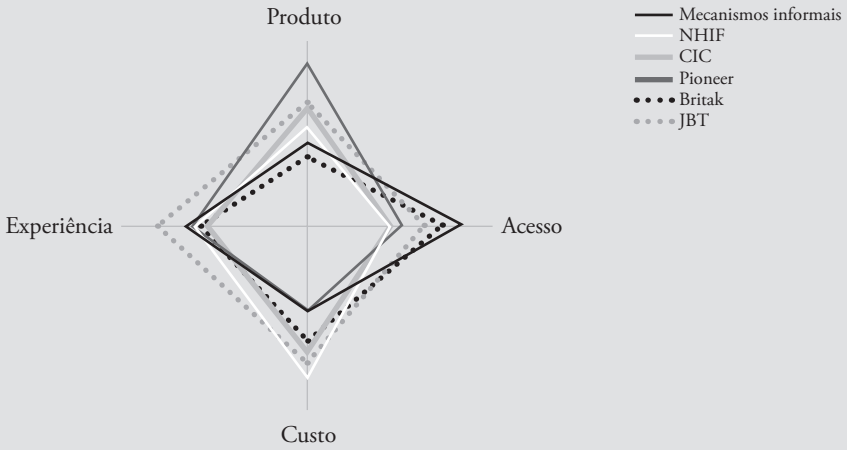
Segundo a análise PACE, o produto de microsseguro do Jamii Bora Trust é o único produto que agrega valor significativo (Figura 15.4). Esse produto imita mecanismos informais em termos de acesso, cumpre funções sociais e oferece serviço superior, enquanto, e ao mesmo tempo, oferece cobertura mais compreensiva do que a cobertura do NHIF a um preço similar. O custo-benefício relativamente bom vem do fato de que a seleção adversa é limitada em face da natureza compulsória do produto, bem como controles adequados que são colocados em prática para reduzir fraude e risco moral pelos provedores de saúde. A natureza compulsória, associada a crédito, reduz o ranking de acesso, uma vez que os clientes não têm qualquer opção e, na maioria dos casos, usam empréstimos para financiar prêmios. No entanto, isso é compensado pela simplicidade do produto e proximidade das filiais do Jamii Bora. Hoje, discute-se a possibilidade de dar aos membros mais opção, mas parece que transformar o produto em voluntário para todos os membros do Jamii Bora Trust pode reduzir o custo-benefício, uma vez que a seleção adversa e os custos de administração aumentarão de forma significativa.

O produto da Britak é mais acessível devido à sua simplicidade e ao seu canal de distribuição muito prático, permitindo dedução automática do prêmio dos salários mensais. No entanto, os benefícios relativamente pequenos enfraquecem seu potencial de desenvolvimento. Ademais, o custo-benefício mais baixo coloca este produto em risco quando os mercados se tornam mais informados e menos fragmentados.

O Bima ya Jamii foi uma boa tentativa da CIC para permitir o acesso à cobertura do NHIF, melhorando, ao mesmo tempo, a cobertura e o serviço a um preço razoável. No entanto, não funcionou muito bem na prática e requer ajustes, visto que o NHIF anunciou, em 2010, ter a intenção de incluir serviços ambulatoriais em sua cobertura, o que resultará em um aumento substancial no prêmio. Portanto, a CIC e o NHIF estão pensando em não mais oferecer o produto em sua forma atual. Apesar das melhorias em proximidade e conhecimento do cliente, a CIC e o NHIF têm encontrado dificuldades para agilizar o processo de adesão, as exigências de documentos e sincronizar seus sistemas de informação. A CIC também foi obrigada por lei a cobrar um prêmio anual adiantado, o que tornou mais difícil a obtenção e o acesso ao produto pelas pessoas.

O produto composto da Pioneer recebeu uma classificação baixa por diferentes razões. Por um lado, é o produto mais compreensivo no mercado e, como tal, merece atenção, mas é difícil de explicar aos clientes e difícil de manter altos padrões de serviço para uma cobertura múltipla, resultando em pontuações mais baixas em acesso e experiência. Além disso, o produto luta com seleção adversa e há uma necessidade de aperfeiçoar os processos administrativos para melhor gerir a rede de provedores. Por último, os mercados de baixa renda são sensíveis a preço; um prêmio equivalente a 2,9 por cento da renda mensal coloca o produto da Pioneer acima do limite da viabilidade financeira. No entanto, é o menos maduro de todos os produtos analisados, e a sua proposta de valor costuma melhorar com o tempo.

Figura 15.4 **Avaliação PACE de valor para o cliente, Quênia**



	Mecanismos informais	*NHIF*	*CIC*	*Pioneer*	*Britak*	*JBT*
Produto	2.3	2.6	3.3	4.4	1.9	3.3
Acesso	4.3	2.2	2.3	2.7	3.7	3.3
Custo	2.2	4.2	3.4	2.4	3.2	3.8
Experiência	3.3	3.0	2.7	3.1	2.9	4.0

O júri ainda não conhece o valor para o cliente dos produtos de microsseguro no Quênia, uma vez que muitos deles são novos; com sua maturidade limitada, há espaço para melhorar. A análise PACE levanta uma questão sobre valor para o cliente a partir de produtos compostos, pelo menos na forma rigorosa utilizada no Quênia. Em teoria, existem fortes argumentos a favor de produtos compostos, tendo em vista os altos custos de aquisição no microsseguro. No entanto, é preciso estar ciente de suas desvantagens. A complexidade inerente torna difícil para explicar os benefícios para clientes e para manter o serviço de alta qualidade e apólices caras de administrar, resultando em produtos muito pouco viáveis financeiramente. Do ponto de vista de valor para o cliente, a falta de escolha é um problema, visto que é possível supor que as mesmas soluções sejam adequadas para todos. Todos esses fatores resultaram em baixa aceitação.

15.4.2 Comparar vários modelos de seguro saúde na Índia

Durante a última década, vários produtos de microsseguro saúde foram desenvolvidos na Índia, fazendo do país o mercado mais maduro para a provisão de coberturas de saúde para famílias de baixa renda. Conforme demonstrado na Tabela 15.3, a análise PACE capta essa diversidade, considerando cinco produtos de hospitalização agrupados com benefícios adicionais. Tais produtos são entregues por um programa

baseado na comunidade (Uplift), por ONGs em parceria com seguradoras (PWDS, VimoSEWA), por uma companhia de seguros em colaboração com o Ministério Têxtil (ICICI Lombard), por um governo estadual em colaboração com cooperativas (Yeshasvini) e pelo governo com várias seguradoras privadas (RSBY)[5]. O RSBY e os programas de tecelões são subsidiados; sendo o último o único que oferece cobertura ambulatorial integral. Pode parecer injusto fazer uma comparação entre programas subsidiados e programas com preço de mercado; porém, tais comparações fazem sentido do ponto de vista dos clientes, o que é a essência da avaliação PACE. Os produtos atendem grupos alvo semelhantes, mas são vendidos em locais diferentes (com exceção do RSBY, o qual foi implementado em toda a Índia).

Os programas patrocinados pelo governo pontuam de forma semelhante ao seu homólogo NHIF no Quênia *(ver Figura 15.5)*. Embora possam oferecer produtos melhores a um custo mais baixo devido aos subsídios, como programas em larga escala, eles deixam a desejar em ambas as dimensões, acesso e experiência. No caso do RSBY, o acesso é limitado para a população abaixo da linha da pobreza (BPL, na sigla em inglês), conforme identificado pelo cartão de ração. É importante ressaltar que o número de adesão é pequeno pelo fato de esta ser feita, muitas vezes, dentro de um período específico de tempo e de todos os membros da família terem de comparecer pessoalmente. Informações limitadas fornecidas para o público e o esforço limitado para explicar aos membros são razões prováveis para as baixas taxas de utilização. No caso da ICICI Lombard, o acesso ao seu programa é limitado pela pouca explicação ao membro referente a um produto relativamente complexo. As baixas taxas de utilização podem sugerir procedimentos de sinistros inadequados, mas o surgimento de um programa "que não envolve dinheiro" deve melhorar a qualidade do serviço em um futuro próximo. O governo da Índia e as seguradoras envolvidas estão investindo recursos para fazer com que o RSBY e outros programas patrocinados pelo governo atendam a populações de baixa renda.

Melhorias nas dimensões acesso e experiência podem tornar mais difícil para programas com preço baseado no mercado competirem com o RSBY e outros programas do governo, pelo menos no que diz respeito a clientes mais pobres. Algumas famílias, atualmente, ainda estão associadas ao RSBY e a outros programas de microsseguro saúde; entretanto, parece que no futuro os programas se alinharão ao RSBY e reposicionarão seus produtos. Organizações como Uplift, VimoSEWA e PWDS podem melhorar o acesso ao RSBY e se certificarem de que seus membros se beneficiam do programa do governo.

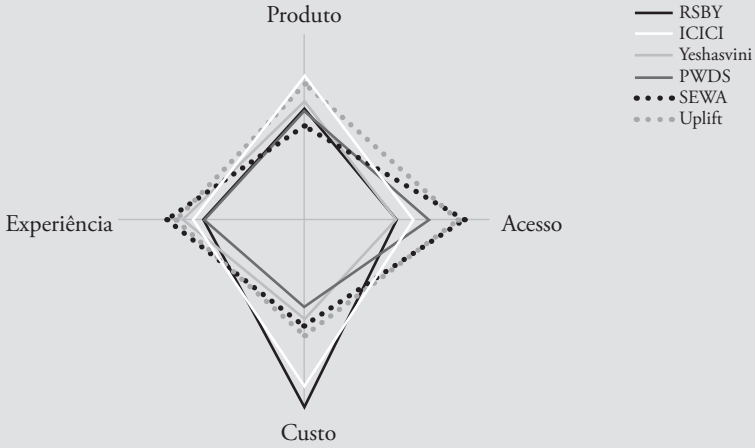
[5] Várias seguradoras públicas e privadas entregam o RSBY; os prêmios apresentam pequena variação, mas o desenho do produto e os processos básicos permanecem os mesmos. De acordo com a análise PACE, o RSBY entregue em colaboração com a ICICI Lombardi é considerado referência. Para outras informações sobre RSBY e microsseguro saúde na Índia, ver Capítulo 20, seção 20.2.4.

Tabela 15.3 **Produtos incluídos na análise PACE, Índia**

	RSBY	*ICICI Lombard, programa HIS para tecelões*	*Yeshasvini*	*Bharti-Axa/ PWDS*	*VimoSEWA, Sukhi Parivar e Swastha Parivar*	*Uplift*
Data de início	2009	2005	2007	2010	1992	2003
Tipo de produto	Saúde internação, voluntário, individual, independente	Saúde internação e ambulatório, voluntário, grupo, independente	Saúde internação, voluntário, grupo, independente	Saúde internação voluntário, grupo, independente	Saúde internação voluntário, grupo, em geral vinculado	Saúde internação, compulsório, grupo, vinculado a crédito
Distribuição	Vários	Cooperativas	Cooperativas	Grupos de Autoajuda	Grupos de Autoajuda	IMFs
Cobertura	INR30,000 sem sublimites, pré e pós-internação, maternidade integral, subsídio em transporte, descontos em ambulatório	INR15,000 sem sublimites, cobertura compreensiva	INR200,000 internação, mas limitado a uma incidência por pessoa por ano; principalmente cirurgias	INR30,000 sem sublimites, maternidade integral	INR2,000-6,000 para produtos compostos; INR10,000 para produto independente	INR15,000 para internação, sublimites pré e pós-internação, descontos em ambulatório serviços preventivos de saúde
Segmento alvo[1]	– População BPL, tanto em assentamentos urbanos quanto rurais – Renda familiar mensal: INR1,500 (rural) e INR2,000 (urbano)	– Tecelões e demais trabalhadores da indústria têxtil – Semiurbano e, principalmente, rural (em 29 estados da Índia) – Principalmente membros BPL – Renda familiar mensal: INR2,000 (rural) e INR2,500 (urbano)	– Membros de Registered Cooperative Societies na Karnataka rural – Pobre do interior, alguns membros BPL – INR3,000 (rural) e INR3,500 (urbano)	– Membros de Grupos de Autoajuda em 7 Federações em 3 distritos do sul de Tamil Nadu – Apenas rural – Pobre do interior – INR3,500 (rural)	– Membros da SEWA e outros beneficiários de ONG, na sua maioria, em Gujarat – Setor informal, rural (60%) e urbano (40%) – Pobre, alguns membros BPL – INR2,500 (rural) e INR3,000 (urbano)	Principalmente população urbana, Pune e Mumbai, moradores de favelas, clientes de microcrédito – Alguns membros BPL – INR2,500 (rural) e INR3,000 (urbano)
Desempenho	22.5 milhões de cartões emitidos (fev/2011) Média de 2,5 vidas por cartão de adesão	1.7 a 1.8 milhões de apólices, 5 a 6 milhões de vidas (dez/2010); índice de cobertura 90 por cento Coeficiente de sinistros 50 a 90 por cento; Baixo índice de recusa de sinistros Índice de renovações 95 a 100 por cento	2,7 milhões de vidas (novembro/2010) Coeficiente de sinistros 70 a 100 por cento Índice de renovações 70 por cento	6.500 apólices, 16.000 vidas (dezembro/ 2010) Coeficiente de sinistros 140 a 160 por cento	60.000 apólices, 100 a 125.000 vidas (dezembro/ 2010); 8 por cento de membros da SEWA Coeficiente de sinistros 60 a 90 por cento Índice de recusa de sinistros 15 por cento Índice de renovações 60 por cento	100.000 vidas Coeficiente de sinistros 47 por cento Índice de recusa de sinistros 2 por cento Índice de renovações 70 por cento (fevereiro/2011)

[1] As estimativas de renda do cliente devem ser tratadas com cautela, visto que os dados disponibilizados foram limitados. Os valores declarados acima se baseiam em estimativas de provedores em relação ao nível BPL na Índia, cujo limite é fixado em aproximadamente na renda mensal de INR1,800 (rural) e INR2,300 (urbano) para uma família de quatro.
Nota: US$1 = INR44.

Figura 15.5 **Análise PACE de valor para o cliente, Índia**



	RSBY	*ICICI*	*Yeshasvini*	*PWDS*	*SEWA*	*Uplift*
Produto	3.2	3.8	3.0	2.9	2.4	3.6
Acesso	2.6	3.0	2.7	3.4	4.4	4.3
Custo	4.9	4.3	2.6	2.3	2.7	2.9
Experiência	2.7	3.1	3.3	2.7	3.7	3.6

Curiosamente, assim como com o Quênia, o valor para o cliente mais "equilibrado" é oferecido por um programa com base na comunidade. Conforme descrito na Caixa de Texto 15.5, a Uplift pontua bem na estrutura PACE, principalmente devido aos serviços de valor agregado, gestão de atendimento de qualidade, esforços sistemáticos em educação do cliente e atendimento primoroso ao cliente. A VimoSEWA está muito perto da Uplift em várias dimensões, exceto em produto, uma vez que os benefícios são os mais baixos entre os programas da Índia. Ao mesmo tempo, o programa da VimoSEWA é financeiramente viável há vários anos[6], enquanto a Uplift ainda depende de doadores, o que indica que os benefícios de valor agregado garantidos pela Uplift podem não ser realistas para um programa baseado no mercado. Aumentos em prêmio podem ser uma opção para melhorar a viabilidade, considerando que a maioria dos programas analisados na Índia está abaixo do limite da disposição de pagar pelo seguro saúde.

[6] Mas o desempenho não foi validado com as seguradoras que cobrem o risco para o programa.

Os produtos Yeshasvini e PWDS acrescentam um pouco menos de valor, mas atendem a seus mercados cativos e garantem cobertura decente a um preço justo. O acesso parece ser um problema para o Yeshasvini, enquanto o PWDS, o menos maduro dos programas indianos, precisa melhorar em administração de sinistros e qualidade de serviço. Se os problemas de seleção adversa e risco moral são resolvidos, pode haver espaço para mais melhorias, resultando em maior valor para o cliente.

Resumindo, a análise PACE para a Índia traça um retrato interessante do valor entregue por diferentes modelos. Cada modelo tem diferentes pontos fortes que podem ser explorados para gerar produtos de seguro saúde melhores para famílias de baixa renda. Os *players* do setor privado e as ONGs devem alinhar seus produtos aos grandes programas públicos (desde que a qualidade do serviço melhore) por meio de integração ou visando diferentes segmentos de mercado.

15.4.3 Melhorar o valor do seguro de vida nas Filipinas

Assim como a Índia é um dos mercados mais maduros em microsseguro saúde, as Filipinas são em microsseguro vida. As coberturas compulsórias de vida com benefícios de invalidez e funeral foram selecionadas para a análise PACE. Os diferentes modelos representados incluem CARD e FICCO, que são grandes associações mútuas de benefício (MBAs), CLIMBS, uma seguradora cooperativa regulamentada, que opera em um modelo parceiro-agente com IMFs e cooperativas, e a MicroEnsure, uma corretora especializada que desenvolve e administra produtos entregues em um modelo parceiro-agente.[7] Os quatro produtos são semelhantes e têm como alvo, em termos gerais, os mesmos segmentos de mercado *(Tabela 15.4)*, o que torna a análise PACE mais fácil do que em outros países onde a presença de programas de previdência social e a complexidade do seguro saúde tornam a comparação mais difícil.

[7] O produto MicroEnsure com TSKI é considerado referência para análise PACE nas Filipinas.

Tabela 15.4

Produtos incluídos na análise PACE, Filipinas

	FICCO, MBA	*CARD, MBA*	*CLIMBS, proteção família da Micro-biz*	*MicroEnsure, Family Life com TSKI*
Data de início	2007	1994	2004	2007
Tipo de produto	Vida a termo, morte acidental & invalidez	Vida a termo, morte acidental & invalidez	Vida a termo, morte acidental & invalidez, funeral, incêndio	Vida a termo, morte acidental & invalidez, funeral
Cobertura	PHP40,000 (morte natural, principal), PHP10,000 para demais, morte acidental & invalidez igual	PHP50,000 (morte natural, principal), PHP10,000 para demais, morte acidental igual, invalidez até PHP100,000, PHP10,000 hospital com pagamento para acidente de carro	PHP30,000 (morte natural, principal), PHP10 – 15,000 para demais, morte acidental & invalidez igual, benefício funeral PHP2,500-10,000, PHP40,000 para incêndio	PHP90,000 (morte natural, principal), PHP15 – 30,000 para demais, PHP70,000 (morte acidental & invalidez, principal), PHP10 – 20,000 para demais, PHP5,000 – 20,000 de benefício
Prêmio mensal para família[1]	PHP90	PHP60	PHP87	PHP78
Distribuição	IMF FICCO	IMF CARD	IMFs e cooperativas	IMF TSKI
Segmento alvo[2]	Empréstimos para microempresários, pescadores, agricultores e trabalhadores do setor formal, de PHP13,000 – 2M PHP 5-20,000 de renda média mensal familiar	Microempresárias mulheres, comércio, serviços, agricultura PHP5-20,000	Membros de cooperativas de crédito e poupança PHP5-20,000	Microempresárias mulheres, trabalhadores pobres, principalmente, em áreas rurais PHP5-20,000
Desempenho[3]	85.000 membros (330.000 vidas seguradas) Coeficiente de sinistros 30% Índice de retenção > 80 por cento	1 milhão de membros (4 milhões de vidas seguradas) Coeficiente de sinistros 15-25% Índice de retenção > 80 por cento	135.000 vidas	1 milhão de vidas Coeficiente de sinistros 45 por cento

1 Metade do prêmio das MBAs é destinada a um fundo de garantia e reembolsada aos membros quando eles decidem sair do programa.

2 Como todos os programas têm com alvo uma população que está logo abaixo ou logo acima da linha da pobreza, a renda estimada para todos os programas é PHP5,000-20,000, com renda média mensal da família em PHP11,000. Esses cálculos se baseiam nas seguintes fontes: 1) PhilHealth (2010): limite de baixa renda em PHP246,109 ao ano, aproximadamente PHP20,000 ao mês; receita média no grupo de baixa renda PHP7,500; 2) Estatística oficial da pobreza do National Statistical Coordination Board (2011): limite mensal de pobreza para uma família de 5 pessoas em PHP7,017.

3 Coeficiente de sinistros das MBAs calculado sobre prêmios cobrados. Na realidade, o coeficiente dobra caso se baseie na parcela não restituída apenas.

Nota: US$1 = PHP45.

Todos os programas nas Filipinas oferecem melhor valor para famílias de baixa renda do que mecanismos informais de risco similares *(Figura 15.6)*, apesar do fato de que, na cultura filipina, o apoio da comunidade para ajudar as famílias enlutadas está bem consolidado. A principal limitação de mecanismos informais de compartilhamento de risco é que eles cobrem apenas custos de funeral, o que ainda deixa as famílias vulneráveis quando morre um chefe de família. Caso contrário, os mecanismos informais para lidar com os riscos vida são acessíveis, não são caros e são muito responsivos, em especial quando comparados aos seus similares no Quênia.

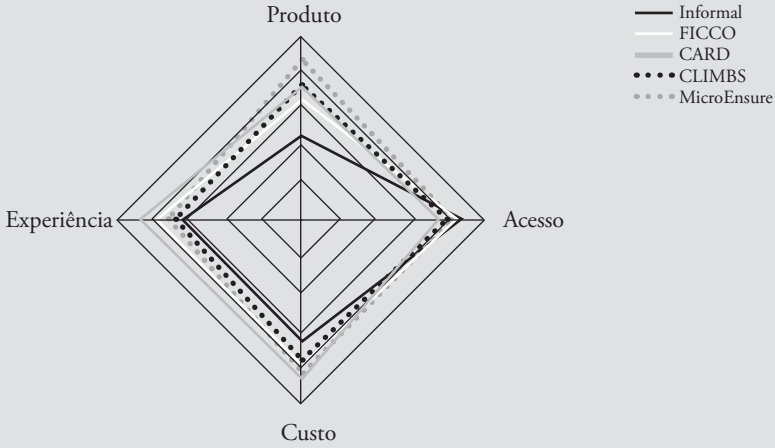
Portanto, o fato de os produtos de microsseguro vida analisados agregarem valor nas Filipinas merece atenção, uma vez que é difícil oferecer melhor valor do que a prática informal de *abuloy*.[8] Na verdade, a origem do microsseguro nas Filipinas vem da formalização de *abuloy* por algumas cooperativas que exigiam dos membros contribuição *ex-ante* de PHP2 a PHP5 (US$0.04 EUA US$0.11) por mês para um benefício de morte de PHP20,000 a PHP35,000 (US$444 a US$777), o que fica bem próximo do preço que as pessoas pagam para participar de *abuloy*. Quando as MBAs regulamentadas surgiram, como CARD e FICCO, elas se basearam nesses programas semiformais de cooperativas e os formalizou integralmente.

Todos os quatro produtos analisados pontuam quase igual nas quatro principais dimensões da estrutura PACE. Conforme descrito na seção 15.2, os produtos apresentam vários pontos fortes e fracos, mas oferecem boa cobertura e bom serviço a um preço razoável. De acordo com Rimansi (2002), o preço está dentro da faixa de disposição de pagar declarada pelas famílias de baixa renda. A preocupação com custo-benefício continua, considerando que todos os produtos são muito rentáveis, o que indica que há uma oportunidade para aumentar benefícios ou reduzir prêmios.

É interessante notar que uma convergência como esta em um ambiente onde não há muita concorrência, já que a maioria das seguradoras (especialmente aquelas que são sociedades baseadas em adesão) atendem a mercados cativos. No entanto, com o aumento da atividade por parte da CLIMBS e a recente entrada de MicroEnsure, a concorrência aumentou e os clientes parecem ter se beneficiado. Os produtos vida nas Filipinas se basearam em mecanismos informais e continuaram melhorando seus recursos para oferecer melhor valor, demonstrando evidências de que a maturidade importa e que o valor para o cliente melhora com o tempo. Ainda há melhorias a serem feitas e, com o aumento da concorrência, haverá mais benefícios para o cliente.

[8] Em *damayan*, um termo mais amplo para apoio à comunidade, parentes e amigos efetuam contribuições de *abuloy* (apoio informal para funeral) para uma família que perdeu um de seus membros.

Figura 15.6 **Análise PACE de valor para o cliente, Filipinas**



	Informal	*FICCO*	*CARD*	*CLIMBS*	*MicroEnsure*
Produto	2.3	3.3	3.6	3.7	4.3
Acesso	4.3	4.0	3.6	3.8	4.0
Custo	3.4	4.0	4.4	3.9	4.3
Experiência	3.2	3.8	4.3	3.3	3.5

15.5 Conclusões

Valor para o cliente é uma questão complexa, que ainda precisa ser entendida para que profissionais sejam bem-sucedidos em seus negócios e para que outras partes interessadas apoiem, efetivamente, o desenvolvimento de mercados de microsseguro. A ferramenta PACE pode ser usada para comparar microsseguro a suas alternativas, por meio de um sistema baseado em auditoria, apoiado por fontes de informações secundárias. Ela preenche um intervalo entre os principais indicadores de desempenho, o que pode apenas sinalizar sucessos ou problemas, e estudos completos sobre clientes, os quais são caros e de longo prazo. A estrutura PACE considera produtos por meio da visão dos clientes de uma forma holística, levando em consideração as dimensões que são importantes para os consumidores. Portanto, ela pode ser usada por profissionais para melhorar o valor de seus produtos e contribuir para processos estratégicos de gerenciamento. Os resultados PACE ainda parecem robustos o suficiente para envolver governos, doadores e reguladores em debates políticos.

A análise inicial na Índia, no Quênia e nas Filipinas revela que há espaço para o microsseguro agregar valor às principais práticas informais de compartilhamento de risco e aos programas de previdência social que existem para proteger populações de baixa renda contra os riscos vida e saúde. As conclusões apresentadas neste capítulo confirmam as limitações informais de acordos em gerenciamento de risco e também exploram como o microsseguro deve complementar os programas de previdência social.

A análise dos três países aponta para a correlação entre valor para o cliente e maturidade dos mercados. Nas Filipinas, onde há mais de uma década as microsseguradoras vêm melhorando continuamente os produtos vida, parece não haver dúvida quanto ao valor de todos os produtos analisados. No Quênia, onde as inovações em produtos compostos, tais como saúde e vida, estão apenas começando, o valor para o cliente da maioria dos produtos está em questão, visto que eles não são muito melhores do que os mecanismos informais e também não complementam o programa de previdência social. Produtos de microsseguro saúde na Índia parecem estar na metade do caminho de sua jornada em relação à entrega de valor para o cliente, com dinâmicas interessantes entre produtos valiosos entregues por intermédio de programas baseados na comunidade ou administrados por ONGs e iniciativas patrocinadas pelo governo, que estão crescendo em importância.

No processo contínuo de geração de valor, o ambiente competitivo, a orientação de mercado e/ou o compromisso social podem levar a melhorias significativas. Muitas vezes, os aperfeiçoamentos foram pequenos ajustes que fizeram uma enorme diferença para consumidores de baixa renda. No entanto, é raro para uma oferta primar em produto, acesso, custo e experiência. Por conseguinte, ainda há espaço para melhorias, considerando que os clientes estão buscando valor nas quatro dimensões. Existem muitas trade-offs neste processo; entretanto, se melhorias conduzem a maior eficiência, uma proposta de equilíbrio pode ser possível.

Os exemplos citados no presente capítulo são inspiradores; porém, o valor para o cliente é contextual e nem todas as ideias podem ultrapassar as fronteiras para mercados com diferentes preferências de cliente, sistemas de previdência social, ambientes competitivos e disponibilidades de tecnologia ou canais de distribuição. E, ainda, embora o contexto importe, alguns motores de valor para o cliente parecem suficientemente universais para serem colocados na agenda global do microsseguro para melhorar ainda mais o valor para o cliente. Isso inclui explorar:

- melhorias em processamento de sinistros, atendimento ao cliente, educação do consumidor e processos de adesão;
- tradução de ganhos em eficiência (por meio de melhorias em processos e uso de tecnologia) em melhor valor para o cliente;
- valor de desenhos de produtos compulsórios *versus* voluntários;
- equilíbrio entre simplicidade e cobertura (coberturas simples comparadas a coberturas mais compreensivas, coberturas adequadas) no contexto de marketing, demanda, e custos de aquisição;
- formas de estruturar parcerias público-privadas para microsseguro saúde e agrícola;
- oportunidades para se basear em mecanismos informais e garantir melhor convivência com o microsseguro.

Por fim, em microsseguro, como em qualquer outro negócio de varejo, o valor para o cliente deve ser o motor da viabilidade do negócio. Melhores produtos significa alcançar economias de escala, um pré-requisito em microsseguro, de uma forma mais ágil. Alguns produtos vida analisados neste capítulo revelam que é possível encontrar o equilíbrio ideal entre valor para o cliente e viabilidade do negócio. Não há uma resposta simples em que a estratégia de negócios é a mais eficaz; entretanto, é muito difícil chegar a uma boa estratégia sem conhecer as necessidades dos clientes e sem uma ferramenta que associará inteligência de mercado ao processo de planejamento estratégico. Para conhecer as necessidades dos clientes, as microsseguradoras precisam de mais dados do cliente.

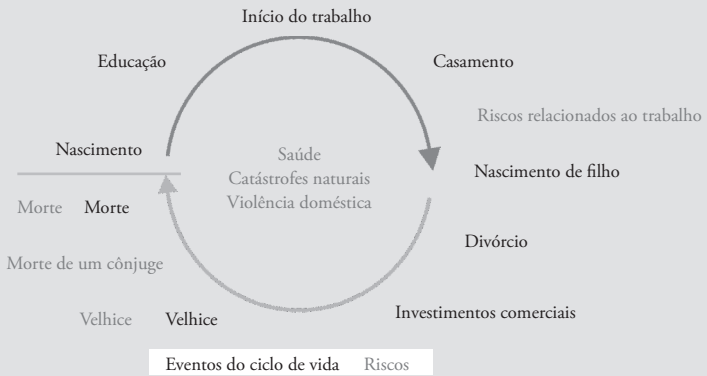
16 Microsseguro que opera para a mulher

Anjali Banthia, Susan Johnson, Michael J. McCord e Brandon Mathews

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 3, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT (2009), que foi cofinanciada pela Swiss Development Cooperation. Os autores agradecem a Inez Murray (Banco Mundial das Mulheres), Anna Gincherman (Banco Mundial da Mulher), Raven Smith (Zurich) e Jonathan Tin (Zurich) pelo apoio inestimável dado neste documento. Os autores também agradecem a Naila Kabeer (Institute of Development Studies, Universidade de Sussex), Gabriele Ramm (consultora) e Patricia Richter (OIT) pela revisão do documento.

Para milhões de mulheres do mundo inteiro, a cobertura de microsseguro pode significar diferença entre vida e morte. Ter mecanismos de enfrentamento eficazes é fundamental para a mulher pobre, que não apenas é confrontada com uma grande vulnerabilidade ao risco, mas que também arca com o ônus de gerenciar os riscos de suas famílias. Durante a vida de uma mulher, esses riscos podem incluir problemas de saúde para ela e membros da família, perda da renda do chefe de família devido a morte ou divórcio, vulnerabilidade na velhice, preocupação com o cuidado dos filhos em caso de sua própria morte, violência doméstica, riscos relacionados com o trabalho e catástrofes naturais, conforme mostrado na Figura 16.1. Qualquer um desses riscos pode levar a choques financeiros graves e, muitas vezes, devastadores para a mulher pobre e sua família, potencialmente, intensificando a pobreza, instabilidade e vulnerabilidade.

Figura 16.1 **Eventos e riscos do ciclo de vida da mulher pobre**



O homem pobre é confrontado com muitos desses mesmos riscos. No entanto, o impacto sobre a mulher pobre é muito maior. Globalmente, as mulheres representam 70 por cento de pobres do mundo (UNIFEM, 2010). Elas enfrentam níveis desproporcionais de vulnerabilidade e violência física. Ganham menos, muitas vezes têm emprego

no setor informal, com menos participação e controle dos bens (Mayoux, 2002). Quando tais vulnerabilidades se combinam com a responsabilidade de assegurar o bem-estar e a segurança de suas famílias, fica claro que as mulheres não apenas têm um única e premente necessidade de meios adequados para gerenciar riscos, mas também de atuar como agentes no gerenciamento de riscos de suas famílias inteiras.

A mulher pobre tem, tradicionalmente, enfrentado o risco utilizando abordagens que oferecem proteção moderada, mas são, muitas vezes, limitadas, ineficientes, não confiáveis, ou mesmo prejudiciais. O microsseguro oferece uma solução promissora para a mulher pobre se desenvolvido e entregue de forma eficaz. Mulheres são um segmento significativo do mercado de microsseguro emergente porque buscam cobertura tanto para si quanto para suas famílias, atuando como gestoras de risco de famílias inteiras. No entanto, milhões de mulheres pobres não têm seguro.

Este capítulo destaca a importância de conhecer os riscos específicos que a mulher pobre enfrenta e a influência da dinâmica familiar sobre como esses riscos são gerenciados. Com tais conhecimentos, o capítulo explora como o microsseguro pode ser melhor desenvolvido e entregue para a mulher. O capítulo também se presta a cobrar das IMFs[1] e demais canais de distribuição, bem como doadores, seguradoras e comunidade de pesquisa, o desenvolvimento de programas de microsseguro sensíveis ao gênero.

Os resultados deste documento são, principalmente, extraídos dos estudos de pesquisa qualitativa de mercado realizada pelo Banco Mundial da Mulher (WWB), de 2003 a 2008, em oito países entre África, Europa Oriental, América Latina, Oriente Médio e Sul da Ásia, além da literatura existente sobre poupança e microsseguro.

16.1 Gênero e risco em famílias pobres

Como as decisões e estratégias em gerenciamento de risco diferem entre mulheres e homens? Embora haja diferenças entre culturas, em geral o homem, muitas vezes, tem o papel de provedor, figura de autoridade e chefe de família, e costuma ser o responsável por tomar as principais decisões financeiras. A mulher costuma ter o papel de cuidadora, dona de casa, e, cada vez mais, de fonte de rendimento e gestora financeira da família. Inerente à função de cuidadora, está a responsabilidade de lidar com os riscos – como problemas de saúde, mortes na família e emergências – para manter a segurança, saúde e estabilidade do lar.

Esses papéis dão origem a diferentes estratégias de gerenciamento de risco para mulheres e homens, o que pode ser explorado a partir de três perspectivas descritas a seguir. Em primeiro lugar, as atitudes da mulher em relação à poupança, aversão ao risco e gestão financeira, muitas vezes, diferem das atitudes do homem. Em segundo lugar, existem alguns riscos que surgem para a mulher como resultado de relações intrafamiliares. Por fim, a mulher tem uma vulnerabilidade maior para riscos devido à sua fisiologia e posição na família e na sociedade.

[1] Este capítulo se concentra, principalmente, em instituições de microfinanças como canais de distribuição.

16.1.1 Atitudes da mulher em relação ao gerenciamento de risco

A mulher é ávida poupadora e gerente de risco. A mulher, normalmente, utiliza seus lucros para melhorar a saúde e a qualidade de vida de sua família, seja gastando os lucros dos negócios nas despesas da casa ou poupando esses lucros para recorrer a eles em caso de necessidade. Este comportamento se refere ao papel da mulher como cuidadora e indica que, se a mulher está provendo as necessidades diárias da família, os recursos do homem ficam livres para investir e expandir seus negócios. Neste sentido, seus papéis são interdependentes. Um homem paquistanês revela: "As mulheres usam [sua renda] na casa, elas pensam nas crianças. Elas economizam dinheiro para o dote ou educação dos filhos. Isto é o que as mulheres fazem. Os homens querem expandir seus negócios" (WWB, 2008c).

Evidências de países desenvolvidos indicam que a mulher é mais avessa ao risco do que o homem em relação a investimentos (Jianakoplos e Bernasek, 1998). Contudo, as diferenças em aversão ao risco podem não ser biológicas ou inatas, e sim serem oriundas dos papéis tradicionais dentro da família e dos diferentes graus de riscos que a mulher e o homem enfrentam. Se essas diferenças surgem de preferências inatas ou de contextos de gênero, mulheres e homens gerenciam riscos de forma diferente, e isso tem implicações no desenvolvimento do produto de microsseguro.

16.1.2 Relações intrafamiliares e gerenciamento de risco

Algumas famílias operam com a importante união de tomada de decisão e negociação. Em outras, pode haver uma separação acentuada dos papéis, com pouca discussão ou colaboração, ou pode haver conflito latente ou evidente em que alguns membros, geralmente a mulher, sentem que estão buscando cumprir suas responsabilidades à margem de seus cônjuges. Nos casos citados por último, o homem pode oferecer pouca assistência, suspender suas contribuições quando a mulher ganha o próprio dinheiro ou fazer exigências sobre a poupança e a renda da mulher para seus próprios objetivos. No pior dos casos, o conflito pode levar à violência doméstica e ao divórcio.

Como a família funciona influencia, significativamente, a alocação de recursos para poupança e seguro. Quando a cooperação é grande, as decisões conjuntas para mobilizar fundos para seguro podem ser tomadas mais facilmente. Nas famílias onde os papéis são claramente separados ou onde há conflito, tais decisões costumam ser mais problemáticas. Nesses casos, a mulher que deseja comprar apólices que atendam às necessidades inerentes ao seu papel – por exemplo, assistência médica dos filhos – pode ter de recorrer à renda e poupança próprias, geralmente, menores. A própria existência de conflito familiar também pode aumentar o desejo de uma mulher de comprar seguro e afetar as características de sua escolha. Conhecer essa dinâmica de gênero intrafamiliar permitirá que o desenvolvimento e a entrega de produtos de microsseguro sejam aperfeiçoados.

16.1.3 Maior vulnerabilidade da mulher pobre ao risco

As necessidades de gerenciamento de risco da mulher são moldadas por riscos específicos e únicos que ela enfrenta devido à sua fisiologia e posição na família e na sociedade. Os principais riscos enfrentados pela mulher pobre são os seguintes:

- **Saúde:** Choques na saúde estão entre os maiores e menos previsíveis riscos que as famílias pobres enfrentam. O aumento dos custos médicos e salários perdidos podem empurrar para a pobreza famílias em situação estável (Chen et al., 2008). A mulher enfrenta um duplo desafio quando se trata de riscos saúde: ela é mais propensa a problemas de saúde e de ser responsável no cuidado dos problemas de saúde dos outros. Exemplos de maior propensão à doença da mulher incluem problemas na saúde reprodutiva, como pode ser comprovado pelas quase 300 milhões de mulheres que sofrem danos permanentes à saúde resultantes de gravidez e parto (Ahmed e Ramm, 2006). A mulher, também, é mais propensa a doenças sexualmente transmissíveis, como HIV/AIDS, uma vez que, muitas vezes, estão em situação mais fraca para negociar o sexo seguro (UNAIDS, 2008). A saúde da mulher também pode ser ameaçada por meio de um aumento da exposição à água insalubre durante a limpeza de sua casa e à lenha ou fumaça de carvão exaladas durante o cozimento, que são nocivas (Ahmed e Ramm, 2006). A mulher pobre pode ser menos propensa a usar seus recursos limitados para tratamento quando está doente, preferindo usar os recursos para o tratamento de membros doentes da família, especialmente os filhos (Kern e Ritzen, 2002).
- **Morte do marido:** Na maioria dos países, as mulheres tendem a viver mais do que os maridos. A probabilidade aumenta nas comunidades onde a mulher é propensa a se casar com um homem mais velho e onde a expectativa de vida do homem é menor devido a violência, condições de trabalho inseguras ou serviço militar. Para a mulher pobre, a morte do marido pode ser devastadora – não apenas emocionalmente, mas também financeira e legalmente. Viúvas que dependiam de seus cônjuges para apoio financeiro devem aprender a sobreviver sozinhas, com poucas chances de se casar de novo. O risco é ampliado no caso da mulher com filhos pequenos para sustentar e educar. As viúvas também podem enfrentar grandes batalhas legais e culturais para conservar a propriedade após a morte do marido. A perda da propriedade pode deixá-las sem uma casa para morar e pode ameaçar a segurança pecuniária e alimentar. As seguradoras podem desempenhar um papel positivo em tais situações, exigindo que os ativos do segurado estejam no nome da mulher (Ahmed e Ramm, 2006).
- **Velhice:** A velhice exerce uma pressão considerável sobre as famílias pobres, pela necessidade de apoio financeiro e ajuda na subsistência, e aumento dos custos de saúde. Tradicionalmente, a mulher tem lidado principalmente com esse risco, confiando em seus filhos adultos para apoiá-la. Cada vez mais, todavia, a mulher tem a preocupação de que os filhos serão incapazes ou não estarão dispostos a dar este apoio. Esta análise dos papéis tradicionais deixa muitas mulheres vulneráveis, particularmente as viúvas.
- **Divórcio:** Pesquisa do WWB revela que muitas mulheres divorciadas estão sob intensa pressão financeira – uma pressão que cresce quando elas têm filhos para cuidar. Como na morte de um dos cônjuges, a mulher divorciada enfrenta a perda

do apoio financeiro do marido, um custo que aumenta em países onde a pensão alimentícia não é exigida ou obrigada, e é muitas vezes confrontada com grandes batalhas legais para conservar a propriedade após o divórcio. Esses riscos financeiros se tornam ainda mais difíceis quando combinados com as barreiras culturais e o ostracismo social que a mulher divorciada pode enfrentar. Enquanto o "seguro de divórcio" pode não ser viável, seguradoras e canais de distribuição podem incentivar a mulher a ter seu nome na escritura da propriedade que está sendo segurada a fim de protegê-la no caso de divórcio ou morte do marido. IMFs e demais pontos de distribuição também podem ajudar a mulher divorciada dando indicações de serviços jurídicos para mulheres a preços acessíveis que podem ajudá-las a manter seus bens após o divórcio.

– **Própria morte:** Muitas mulheres temem que seus filhos, principalmente suas filhas, não estarão devidamente amparados no caso da própria morte. A mulher também se preocupa em sobrecarregar a família com os custos do funeral e dívida pendentes, e aquela que tem uma renda teme que a família possa não ter meios para sobreviver sem sua contribuição. O microsseguro é uma ferramenta óbvia para garantir apoio financeiro, incluindo quitar dívidas pendentes e garantir benefícios financeiros para os filhos, mas algumas mulheres temem que o cônjuge, se declarado beneficiário da apólice de seguro vida, venha a gastar parte ou a toda indenização de forma indevida. Para contornar essa situação, os canais de distribuição podem oferecer assessoria em aspectos culturais, a fim de ajudar a mulher a pensar em suas opções para nomear um beneficiário. O microsseguro também pode ser desenvolvido para proporcionar benefícios práticos diretamente, como mantimentos ou vales para mensalidades escolares, no intuito de melhor assegurar que as necessidades da mulher serão atendidas, mesmo depois de sua morte.
– **Violência doméstica:** A violência doméstica não apenas coloca a saúde física e mental da mulher em risco, como também pode ameaçar sua segurança financeira. A mulher que sofre com violência doméstica pode incorrer em altos custos financeiros para tratamento e reabilitação, o que tem implicações no seguro saúde (Ahmed e Ramm, 2006). A mulher também pode pensar que sua capacidade de auferir uma renda é reduzida se seu trabalho a sujeita a abuso ou se o abuso a deixou incapacitada para trabalhar. Para a mulher pobre que não possui propriedade, esse risco se agrava. Pesquisas no sul da Índia concluíram que 49 por cento de mulheres casadas que não possuíam terras ou uma casa sofriam violência doméstica enquanto esse número caía para 10 a 18 por cento para quando elas possuíam terras ou uma casa (Murray, 2008). Dessa forma, os esforços das IMFs para incentivar a posse de bens por meio de poupança e crédito pode também ser uma ferramenta importante de gerenciamento de risco para a mulher.
– **Riscos relacionados com trabalho:** A mulher pobre enfrenta uma série de riscos relacionados com trabalho, que, muitas vezes, não são cobertos por produtos de seguro disponíveis. As comerciantes que trabalham nas ruas ou em praças do mercado podem estar vulneráveis a roubo e violência física. Profissionais do sexo são fortemente propensas a doenças sexualmente transmissíveis, estupro e abuso. Mulheres cujos

negócios são montados em casa são vulneráveis porque não dispõem das medidas de segurança que podem ser postas em prática nas fábricas e porque estão fisicamente isoladas dos outros, diminuindo suas oportunidades de participar de sindicatos e buscar igualdade salarial por seu trabalho. Considerando que a mulher normalmente recebe menos por seu trabalho do que o homem e é mais propensa a trabalhar no setor informal, onde recebe menos proteção legal contra os riscos relacionados ao trabalho, sua capacidade de evitar ou lidar com esses riscos é mais limitada.

– **Catástrofes naturais:** Os efeitos das catástrofes naturais sobre a população pobre podem ser especialmente graves, mas raramente são cobertos pelo seguro *(ver Capítulo 4)*. A proporção significativamente maior de vítimas de catástrofe na maioria dos desastres naturais recentes foi de mulheres. Essa disparidade em gênero resulta de várias diferenças de gênero: como cuidadora dos filhos, a mulher pode estar fisicamente mais próxima dos dependentes em uma situação de desastre e, portanto, precisa tentar resgatá-los, reduzindo sua capacidade de evacuar o local rapidamente. Restrições culturais sobre a capacidade da mulher de deixar sua casa sem permissão do homem também podem dificultar a evacuação em tempo hábil. Embora a mulher sobreviva ao desastre por si própria, ela sofre uma segunda onda de risco, uma vez que a ameaça de violência física e sexual contra a mulher tem se revelado maior, em especial nos abrigos e acampamentos de socorro durante a fase de recuperação (Dimitríjevics, 2007).

16.2 Gerenciamento de risco e estratégias de enfrentamento tradicionais

Os mecanismos para a mulher pobre tradicionalmente costumam lidar com risco em duas categorias: 1) gerenciamento de risco ou estratégias *ex-ante*, medidas tomadas para limitar riscos ou se preparar para a ocorrência de um evento de risco; e 2) estratégias para enfrentar o risco ou estratégias *ex-post*, medidas tomadas para lidar com as consequências dos choques depois de terem ocorrido. Esta seção discute gerenciamento de risco que não é de microsseguro e estratégias de enfrentamento. O microsseguro como uma estratégia de gerenciamento de risco é assunto tratado na seção 16.3.

16.2.1 *Ex-ante*: Estratégias de gerenciamento de risco para a mulher pobre

– **Poupança:** Conforme discutido anteriormente, a mulher usa poupança para compensar os choques financeiros associados ao seu papel de cuidadora, incluindo saúde, educação e emergências. A mulher pobre emprega uma variedade de estratégias de poupança, incluindo poupança doméstica, em bens, em associações de poupança e crédito rotativos (ROSCAs) e contas poupança mantidas em bancos, IMFs ou cooperativas.

– **Tomar decisões comerciais de aversão ao risco:** Com acesso limitado a capital e a educação e restrições significativas em seu tempo devido às responsabilidades de

cuidadora na família, a mulher pobre tem, muitas vezes, pouca opção, a não ser a de se sobrecarregar com atividades comerciais não diferenciadas, de baixo valor agregado, baixo risco, pouco lucro, como, por exemplo, costurar ou cozinhar, que são extensões de seus deveres domésticos. Quando lucros são auferidos, a mulher, muitas vezes, evita reinvestir seus lucros no seu negócio principal, e, em vez disso, opta por mais escolhas de aversão ao risco. Tal comportamento evita grandes perdas, mas também limita grandes ganhos, e é indicativo de uma preferência por segurança e gerenciamento de risco a decisões comerciais arriscadas, porém, potencialmente mais lucrativas.

– **Investir em bens:** Muitas mulheres pobres consideram a posse de um bem como uma estratégia para gerenciar os riscos de divórcio, viuvez ou velhice. Com seu nome na escritura, elas podem evitar batalhas legais complicadas e caras sobre o bem se divorciadas ou viúvas, assegurando um lugar para viver. Ter um bem permite à mulher deixar esse bem para os filhos, é um lugar para viver na sua velhice e dá a ela uma opção de alugar toda ou parte da casa, como fonte de renda, o que é particularmente vital para a mulher idosa.
– **"Investir" nos filhos:** As mulheres, muitas vezes, consideram que os investimentos na educação e nos negócios de seus filhos é investimento na segurança de sua velhice. "O maior investimento que você pode fazer é educar seus filhos, dar a eles dinheiro para irem para a universidade," diz uma mulher dominicana (WWB, 2008b). A esperança é que filhos com boa educação terão empregos bem pagos que darão a eles recursos suficientes para cuidar de seus pais idosos e um senso de responsabilidade de "retorno" por apoiá-los enquanto são jovens.
– **Participar de relações sociais mútuas informais:** As mulheres de muitas culturas investem em relações sociais mútuas informais para se preparar para vários eventos da vida, como, por exemplo, o nascimento de um filho ou a morte de um cônjuge. As relações de gerenciamento de risco, como as *munno mukabis* (cuja tradução é "associações de amigos necessitados") em Uganda, oferecem uma oportunidade para os membros cobrarem fundos durante um tempo a fim de reunir recursos suficientes para ajudar seus associados caso ocorra uma determinada necessidade financeira, por exemplo, uma morte ou um casamento (CGAP, 2000).

16.2.2 *Ex-post*: Estratégias de enfrentamento de risco para a mulher pobre

– **Reduzir despesas da família:** Depois de ocorrer um choque financeiro, a mulher pobre costuma responder cortando as despesas da família. Dependendo da necessidade financeira, esses cortes podem incluir uma redução nas despesas diárias, como, por exemplo, gastos com alimentação e médico, e/ou reduções de custo de prazo mais longo, por exemplo, mudar-se para uma casa menos dispendiosa ou tirar os filhos, especialmente as meninas, da escola (Banco Mundial, 2009).
– **Fazer empréstimo:** Muitas mulheres pobres recorrem a empréstimos para enfrentar os choques financeiros, seja com a família, amigos, IMFs ou prestamistas a um custo alto. A mulher também pode desviar fundos de empréstimos contraídos anteriormente

para outro fim (ex.: investimentos comerciais) para administrar riscos imediatos. Quando os empréstimos já foram contraídos, uma estratégia de último recurso para enfrentar os riscos pode ser deixar de pagar o empréstimo caso o dinheiro seja necessário para outro fim.

- **Vender ativos:** Uma outra estratégia para lidar com o risco envolve a venda de bens, como ouro, terras e casa, ou ativos de geração de renda, tais como equipamentos dos negócios ou gado.
- **Iniciar ou aumentar as atividades de geração de renda**: Os membros da família pobre também podem assumir ou aumentar as atividades de geração de renda a fim de ganhar dinheiro extra para lidar com choques financeiros (Ezemenari et al., 2002). Frequentemente, é um choque financeiro grave que empurra as mulheres e, em alguns casos, seus filhos, para a força de trabalho. Um estudo recente da mulher profissional do sexo no Quênia ocidental revela, de modo preocupante, que ela é quase 20 por cento mais propensa a fazer sexo pago mais arriscado, mais bem pago, nos dias em que um membro da família, principalmente uma criança, cai doente, como uma forma de fazer face às despesas relacionadas com saúde (Robinson e Yeh, 2009).
- **Participar de relações sociais mútuas informais:** Relações sociais informais também podem ajudar as famílias pobres a enfrentar choques financeiros. No Quênia, as mulheres usam as *harambees* (cuja tradução é "cooperativas"), onde se unem para cobrir os custos financeiros de choques, como uma morte na família. Da mesma forma, um estudo no Nepal constatou que, quando alguém morre, os membros da comunidade, normalmente, doam pequenas quantias de dinheiro e alimentos, que as famílias usam durante o período de 13 dias de luto (Simkhada et al., 2000).

16.2.3 Consequências das estratégias de risco

Embora muitas das estratégias de risco adotadas pelas famílias pobres garantam alguma proteção, ainda que juntas, elas são muitas vezes insuficientes para cobrir integralmente os custos associados aos choques financeiros (Dercon e Kirchberger, 2008; Cohen e Sebstad, 2009). Além disso, estas estratégias, muitas vezes, têm implicações secundárias adversas para a mulher e sua família.

Inadequações

Embora a pesquisa do WWB indique que a mulher pobre está disposta a poupar e pode economizar em torno de 10 a 15 por cento do seu rendimento líquido mensal, o valor, raramente, é suficiente para cobrir mais do que emergências básicas e alguns custos relacionados à saúde. A poupança também pode ser ineficaz quando a segurança do que foi poupado está em questão, como é frequentemente o caso em economias informais, em que a ameaça de roubo, fraude ou pressão de outros membros da família para gastar contraria sua capacidade de servir como um mecanismo efetivo de enfrentamento. Uma pesquisa em Uganda concluiu que 22 por cento em economias são perdidos em esquemas informais de poupança em comparação a uma taxa de perda de

apenas 3,5 por cento no setor formal (Wright e Mutesasira, 2001). Considerando sua maior propensão a usar mecanismos de poupança informal, este risco afeta a mulher de uma forma desproporcional (WWB, 2003).

Além disso, economizar por intermédio das ROSCAs pode ser inútil quando uma quantidade de membros exige dinheiro ao mesmo tempo ou quando um membro enfrentando um choque financeiro não consegue receber seu dinheiro (WWB, 2006d). Outras relações sociais mútuas informais também são incapazes de garantir cobertura integral para muitos riscos. No exemplo anterior do Nepal, as contribuições de membros da comunidade foram usadas para cobrir apenas 25 por cento dos custos associados à morte de um membro da família (Simkhada et al., 2000). As relações sociais também podem proporcionar pouca proteção contra riscos covariantes, tais como catástrofes naturais ou epidemias de saúde, porque os outros podem estar enfrentando os mesmos problemas, o que limita sua capacidade de ajudar.

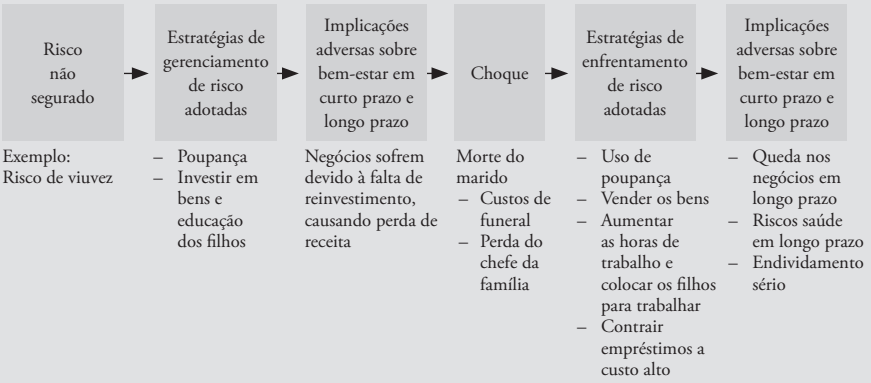
Implicações secundárias adversas

Várias estratégias de risco, apesar de algumas vezes serem eficazes em curto prazo, podem levar ao prolongamento de implicações secundárias adversas, perpetuando um ciclo de pobreza para a mulher pobre e sua família. Alocar os lucros dos negócios à poupança e não em investimentos, por exemplo, é uma das principais razões para as empresas de mulher não crescerem na mesma proporção que as empresas de homem (Murray, 2008). Acumular poupança como precaução também pode limitar as despesas com outras necessidades vitais, como, por exemplo, habitação ou educação. Outras práticas de negócios avessos ao risco, tais como diversificação em vários negócios de pequeno porte, podem reduzir o impacto de qualquer negócio falir e ainda limitam a chance de sucesso de cada um dos negócios. Essas escolhas avessas ao risco fazem com que a mulher pobre renuncie a algumas oportunidades rentáveis que podiam ajudar a quebrar o ciclo de pobreza (Dercon e Kirchberger, 2008).

Quando uma mulher lida com choques pela venda de ativos produtivos, como gado ou equipamentos, ela pode, no desespero, ser forçada a aceitar um preço abaixo do mercado. Independentemente disso, ela anula sua capacidade de geração de renda dos ativos no futuro. Da mesma forma, tirar os filhos da escola pode reduzir os custos domésticos imediatos e deixá-los com tempo livre para trabalhar, mas isso causa um grave prejuízo para o desenvolvimento das crianças e reduz seriamente seu potencial de ganhos em longo prazo. Reduzir as despesas com alimentação e médico pode, da mesma forma, causar um sério impacto na saúde da família. Pesquisa sobre a recente crise econômica indica que mulheres e meninas sofrem, de forma desproporcional, com esses cortes (Institute of Development Studies, 2009).

Contrair empréstimo pode ajudar a suavizar as necessidades financeiras em curto prazo, mas pode levar ao endividamento em longo prazo (Simkhada et al., 2000). Não pagar os empréstimos existentes pode liberar dinheiro em curto prazo, mas pode resultar em um futuro prejuízo no acesso a financiamento. A Figura 16.2 ilustra quantas das muitas das estratégias de risco anteriormente citadas podem não socorrer a mulher que as emprega (Dercon e Kirchberger, 2008).

Figura 16.2 **Exemplos de estratégias de risco e implicações**



Adaptado de Dercon e Kirchberger, 2008.

A inadequação e os danos associados às muitas estratégias de risco comumente adotadas indicam uma grande necessidade de opções mais robustas que podem garantir cobertura mais adequada e duradoura sem efeitos negativos.

16.3 Microsseguro sensível ao gênero

O microsseguro pode garantir uma cobertura adequada contra choques, de longa duração, para a mulher pobre se devidamente desenvolvido e comercializado para atender às suas necessidades. Enquanto uma gama diversificada de produtos de microsseguro está sendo disponibilizada, incluindo programas de proteção contra quebras de colheita, danos à propriedade, catástrofes naturais, situações de invalidez e custos associados ao papel da mulher como cuidadora, esta discussão se concentra, principalmente, no microsseguro saúde e vida, porque esses riscos são tipicamente relatados como exercendo maior pressão financeira sobre a mulher pobre (Roth et al., 2007).

Programas de microsseguro bem-sucedidos devem encontrar um equilíbrio entre garantir cobertura que atenda às necessidades da mulher pobre, minimizando custos operacionais da entrega para pontos de venda e seguradoras, e mantendo os prêmios baixos para fomentar a viabilidade financeira e acessibilidade (Churchil, 2006). Há vários bons exemplos no mercado. A Micro Insurance Academy apresenta aos clientes um "menu" de benefícios, dando a eles a chance de escolher as opções dependendo de suas necessidades e capacidade de pagar. Outras entidades oferecem aos clientes produtos financeiros, como, por exemplo, contas poupança ou empréstimos de emergência para completar lacunas em seus programas de microsseguro. As caixas de texto apresentadas nesta seção são alguns exemplos de microsseguro sensível ao gênero.

16.3.1 Atributos de desenho

Benefícios viáveis financeiramente para a saúde e maternidade da mulher

O microsseguro saúde para a mulher deve ir além das necessidades de cobertura de saúde básica a fim de cobrir os riscos saúde do ciclo de vida da mulher, incluindo questões de saúde reprodutiva, como, por exemplo, gravidez, pré-natal e puericultura, contracepção e menopausa, bem como cuidados preventivos, como exames de saúde regulares, vitaminas, educação em prevenção de doenças e imunizações e vacinas para a mulher e seus filhos. O microsseguro saúde compreensivo deve cobrir também os vários tipos de assistência médica, tais como tratamento primário, tratamento especializado, saúde mental, tratamento ambulatorial, hospitalização, cirurgia e prescrição de medicamentos, e também acesso a médico das mulheres.

Muitos produtos de microsseguro saúde carecem de cobertura compreensiva ou são oferecidos a um custo inviável financeiramente para a maioria das mulheres. Vários programas excluem gravidez, fazendo menção aos altos custos para seguradoras e clientes. Quando a ONG indiana Shepherd tentou negociar o preço de um programa de microsseguro saúde que incluía benefícios de maternidade com a estatal United India Insurance Company, os prêmios eram aproximadamente o dobro do valor que excluía maternidade, muito caro para clientes de baixa renda da Shepherd (Ahmed e Ramm, 2006). Outras oferecem cobertura de gravidez limitada. A Delta Life em Bangladesh, por exemplo, exclui a cobertura de mulheres em sua primeira gravidez, devido a um risco maior de complicações (Ahmed e Ramm, 2006). Outros programas têm um período de carência de nove meses para cobertura saúde a fim de impedir a mulher de aderir ao seguro e descobrir que está grávida ou restringir benefícios para apenas um ou dois partos por cliente (Herbas, 2009). Assim, o desafio é encontrar uma maneira de garantir cobertura compreensiva a um preço acessível. A Caixa de Texto 16.1 apresenta um exemplo de como a IMF boliviana BancoSol tratou desta questão.

Caixa de Texto 16.1

BancoSol da Bolívia negocia para oferecer melhores benefícios para a mulher

Embora muitos programas de microsseguro excluam benefícios de maternidade ou imponham períodos de carência de nove meses ou mais para evitar mulheres grávidas de fazerem o seguro, o BancoSol, junto com a Zurich, oferece um produto de microsseguro saúde compreensivo exclusivamente para mulheres. O programa garante cobertura integral de maternidade com um período de carência de sete meses, o que dá à mulher grávida uma janela de dois meses para fazer o seguro e cobrir o parto. Sendo uma das mais importantes IMFs da Bolívia, com aproximadamente 2000.000 clientes em 2009, o BancoSol foi capaz de usar seu poder de barganha para negociar com a Zurich essas condições favoráveis para a mulher e demonstrou rapidamente a viabilidade de um programa como este por meio de um teste piloto. Em dois anos

desde o piloto, o programa de microsseguro saúde do BancoSol alcançou mais de 14.000 clientes. Sessenta e dois por cento desses clientes são mulheres, em comparação a apenas 45 por cento de mutuários, ressaltando o alto valor de programas de microsseguro sensíveis ao gênero para mulheres.

Fonte: Autores.

Cobertura de microsseguro saúde para toda a família

Como cuidadora, a mulher valoriza imensamente o microsseguro saúde que permite a ela cobrir toda sua família. No entanto, os altos custos extras para incluir membros da família, muitas vezes, tornam a cobertura família inacessível ou obrigam a mulher a escolher e optar por quem segurar. Tal situação levanta sérias questões para as mulheres e meninas porque, muitas vezes, são elas que são deixadas de fora (Ahmed e Ramm, 2006).

Em outros casos, a opção de segurar vários membros da família não está disponível, como no caso de planos de empregador, que, por vezes, cobrem somente os empregados. Uma mulher na Jordânia, que enfrenta esta situação diz: "Somente meu marido é segurado pela empresa onde ele trabalha. Eles descontam 7 dinares (US$10) por mês do seu salário. Ele tem direito a hospitais privados, mas nós não temos cobertura. Ele teria de pagar mais para nos incluir [e não podemos arcar com esta despesa]" (WWB, 2006c). A Self-Employed Women's Association (SEWA), na Índia, atenuou este problema oferecendo aos clientes planos de microsseguro saúde família em grupo que incluem, automaticamente, todos os membros da família. Embora os pacotes sejam mais caros do que segurar um indivíduo, a SEWA concluiu que seriam capazes de manter baixos os custos extras, cobrindo uma população maior. O produto se mostrou popular: o programa triplicou de volume em 2005 (Chatterjee, 2005). Este exemplo indica que pode ser possível oferecer planos família a custo baixo e destaca o efeito multiplicador para as seguradoras quando o mercado de mulheres é apontado como um canal para a cobertura saúde família.

Cobertura de microsseguro vida para maridos

Um aspecto importante do seguro vida para a mulher é disponibilizar cobertura tanto para as mulheres quanto para seus maridos, mas em muitos programas apenas as mulheres têm cobertura. Este é frequentemente o caso de cobertura associada a empréstimos, uma das formas mais comuns de microsseguro vida, que protege apenas a vida de um mutuário da IMF *(ver Capítulo 9)*. Considerando que os mutuários da IMF em geral são mulheres, o seguro prestamista básico as deixa desprotegidas caso seus maridos morram. Essa situação tem sido chamada de "uma das grandes ironias [do microsseguro]", sinalizando que oferecer cobertura apenas para a vida de uma mulher significa, efetivamente, que "para uma mulher 'se beneficiar' do seguro, ela teria de morrer primeiro" (Ahmed e Ramm, 2006). O CARD nas Filipinas reconheceu esta

necessidade e modificou seu produto para cobrir os cônjuges. Isso gerou um benefício agregado para a carteira de crédito do CARD, porque a morte de um cônjuge pode afetar a capacidade da mulher para pagar um empréstimo (Ahmed e Ramm, 2006).

Proteção para os filhos das mulheres: Opção para nomear beneficiários e reivindicações práticas em favor do filho

Embora muitos programas de microsseguro considerem como certo que os maridos são os beneficiários dos sinistros do seguro vida de suas esposas, muitas mulheres querem a liberdade de escolher outro beneficiário se acharem que seus maridos não são garantia de proteção adequada para seus filhos no caso de sua morte ou se elas têm a preocupação de que seus maridos podem usar o dinheiro do seguro para fins indevidos, como uma segunda esposa ou consumo pessoal (Ahmed e Ramm, 2006). Dada a opção de designar um beneficiário, muitas mulheres escolheriam amigos, parentes ou filhos adultos aos maridos, mas muitos produtos não permitem tal flexibilidade (Cohen e Sebstad, 2006).

Outra forma de proteger os filhos é estruturar os sinistros para oferecer o máximo de proteção e incentivos de longo prazo a fim de evitar estratégias prejudiciais para enfrentar os riscos, como tirar as crianças da escola. A All Lanka Mutual Assurance Organization (ALMAO) no Sri Lanka lançou um programa de microsseguro vida que paga benefícios escalonados para crianças durante um período de quatro anos (20 por cento sobre a morte de um dos pais e de 20 por cento a cada ano nos quatro anos seguintes). Ver Caixa de Texto 16.2 para uma descrição da abordagem inovadora que a La Equidad na Colômbia adota para incentivar os filhos de um pai falecido a permanecerem na escola.

Caixa de Texto 16.2

La Equidad da Colômbia organiza benefícios de seguro vida para proteger crianças

Na Colômbia, uma resposta lastimável ainda comum ao choque financeiro de perder um dos pais é retirar as crianças da escola. Essa decisão reduz os custos de educação e deixa a criança com tempo livre para o trabalho remunerado, e ainda compromete, tremendamente, o aprendizado, o desenvolvimento e o potencial de renda de longo prazo de uma criança. Para evitar tal situação, a La Equidad, uma seguradora tradicional de mais de três milhões de pessoas, estruturou os benefícios do seu produto de microsseguro vida Amparar, com o intuito de proteger as crianças. Além de um pagamento único para morte e funeral, a apólice paga benefícios mensais que podem ser utilizados apenas para a educação nos dois anos seguintes à morte de um dos pais e também oferece às famílias um pagamento mensal para alimentação durante um ano. Este programa é explicitamente desenvolvido para evitar que as famílias tenham de cortar a educação das crianças ou sua ingestão de calorias para lidar com o choque financeiro da morte de um dos pais.

Fonte: Adaptado de Almeyda e de Paula Jaramill, 2005.

16.3.2 Atributos da entrega

Disponibilidade para mutuários e não mutuários

Muitas IMFs não oferecem seguro para a mulher que não é mutuária atual. A mulher jordaniana expressa sua preocupação sobre esta política: "Não deve ser para [mutuárias somente]. Hoje eu sou uma [mutuária], mas, se a minha situação melhorar, eu posso nem renovar meu empréstimo. Portanto, o seguro deve ser um produto diferente do empréstimo. Se eu quero um empréstimo, eu posso pagar por um empréstimo. Se eu quero seguro, eu posso comprar seguro." (WWB, 2006c). Desvincular microsseguro vida de empréstimos pode ser uma forma eficaz de assegurar cobertura mais completa para os clientes e aumentar o número de apólices vendidas por intermédio de IMFs aos membros não mutuários, embora isso aumente os riscos de seleção adversa.

Adesão voluntária

A mulher pobre, muitas vezes, expressa desagrado por programas de microsseguro vida compulsórios, especialmente quando a cobertura não atende à sua necessidade e quando ela não conhece plenamente os benefícios. A questão relatada por último foi observada em Uganda, onde as mulheres pagam prêmios compulsórios sem conhecer a cobertura, resultando em uma ideia errada de que os prêmios eram, na realidade, taxas para processamento do empréstimo (Young et al., 2006). Com poucas informações sobre como usar a apólice, as mulheres não usufruem de qualquer benefício dela.

No entanto, os programas de microsseguro vida compulsórios são comuns. As IMFs valorizam a proteção que oferecem em suas carteiras de empréstimos e/ou são motivadas pela receita potencial das comissões. Podem também não querer investir recursos para convencer clientes da vantagem de comprar os produtos de forma voluntária. Esses produtos, no entanto, não representam uma vantagem importante para os clientes: pelo fato de os custos de administração serem mantidos baixos, os prêmios tendem a ser significativamente menores do que nos programas voluntários. É, portanto, fundamental para as IMFs e demais pontos de entrega examinar de perto a disposição de pagar dos seus clientes a fim de avaliar se os produtos voluntários são apropriados no contexto local. A SEWA na Índia e o BancoSol na Bolívia descobriram que seus clientes estavam dispostos a pagar por microsseguro voluntário caso avaliassem os benefícios e achassem os prêmios de bom valor (Chatterjee, 2005).

Informação ao cliente sensível ao gênero

Programas eficazes de microsseguro sensíveis ao gênero devem conter um elemento educativo para explicar como o microsseguro funciona e como ele pode oferecer valiosos benefícios para a mulher e sua família. O microsseguro terá um novo conceito para a maioria das mulheres e muitas poderão relutar ou suspeitar dele. A comunicação com elas deve ser fácil de entender no que diz respeito a custos, elegi-

bilidade, processamento de sinistros, cobertura e benefícios de curto e longo prazo *(ver Capítulo 14)*.

As informações devem abordar as más interpretações mais comuns sobre microsseguro, expressas por uma mulher jordaniana quando diz: "Eu aderi a um programa de seguro. Pagamos um valor por três filhos e meu marido. O ano terminou [e] não tivemos benefícios. Portanto, percebemos que não nos beneficiamos do seguro e saímos do programa. Pagamos 50JD (US$70) por ano por pessoa" (WWB, 2006c). Mensagens educativas podem ajudar a convencer as mulheres de que há um benefício no microsseguro, mesmo se eles não apresentarem uma reclamação de sinistro.

As mensagens para as mulheres também devem levar em consideração a tendência, em muitos contextos culturais, de as mulheres exigirem mais informações do que os homens antes de tomarem uma decisão de comprar seguro, e as altas taxas de analfabetismo entre as mulheres em muitos países (McCord, 2007a). Considerando que as mulheres devem estar plenamente convencidas da função e dos benefícios do produto se elas quiserem aderir voluntariamente, as estratégias de comunicação sensíveis ao gênero mais bem-sucedidas asseguram contato frequente com clientes mulheres pela equipe de apoio (Chatterjee, 2005). A Tata-AIG achou que seria útil contratar e treinar agentes de vendas mulheres nas comunidades locais como um meio de assegurar a abordagem e o acesso das agentes às mulheres locais. Essas agentes foram incentivadas a vender primeiro para pessoas que elas conheciam na sua comunidade e, em seguida, a vender fora deste meio (Churchill e Leftly, 2006). É preciso, também, lidar com essas interações de uma forma que seja sensível às mulheres que estão vivendo relacionamentos difíceis ou abusivos, as quais podem exigir apoio adicional para negociar a compra do microsseguro com seus maridos. A Caixa de Texto 16.3 apresenta uma descrição da abordagem da SEWA em relação ao microsseguro para a mulher e discute as estratégias empregadas pela SEWA para manter um canal de comunicação frequente e acessível com seus clientes.

Caixa de Texto 16.3

Banco SEWA na Índia: Pioneiro em microsseguro sensível ao gênero

Com um slogan "Nossas vidas estão cheias de riscos, a VimoSEWA torna nossa vida segura!" o Banco SEWA na Índia oferece a seus clientes – todas mulheres pobres autônomas – uma opção entre três programas de microsseguro em grupo, desenvolvidos para garantir cobertura exclusiva "do nascimento à morte" para muitas das principais pressões financeiras do ciclo de vida enfrentadas pela mulher pobre. Disponível em vários preços finais para assegurar a acessibilidade, os programas cobrem morte, saúde e bens da mulher, com opções para cobrir também maridos e filhos por uma contribuição adicional pequena. A cobertura dos filhos garante proteção para todas as crianças da família a fim de evitar que os pais tenham de escolher qual de seus filhos segurar. Começando com 7.000 clientes em 1992, em 2009 a VimoSEWA cobria quase 200.000 mulheres, homens e crianças. Os produtos são exclusivamente

integrados a contas poupança de depósito fixo da SEWA, dando aos clientes a opção de pagar os prêmios de seguro com os juros da sua conta poupança.

A SEWA utiliza uma variedade de estratégias de comunicação para promover os produtos e educar os clientes sobre microsseguro. A SEWA concluiu que interações diretas e regulares são extremamente valorizadas pela cliente mulher, que aprecia a sensação de envolvimento e a oportunidade de fazer perguntas sobre a apólice e discutir questões familiares mais amplas com relação ao risco. A VimoSEWA fez pequenas e grandes reuniões com clientes para garantir fóruns exclusivos para a mulher adequados para discutir questões, como, por exemplo, o que pode acontecer quando uma mulher ou uma família pobre se depara com um grande risco e como ela pode proteger sua família contra tais riscos usando microsseguro.

Fonte: Autores.

Apólices de seguro e processamento de sinistros simples: Processos adequados para a mulher com menos instrução

Apólices de seguro devem ser simples e fáceis de entender. Devem conter poucas exclusões e disposições complicadas, e os pagamentos devem ser justos e claros, o que facilitará o entendimento pelos participantes potenciais sobre como o microsseguro funciona e quais são os seus benefícios. Para que os programas sejam bem-sucedidos, o processamento de sinistros das apólices de seguro também deve ser claro e simples. Isso significa que os canais de entrega (ou seja, uma IMF) devem fornecer informações suficientes e fáceis de compreender sobre como processar a reclamação de sinistro e oferecer apoio a clientes que precisam de assistência. Informações claras e apoio adequado são especialmente fundamentais para novos clientes que podem não estar familiarizados com o processo. Sem um processo de sinistros descomplicado, acessível até mesmo para clientes analfabetos, a mulher não pode ser prejudicada no seu direito a todos os benefícios do microsseguro nem pode também, efetivamente, perder o dinheiro gasto com o pagamento de prêmios que teria sido utilizado em outras estratégias de risco (Mayoux, 2002).

16.4 Conclusão: Um apelo à ação

A mulher pobre enfrenta uma série de riscos potencialmente catastróficos. São várias as estratégias de risco tradicionais à disposição dela, porém, muitas vezes, inadequadas. O microsseguro, quando efetivamente desenvolvido para atender às necessidades específicas da mulher pobre, pode oferecer benefícios atraentes para esse mercado alvo. No entanto, com grandes demandas por cobertura compreensiva e a pressão para manter baixos os custos, os produtos de microsseguro sensíveis ao gênero bem-sucedidos são um sério desafio. Este capítulo tentou levantar muitas das

questões de gênero relacionadas à oferta do microsseguro e propõe um apelo urgente aos doadores, às seguradoras, à comunidade de pesquisa, às IMFs e aos demais canais de distribuição.

16.4.1 IMFs e canais de distribuição

Muitas IMFs estão em contato com as necessidades financeiras da mulher pobre e, portanto, têm a oportunidade de ir além da concessão de empréstimos para oferecer microsseguro sensível ao gênero. Outros canais de distribuição podem ter menos acesso ao mercado de mulheres, mas ainda oferecem grandes oportunidades para alcançar a mulher pobre.

Estimulamos todos os canais de distribuição, incluindo IMFs que já alcançam muitas mulheres com empréstimos, a aprender sobre gerenciamento do risco da mulher e necessidades de enfrentamento por pesquisa localizada do mercado de gênero. Estimulamos tais organizações a usarem as percepções do cliente orientadas em pesquisa para desenvolver novos produtos de microsseguro sensíveis ao gênero ou melhorar os existentes. Depois de um produto ter sido lançado, os estudos de avaliação de impacto são fundamentais para assegurar que o sistema responde às necessidades das mulheres no contexto local. Desenvolver o microsseguro sensível ao gênero oferece tanto benefícios diretos quanto indiretos para os canais de distribuição a partir de comissões sobre apólices vendidas para os efeitos de ter clientes com mais saúde e famílias mais seguras financeiramente.

16.4.2 Seguradoras

Estimulamos as companhias de seguros a aproveitarem esta oportunidade de trabalhar com as IMFs e outros canais de distribuição para fornecer microsseguro sensível ao gênero. Para as companhias de seguros que atendem principalmente às pessoas de renda mais alta nos países em desenvolvimento, alcançar a mulher pobre abre um mercado de milhões de novos clientes. Em 2010, a Swiss Re estimou que o mercado potencial do microsseguro era de quatro bilhões de pessoas (Swiss Re, 2010b), e Roth et al. (2007) descobriram que apenas 78 milhões de pessoas de baixa renda nos 100 países mais pobres do mundo tinham cobertura do seguro. Isso deixa uma oportunidade significativa para as seguradoras alcançarem um volume alto de vendas, estimado em US$400 bilhões de dólares (Swiss Re, 2010b). Além disso, comercializando microsseguro para a mulher, as seguradoras podem desfrutar de um efeito multiplicador devido à preferência de muitas mulheres de também incluir maridos e filhos.

16.4.3 Comunidade de pesquisa

Há uma necessidade vital de compreender melhor as respostas aos riscos sensíveis ao gênero e como as estratégias de risco, como microsseguro, podem ajudar a aliviar o ônus financeiro de riscos sobre a mulher pobre. *Estimulamos a comunidade de pesquisa a investigar as seguintes perguntas de investigação:*

Como a cobertura e os benefícios do microsseguro se comparam àqueles das estratégias de risco tradicionais empregadas pelas mulheres? Como a mulher pobre combina microsseguro com outras estratégias de gerenciamento de risco?

O microsseguro libera recursos para mulheres de famílias pobres? Como esses recursos são utilizados? O microsseguro afeta os índices de investimentos dos negócios das mulheres, o comportamento da poupança e/ou os níveis de consumo das famílias? Como isso afeta a segurança econômica da família?

Como é possível conseguir que contas poupança e programas de microsseguro se complementem para influenciar a capacidade da mulher pobre de gerenciar e enfrentar os riscos?

Quais são as melhores práticas em comercialização do microsseguro sensíveis ao gênero, distribuição e desenvolvimento de produto, incluindo educação do mercado, preço e serviços de sinistros?

16.4.4 Doadores

Estimulamos os doadores a usarem seus recursos para investir no desenvolvimento do microsseguro para a mulher. Com amplos recursos e missões para apoiar a redução da pobreza, a comunidade de doadores ocupa uma posição única para fornecer apoio fundamental no desenvolvimento do microsseguro para a mulher. Os doadores podem financiar pesquisa e educação do consumidor, e também podem prestar assistência técnica essencial e oferecer apoio na capacitação para IMFs e demais canais de distribuição que procuram desenvolver programas de microsseguro (Latortue, 2008). Considerando que os custos associados à pesquisa inicial e aos programas de desenvolvimento de microsseguro podem ser bastante altos, e nos casos em que as seguradoras comerciais relutam em participar, o apoio inicial aos doadores pode ser crucial para desencadear os esforços sensíveis ao gênero. Em um nível mais alto, os doadores podem promover uma política facilitadora e um ambiente regulatório para o microsseguro que considere as características específicas das mulheres.

16.4.5 O futuro do microsseguro para a mulher

O microsseguro é uma nova fronteira de desenvolvimento, e há muito trabalho a ser feito para criar uma indústria de microsseguro sensível ao gênero. É vital continuar a desenvolver um conhecimento sobre como a mulher combina microsseguro com as estratégias de gerenciamento de risco já existentes, como suas atitudes em relação ao risco diferem das atitudes do homem e como o microsseguro influencia suas taxas de investimentos nos negócios, no comportamento da poupança e no consumo das famílias. Doadores, pesquisadores e profissionais, cada um tem um papel importante a desempenhar na criação de um esforço coordenado para também promover o desenvolvimento do microsseguro sensível ao gênero.

17 Formalizar o seguro informal inerente à migração: Explorar as ligações potenciais entre migração, remessas e microsseguro

Jennifer Powers, Barbara Magnoni e Emily Zimmerman

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 7, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT (2011). Os autores gostariam de agradecer o apoio de Sara Duquette (HEC Montreal), bem como as ideias e sugestões de Ricardo Cordero (IOM), Yoko Doi (Banco Mundial), Imke Gilmer (GTZ), Sonia Pellecer (IOM), Sonia Plaza (Banco Mundial), Andrea Riester (GTZ), Maria Victoria Saenz (BID) e Betty Wilkinson (ADB). Os autores agradecem às diversas seguradoras, aos profissionais e agentes de transferência de numerário que compartilharam suas experiências e o tempo durante as entrevistas.

Em nossa economia cada vez mais global, o impacto financeiro da migração tem desempenhado um papel crescente ao contribuir para os fluxos financeiros transnacionais, em especial para países em desenvolvimento. Essa migração é mais comumente motivada por um desejo de aumentar a renda e proporcionar uma vida melhor para a família. Ao longo dos últimos 20 anos, o número de pessoas que vivem fora de seu país de origem aumentou em quase 40 por cento: de 155 milhões em 1990 para 214 milhões em 2010 (UN DESA, 2009).

A diversificação de renda e a geografia podem ajudar os migrantes e suas famílias a atenuar alguns riscos, especialmente aqueles relacionados aos grandes choques financeiros em seus países de origem ou de acolhimento. Para as famílias que voltam para casa, o migrante, muitas vezes, funciona como seguro informal quando um evento adverso ocorre. Quando há uma emergência que exija um gasto significativo, o migrante é frequentemente chamado a enviar fundos para cobrir a despesa. Muitos migrantes também se encontram em posições de extrema vulnerabilidade em seu país de acolhimento, muitas vezes trabalhando na economia informal e sem conseguir acessar a rede de previdência social básica ou em trabalhos perigosos que aumentam o risco de acidentes.

O seguro pode ser uma boa ferramenta para as famílias transnacionais gerenciarem alguns desses riscos. No entanto, muitas vezes, o seguro tradicional é bastante caro, complexo ou de difícil acesso para as famílias de baixa renda de muitos familiares de migrantes. Essas famílias necessitam de produtos simples que podem ser entregues de forma barata e fácil, características comuns ao microsseguro. Embora existam obstáculos significativos para oferecer seguro associado à migração para migrantes e suas famílias, a oportunidade de se beneficiar do capital social criada pela migração e pelos canais de transferência de numerário que já estão operando com essa população podem ajudar as seguradoras a superar os problemas tanto de distribuição quanto de custo. Em 2010, o fluxo de remessas internacionais foi estimado em US$437 bilhões, três vezes mais do que o valor do fluxo da ajuda para países em desenvolvi-

mento (Ratha, 2010). Grande parte desse dinheiro vai diretamente para as famílias de migrantes para apoiar suas necessidades domésticas básicas, tais como aluguel, alimentação e mensalidades escolares. Os mecanismos que permitem famílias transnacionais usarem uma parte desses fundos para comprar seguro podem percorrer um longo caminho até reduzir sua vulnerabilidade e seus riscos.

Em muitos países de acolhimento, o migrante representa uma grande parcela da população que, em geral, não é bem servida pelo setor financeiro e, em especial, pelas seguradoras, representando uma oportunidade para as seguradoras alcançarem um mercado relativamente inexplorado. Nos países de origem, vincular microsseguro à migração pode ajudar a superar alguns dos desafios na venda do microsseguro regular, porque o migrante tende a ter maior capacidade de pagar do que quem está no país de origem e inúmeras motivações para querer proteger sua família na volta para casa (GTZ, 2009).

Uma gama de programas de seguro pode ser associada à migração, incluindo: 1) produtos destinados a atenuar os únicos riscos enfrentados pelo migrante em seu país de acolhimento, como seguro de acidentes ou repatriação; 2) produtos para cobrir os riscos únicos da família do migrante em seu país de origem, como proteger o fluxo de remessas; 3) produtos que se beneficiem dos fluxos de remessas ou dos canais e redes de distribuição criados pela migração; e 4) produtos que se beneficiem do desejo do migrante de proteger sua família, na sua ausência, formalizando o seguro informal provido pelos migrantes.

Este capítulo utiliza pesquisa interna e uma série de entrevistas com os principais especialistas em migração e remessas, profissionais de microsseguro e agentes de transferência de numerário para explorar as ligações existentes e potenciais entre migração, remessas e seguro.[1] A seção 17.1 demonstra como a migração pode afetar preferências e demanda por seguro do migrante e da sua família. A seção 17.2 apresenta uma estrutura para produtos de microsseguro associados à migração e uma visão geral dos produtos existentes. As seções 17.3 e 17.4 consideram as oportunidades e os desafios no desenvolvimento do microsseguro associado à migração, incluindo os desafios legais e regulatórios, e aqueles relacionados a marketing, vendas, pagamentos e processos operacionais. Por fim, a seção 17.5 oferece recomendações preliminares para as partes interessadas, principalmente microsseguradoras, à medida que elas procuram atender às necessidades de gerenciamento de risco do migrante e da sua família.

[1] A limitação desta pesquisa é que muitos programas estão em seus estágios iniciais de desenvolvimento, de modo que é difícil tirar conclusões definitivas. Outra limitação é que a maioria dos programas identificados procura explorar os fluxos migratórios internacionais, e não os fluxos migratórios domésticos. Os desafios de demanda inerentes ao desenvolvimento de programas domésticos tendem a ser semelhantes, embora os desafios operacionais costumem ser bastante diferentes.

17.1 Considerações sobre demanda por seguro associado à migração

Iniciativas em microsseguro podem fornecer ferramentas de custo-benefício para mudar alguns dos ônus de transferir os riscos do migrante para um terceiro. O aumento da capacidade de pagar, assim como os riscos únicos enfrentados pelas famílias transnacionais, pode contribuir para o aumento da demanda por seguro. Além disso, os desejos dos migrantes, tanto de controlar como as remessas são gastas quanto de transferir riscos para terceiros, podem influenciar a demanda.

A maioria dos estudos concluiu que grande parte das remessas são utilizadas para consumo, necessidades domésticas básicas (Orozco, 2003; Alvarez Tinajero, 2009; Asfar, 2003; de Bruyn e Wets, 2006) e saúde (Amuedo-Dorantes et al., 2007). A família do migrante, normalmente, toma as decisões sobre gastos.[2] No entanto, quando as preferências do migrante e de sua família sobre como gastar as remessas divergem, o migrante pode desejar ter maior controle sobre como os recursos devem ser gastos. Estudos concluíram também que se for dado o controle total sobre como as remessas são gastas, o migrante gastará dinheiro de forma diferente, alocando menos para consumo diário e mais para poupança (Ashraf et al., 2010).

Um estudo sobre seguro funeral formal na África do Sul indica que convencer a família do migrante de que é sensato gastar as remessas em seguro pode ser difícil, mesmo quando seus níveis de renda são suficientes (Crayen et al., 2010). O migrante, por outro lado, pode ter interesse de comprar seguro para sua família, a fim de proteger seus entes queridos, visto que o migrante é quem, muitas vezes, paga as contas em uma crise. Um estudo realizado pela SegurCaixa, uma companhia de seguros que fornece seguro para o migrante na Espanha, concluiu que o migrante gostaria de ter cobertura para ele ao visitar seu país de origem, bem como cobertura para seus familiares. Um levantamento sobre migrantes haitianos no Turks & Caicos, realizado pela AIC, uma companhia de seguros do Haiti, também concluiu que o migrante estava interessado em transferir alguns riscos e algumas responsabilidades para sua família na volta para casa para canais mais formais.[3] Da mesma forma, em grupos de discussão com migrantes da Guatemala e de El Salvador, a Microfinance International Corporation (MFIC) concluiu que eles estavam interessados em cobertura para suas famílias, embora menos interessados em proteger eles mesmos, com a exceção dos seguros de repatriação e acidentes.

A demanda do migrante e da sua família por microsseguro costuma variar dependendo do nível de renda, grau de assimilação, documentação e outros fatores. O estudo da SegurCaixa considera que há uma forte correlação entre renda, assimilação e demanda por seguro. A aceitação entre imigrantes se concentrava entre aqueles com rendas mais altas e aqueles que estavam no país de acolhimento mais distante. Magnoni et al. (2010) também mostraram que a aceitação de seguro era mais provável

[2] Alvarez Tinajero (2009) concluiu que em apenas 5 por cento dos casos o migrante decidiu como os recursos da remessa seriam gastos e apenas em 12 por cento dos casos foi uma decisão conjunta tomada pelo migrante e o chefe da família que recebeu a remessa.

[3] Entrevista com Isabelle Depeche, Chefe de Microsseguros, AIC.

entre os imigrantes mexicanos em Nova York que estavam nos Estados Estados há mais tempo, bem como aqueles com rendas mais altas, aqueles que eram casados e aqueles que tinham uma conta bancária.

Famílias transnacionais enfrentam muitos riscos únicos. Portanto, além da gama de produtos padrão que podem ser atraentes para a família do migrante no país de origem, há uma necessidade de desenvolver seguro, especificamente talhado para os riscos que essas famílias enfrentam, como repatriação, proteção de remessa,[4] acidentes de trabalho e desemprego.

17.2 Estrutura: Os 3Hs do seguro associado à migração

Três tipos de modelos surgiram para atender às necessidades de microsseguro do migrante e de sua família. Apelidado de **3Hs** em Magnoni et al. (2010), esses modelos são os seguintes: modelo país de acolhimento (**H**ost country, em inglês), modelo país de origem (**H**ome country, em inglês) e modelo híbrido (**H**ybrid, em inglês) *(ver Tabela 17.1)*. A característica que define cada um desses modelos é onde a entidade que aceita o risco ou a seguradora está localizada.

No modelo país de acolhimento, a seguradora está localizada no país para onde o migrante imigrou. Programas desse tipo estão em melhor posição para assegurar o próprio migrante e também podem ter o potencial de alcançar maior escala, uma vez que podem facilmente atender a migrantes de vários países de origem. O modelo país de acolhimento, normalmente, não cobre a família do migrante na volta para casa, mas pode indiretamente oferecer segurança para a família do migrante. Por exemplo, o seguro de repatriação e morte acidental da SegurCaixa oferece às famílias um benefício pecuniário que pode diminuir o choque de perder a renda da remessa no caso de morte ou acidente *(ver Caixa de Texto 17.1)*.

Caixa de Texto 17.1

Seguro de repatriação e morte acidental da SegurCaixa

A SegurCaixa, uma afiliada da La Caixa, uma das maiores cooperativas na Espanha, oferece alguns dos poucos produtos de seguro associado à migração para alcançar uma escala razoável. Em 2008, 66 mil migrantes legais, em sua maioria vindos da África e América Latina, estavam segurados na SegurCaixa Repatriación, que paga uma quantia fixa após a morte do migrante e repatriação do corpo do migrante, e 14.000 estavam cobertos pela SegurIngreso, que paga uma quantia fixa quando da morte do migrante e uma renda regular mensal para a família por cinco anos após a morte. Prêmios mensais começam em €7 (US$10).

Fontes: www.laCaixa.es e Relatório Anual Holding SegurCaixa, 2008.

[4] Esses produtos devem considerar as necessidades específicas daqueles mais propensos a serem deixados para trás. Por exemplo, Magnoni et al. (2010) concluíram que a maioria dos membros da família na volta para casa são os pais e sogros, indicando que o seguro saúde relativo aos problemas de envelhecimento da população pode ser mais apropriado para essa comunidade.

No modelo país de origem, a entidade que aceita o risco está localizada no país de origem do migrante. O segurado pode ser o migrante e/ou a família do migrante, dependendo do produto e do canal de distribuição.

Entidades que aceitam o risco têm uma presença tanto no país de origem quanto no país de acolhimento no modelo híbrido. Esse modelo é capaz de segurar tanto o migrante no país de acolhimento e a família do migrante no país de origem com mais facilidade do que o modelo país de origem ou país de acolhimento. Embora o modelo híbrido tenha muitas vantagens, até hoje poucas seguradoras tentaram atender ao mercado de baixa renda usando uma abordagem como esta.

Tabela 17.1 **Características gerais dos modelos 3Hs**

Modelo	*Segurado*	*Transfere o risco para:*	*Precisa de um intermediário*	*Utiliza as remessas*
Segurador está no **país de acolhimento** do migrante	Migrante	Migrante e família do migrante (dependendo do produto)	Possivelmente para comercializar propostas	Improvável
Segurador está no **país de origem** do migrante	Família do migrante (mais provável) ou migrante (antes da partida)	Migrante (indiretamente) e família do migrante (diretamente)	Definitivamente se alvo é o migrante; possivelmente se alvo é a família do migrante	Muito possível
Híbrido: segurador está tanto no país de acolhimento quanto no país de origem	Migrante e/ou família do migrante	Migrante e/ou família do migrante	Possivelmente para comercializar ou transferir numerário	Possível

17.3 Desafios legais e regulatórios

Restrições legais e regulatórias representam uma das limitações mais significativas para vender seguro para o migrante e sua família no exterior, visto que as seguradoras, em geral, não são licenciadas em ambos os países, o de origem e o de acolhimento. As restrições variam dependendo do país de acolhimento e do país de origem, se o migrante e/ou os membros da família no país de origem são beneficiários das apólices, e da localização da companhia de seguros. Essas restrições são, muitas vezes, mal pesquisadas ou subestimadas; portanto, este é um dos principais fatores que impedem o lançamento de programas. Esta seção oferece uma visão geral dos tipos de regulamentos que afetam produtos de microsseguro associados à migração.

Direito aplicável. O primeiro desafio em qualquer operação transnacional é determinar qual o direito aplicado à jurisdição. Para produtos associados à migração, em que o seguro é vendido por uma companhia estrangeira e/ou alguns ou todos os beneficiários estão localizados no exterior, pode não ficar claro qual o direito que deve ser aplicado ao seguro do país. Em geral, as partes podem escolher a lei que rege um contrato entre eles, mas a questão não está amplamente testada no que diz respeito à venda de seguros transnacionais.

Âmbito da regulamentação. Independentemente de qual lei nacional se aplica ao contrato de seguro, as partes devem cumprir as leis de seguro de todos os países em que operam. O seguro é normalmente governado em termos nacionais por uma autoridade ministerial separada (Vollbrecht, 2000).[5] A União Europeia adota um regime de "passaporte", o que permite às seguradoras autorizadas pelo órgão regulador no país de domicílio realizar negócios e segurar riscos em todos os países da UE (Krishnan, 2010), o que pode facilitar o seguro associado à migração entre os países da Europa.

Produtos associados à migração também devem lidar com diferentes definições de seguro e atividades relacionadas com seguro, que, muitas vezes, são definidas de forma bastante ampla nos países de origem e de acolhimento. Ademais, as exigências relacionadas com o tipo de cobertura e exclusões necessárias ou permitidas podem variar entre os países, impondo desafios quanto à uniformidade de cobertura transnacionais.[6]

Licença das seguradoras. Quase todos os países exigem que as companhias de seguros obtenham uma licença para segurar riscos localizados dentro de suas fronteiras (Krishnan, 2010). A licença pode ser um obstáculo significativo para os modelos país de origem, onde: 1) as seguradoras não são propensas a competir com as seguradoras do país de acolhimento; e 2) a população migrante é, muitas vezes, pequena, dificultando alcançar as economias de escala necessárias para compensar os custos financeiros e administrativos de adquirir e manter uma licença. Os modelos país de origem podem buscar parcerias no país de acolhimento para tentar superar esses desafios, embora, dependendo do país, até isso pode ser impossível. Dois desses programas entre a América Latina e os Estados Unidos foram cancelados por causa dessas questões legais.[7]

O modelo país de acolhimento evita muitos dos obstáculos relacionados à licença para seguradora, uma vez que as seguradoras nacionais que já são licenciadas no país de acolhimento podem celebrar contratos de seguro com migrantes localizados nesses países. No entanto, os modelos país de acolhimento podem ficar limitados a segurar o migrante e impossibilitados de segurar a família do migrante no exterior caso eles não tenham uma sucursal ou filial no país de origem.

[5] Nos Estados Unidos, seguro e atividades afins são regidos por leis estaduais individuais, o que complica ainda mais o assunto.

[6] De acordo com a Warner (2004), estas leis diferentes, mesmo se não conflitarem diretamente entre si, podem criar dificuldades administrativas significativas e podem levar a dúvidas se não estiver claro qual é a lei nacional aplicável. Por exemplo, nas Filipinas, as seguradoras são responsáveis por apólices de seguro vida nos casos de suicídios, se eles são cometidos depois que a apólice está em vigor por dois anos, a menos que esteja previsto na apólice um período menor, embora muitas apólices de seguro de vida norte-americanas excluam cobertura em caso de suicídio, independentemente de quando ele ocorra.

[7] A MFIC parou de oferecer planos médicos de saúde da EPSS para migrantes da Guatemala nos Estados Unidos por causa da preocupação de eles serem considerados ilegais pelos órgãos reguladores *(ver Caixa de Texto 17.3)*. O BancoSol também parou de oferecer seguro de repatriação para migrantes da Bolívia nos Estados Unidos depois de perceber que estava mal informado por seu parceiro sobre as restrições legais a respeito das seguradoras estrangeiras que anunciam e vendem apólices nos Estados Unidos.

Regulamentação de intermediários. A maioria dos países exige que os intermediários que participam dos contratos de seguro sejam autorizados (Sterling, 2000). Em todos os três modelos, os intermediários podem estar sujeitos à regulamentação no país de origem e/ou de acolhimento, dependendo se a propaganda, a celebração do contrato, o pagamento do prêmio e outras atividades ocorreram. Os canais alternativos descritos a seguir podem não ter a capacidade de obter uma licença de corretor ou agente.[8] Frequentemente, mesmo agentes e corretores licenciados têm competência limitada para negociar ou prestar assessoria na venda de produtos por seguradoras sem licença.[9] Há algum espaço para que intermediários não licenciados promovam programas de seguro associado à migração, embora o âmbito das atividades das quais um intermediário pode participar sem uma licença varie muito de país para país.

Documentação. A situação irregular de muitos imigrantes pode impor sérios desafios à compra de produtos de seguro em seus países de acolhimento. As companhias de seguros, muitas vezes, solicitam documentos de identificação que o migrante não pode ter ou fica constrangido de apresentar. Na maioria dos países desenvolvidos, imigrantes em situação irregular têm amplos direitos de acesso aos tribunais e de fazer valer direitos decorrentes de contratos, mas esses direitos são, muitas vezes, limitados na prática, o que pode penalizar os imigrantes no caso de uma disputa com a companhia de seguro.[10]

17.4 Oportunidades e desafios operacionais relativos ao seguro associado à migração e remessa

Apesar das oportunidades de mercado potenciais de produtos associados à migração, os canais de distribuição e as funções administrativas e operacionais para atender às famílias transnacionais podem ser complexas. Esta seção descreve as oportunidades e os desafios enfrentados no seguro associado à migração nas seguintes áreas: 1) marketing e vendas; 2) emissão de apólice; 3) pagamentos de prêmio; e 4) administração de sinistros. O atendimento ao cliente é especialmente importante, mas também especialmente complicado devido à natureza transnacional das famílias cobertas *(ver Caixa de Texto 17.2)*. A Tabela 17, no final da seção, resume os principais desafios e oportunidades por modelo.

[8] Os corretores (que representam o segurado) quase sempre são obrigados a ser licenciados, enquanto os agentes (que representam as seguradoras), muitas vezes, não são. A razão para essa diferença é que os agentes são indiretamente supervisionados em virtude do fato de que eles atuam em nome das seguradoras, que são diretamente supervisionadas. Os agentes são, entretanto, muitas vezes, obrigados a se registrarem com a entidade reguladora ou com uma associação profissional (Voll-Brecht, 2000).

[9] Além disso, tanto seguradoras quanto intermediários também devem cumprir com as leis de propaganda aplicáveis em qualquer país no qual os produtos são comercializados.

[10] Nos Estados Unidos, o migrante com documentação irregular tem direito legal de apresentar queixa em tribunal (Hagl v. Jacob Stern & Sons, Inc. e Montoya v. Gateway Ins. Co.), e, na União Europeia, muitos direitos fundamentais se aplicam a todos, independentemente da situação administrativa, mas, na prática, ao migrante com documentação irregular é negada uma ampla gama de proteções sociais (Carrera e Merlino, 2009).

Caixa de Texto 17.2

Uma análise do seguro compulsório de trabalhadores estrangeiros na Indonésia

Na Indonésia, cerca de 90 a 95 por cento dos migrantes usam uma agência de inserção para organizar seus vistos de trabalho, viagens e trabalho no exterior. Em 2006, o Governo introduziu regulamentações exigindo que todas as agências de inserção de migrantes oferecessem cobertura de seguro ao migrante antes da partida, durante sua estadia no país de acolhimento e após o seu regresso (TKI Insurance). Esse pacote inclui cobertura de morte acidental, morte por doença, despesas de funeral, invalidez acidental, despesas médicas, cancelamento de viagem, abuso físico, não inserção no trabalho, rescisão antecipada do contrato, salários não pagos, deportação, doença mental, transferência de trabalho não autorizada e custas legais e judiciais. O seguro é distribuído por agências de inserção de migrantes, com seguradoras privadas que emitem as apólices. Um problema para todas as partes envolvidas é a falta de um banco de dados do migrante ou de informações completas sobre os números dos sinistros, o que afeta negativamente a transparência, os preços e o processamento de sinistros pequenos.

Algumas outras questões fundamentais para incluir o migrante: 1) falta de informação ao migrante e à família dele sobre a cobertura; 2) complexidade das apólices e dos procedimentos de sinistros; e 3) representação mínima das seguradoras no país de acolhimento, onde a maioria dos incidentes tem probabilidade de ocorrer.

Alguns dos principais problemas das companhias de seguros incluem: 1) altas comissões de corretagem cobradas pelas agências de inserção; 2) baixos preços fixados por lei; 3) complexidade do produto; e 4) necessidade de garantir itens "não seguráveis".

Fonte: Entrevista com Yoko Doi, Especialista Financeiro, Escritório de Jakarta do Banco Mundial, 2009.

17.4.1 Marketing, vendas e distribuição

Os desafios da distribuição de seguro para famílias transnacionais são significativos devido aos dois locais do mercado alvo, bem como à natureza transfronteiriça de muitos programas. Dessa forma, para que os modelos de microsseguro associados à migração sejam bem-sucedidos, eles devem encontrar um caminho para comercializar em ambos os lados da família transnacional ou estruturar seu programa de tal forma que uma parte tenha total poder na tomada de decisão.

Modelos país de origem

Para os modelos país de origem, o maior desafio no marketing para migrantes é encontrar um canal de distribuição adequado. Quando a migração é legal e organizada com antecedência, é mais fácil vender para os migrantes antes da sua partida, uma vez que os termos de sua migração costumam ser predefinidos com acordos celebrados por intermédio de um canal formal, minimizando as restrições legais, evitando a venda de seguro transnacional. Por exemplo, a maioria dos migrantes legais da Indonésia e

das Filipinas usa agências de inserção para assegurar o emprego, os vistos e demais documentos; tais agências podem ser um excelente canal de distribuição do microsseguro (*ver Caixa de Texto 17.2*). É importante notar, contudo, que muita migração legal é de curto prazo, geralmente sazonal ou por um a três anos, tornando o desenvolvimento do produto e a cobrança do prêmio mais fácil, mas limitando o potencial de manutenção do cliente.

O marketing e a venda de modelos país de origem quando o migrante já está no país de acolhimento são mais difíceis devido a restrições regulatórias sobre marketing e a distância física do migrante. Muitos modelos país de origem têm procurado parceiros no país de acolhimento para comercializar seus produtos; no entanto, esses parceiros podem enfrentar suas próprias restrições legais, regulatórias ou de capacidade para o marketing do seguro (*ver Caixa de Texto 17.3*). Soluções baseadas em Internet podem ajudar a superar algumas restrições, mas não costumam ser eficazes sem a promoção, *in loco*, no país de acolhimento.

Caixa de Texto 17.3

A forma certa de comercializar? Planos médicos para as famílias do migrante da Guatemala na América do Norte

Em 2007, a OIM Guatemala se uniu à Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPSS), uma companhia de serviços de assistência médica na Guatemala, e à Microfinance International Corporation (MFIC), uma companhia de processamento de microfinanças e remessas com sede nos Estados Unidos, para permitir ao migrante nos Estados Unidos a oportunidade de comprar planos de serviços médicos pré-pagos para suas famílias na volta para casa. A EPSS conta com uma das maiores redes de clínicas de saúde e hospitais na Guatemala e a afiliada da MFIC, Alante Financial, que já estava trabalhando com as comunidades de migrantes sem conta bancária da América Latina nos Estados Unidos para fornecer outros serviços financeiros.

Em teoria, a combinação parecia ideal, mas o programa nunca decolou, vendendo somente 15 a 20 planos nos Estados Unidos. Segundo os funcionários entrevistados, os resultados desanimadores do programa não podem ser atribuídos ao desenvolvimento do produto, uma vez que os planos da EPSS são bem precificados e bem conceituados na Guatemala, e sim aos desafios legais e de distribuição que limitou as vendas.

Ao mesmo tempo, a EPSS trabalhou com o Guatemala Canada Labour Migration Programme para comercializar para migrantes indo para o Canadá em trabalho temporário. Depois de um piloto em 2007, todos os 2.500 trabalhadores e suas famílias em 2008, e 3.900 trabalhadores em 2009, tinham aderido ao programa. Estima-se que em 2010 este número tenha chegado a 4.000. Essa disparidade no alcance entre os programas dos EUA e do Canadá destaca quão importante o canal de distribuição é para o sucesso do seguro associado à migração e as demais dificuldades encontradas ao tentar trabalhar com migrantes ilegais ou com documentação irregular.

Fontes: Entrevistas com Sonia Pellecer; IOM Guatemala e Kai Schmitz, MFIC; www.saludosualcance.net, www.mfi-corp.com, www.munichre-foundation.org.

Para evitar muitos dos desafios enfrentados ao tentar vender para o migrante no país de acolhimento, as seguradoras do país de origem podem optar por vender diretamente para a família do migrante, de modo que eles comprem seguro ou passem as informações para o migrante. No entanto, tais canais de transmissão podem ser lentos e duvidosos, e as famílias podem relutar em compartilhar informações com o migrante quando sua demanda por seguro for diferente. A Seguros Futuro em El Salvador é um exemplo de um modelo país de origem que vende diretamente para familiares dos migrantes e de tentativas de superar alguns desses desafios com um componente de educação financeira *(ver Caixa de Texto 1.4)*.

Caixa de Texto 17.4

Seguros Futuro: Reconhecendo a necessidade de educação do consumidor

A Seguros Futuro lançou recentemente um produto de seguro de repatriamento e remessa desenvolvido para proteger migrantes e suas famílias em El Salvador. A seguradora vende seus produtos por intermédio de uma rede de cooperativas de poupança e empréstimos programada para atender 100.000 pessoas com membros da família no exterior. O seguro cobre o custo de repatriação do corpo do migrante da América do Norte e oferece à família uma remessa regular mensal por um ano. Os prêmios começam em US$35 por ano, dependendo do nível de cobertura.

A Seguros Futuro acredita que há uma necessidade de um produto desse tipo entre sua clientela, considerando que cerca de 20 por cento de suas afiliadas têm um membro da família no exterior. No entanto, a demanda pelo produto é questionável, uma vez que a maioria do mercado alvo não reconhece a necessidade de tal seguro. Dessa forma, a Seguros Futuro está oferecendo ativamente educação financeira para seu mercado alvo sobre os benefícios do seguro. A aceitação foi cerca de 25 a 30 por cento nos primeiros seis meses de treinamento para aqueles que participaram do treinamento, com 222 apólices vendidas.

Fontes: Entrevista com Daysi Rosales, Diretora Executiva da Seguros Futuro; e www.segurosfuturo.com.

Modelos país de acolhimento

Modelos país de acolhimento enfrentam desafios muito menores quando vendem para o migrante, considerando que as seguradoras já são licenciadas no país de acolhimento. Elas também podem contar com redes existentes no país de acolhimento que podem ajudar na distribuição. No entanto, os mercados de seguro em muitos países de acolhimento, em especial países desenvolvidos, evoluíram muito pouco em termos de distribuição de baixo custo e ainda dependem bastante dos modelos de corretor e agente relativamente caros.

Modelos país de acolhimento podem precisar operar em parceria com organizações que já trabalham com a comunidade alvo, o que pode ajudar a localizar

o migrante, ajudar as seguradoras a ganhar a confiança do migrante e também, potencialmente, ajudar na educação do consumidor. Estas parcerias são ainda mais importantes para os imigrantes com documentação irregular que são mais difíceis de alcançar e podem exigir mais educação do consumidor.

Modelos híbridos

Modelos híbridos devem ser capazes de superar muitos dos desafios de marketing e venda enfrentados pelos modelos país de origem e país de acolhimento. Um segurador do país de origem tendo como parceiro um segurador do país de acolhimento não enfrenta as mesmas restrições legais e regulatórias do modelo país de origem, está próximo do migrante e da família do migrante, e tem a capacidade de desenvolver produtos para ambos. Escolher o canal de distribuição adequado ainda é importante.

Caixa de Texto 17.5

SparxX da Pioneer Life

O SparxX da Pioneer é um pequeno plano de poupança e seguro desenvolvido para ser acessível aos segmentos de baixa renda da população das Filipinas. Seu valor é 300 pesos (cerca de US$6) e oferece um retorno garantido depois de certo número de anos, com base na idade do indivíduo. Ao mesmo tempo, oferece aos compradores um seguro vida igual ao valor futuro garantido. Vários cartões podem ser acumulados ao longo do tempo para aumentar a poupança e a proteção do seguro. A Pioneer atualmente está testando uma variedade de programas de distribuição para o SparxX, incluindo dois alvos: o migrante e seus familiares. O SparxX está sendo promovido por intermédio de uma entidade de marketing em Hong Kong para o migrante das Filipinas, usando uma rede de marketing e programa de pontos. Também está combinando o SparxX com outros produtos de seguro para a família do migrante nas Filipinas por intermédio de seus Clubes de Poupança e Bem-Estar (ver Caixa de Texto 17.6 para mais detalhes).

Fontes: Entrevistas com Noel Deguzman e Geric Laude da Pioneer Life Inc. e Pioneer Groupo; e www.pioneer.com.ph.

Parcerias em marketing e distribuição

A Tabela 17.2 descreve as parcerias que podem ser usadas em programas de seguro associado à migração. Essas parcerias podem influenciar os custos para o usuário final, e a escolha de parceiros que já contam com a confiança da comunidade, e relacionamentos transacionais recorrentes com a comunidade, ou ambos, podem agregar mais valor.

Tabela 17.2 **Parceiros em marketing e distribuição do microsseguro associado à migração**

País de acolhimento	*País de origem*
– Agências de envio de remessa (bancos, MTAs, MFIs limitadas) – Organizações diásporas – Prestadores de serviços (ex.: companhia de repatriação) – Organizações religiosas – Grupos de esportes – Empregadores – Outras organizações da comunidade e ONGs	– Agências de envio de remessa (bancos, MFIs, MTAs, casas de penhores, correios) – Agências de inserção de migrante/emprego – Prestadores de serviços (ex.: redes de assistência médica) – Organizações religiosas – Outras organizações da comunidade e ONGs

Explorar o capital social da migração

Organizações como grupos religiosos, associações locais e centros comunitários de imigrantes que já conquistaram a confiança do migrante, seja por causa de um relacionamento de longa data com a comunidade ou com a prestação de outros serviços, podem ajudar as seguradoras a conquistar a confiança do migrante, como a Pioneer fez com a Igreja Católica nas Filipinas *(ver Caixa de Texto 17.6)*. Outra forma informal que as seguradoras podem fazer uso do capital social criada pelas comunidades de migrantes é por meio de programas de referência, em que as seguradoras premiam o migrante por indicar seus amigos para a companhia. Em Hong Kong, por exemplo, o migrante pode ganhar pontos para a compra de seus cartões SparxX e indicar outros migrantes.

Caixa de Texto 17.6

Clubes de Poupança e Bem-Estar da Pioneer

O Pioneer Group se uniu à Igreja Católica nas Filipinas para alcançar a família do migrante. Em suas paróquias, a igreja organiza Clubes de Poupança e Bem-Estar que buscam ajudar as famílias a gerir melhor suas finanças e fazer melhor uso de suas remessas. Os Clubes de Poupança e Bem-Estar combinam o produto de poupança e seguro vida SparxX da Pioneer com a cobertura de acidentes pessoais e reembolso médico de acidentes. Além disso, a formação de conhecimento financeiro é periódica em um ambiente de grupo. O custo anual para se associar aos clubes é US$10 para adultos e US$8 para menores de dezesseis anos.

Em junho de 2010, a Pioneer teve a adesão de cerca de 1.000 membros ao clube em seus primeiros seis meses. Em torno de 20 por cento daqueles que participaram dos lançamentos que ela copatrocinou com a Igreja aderiram, o que a seguradora considera razoável. Um desafio maior é a capacidade da Igreja de organizar campanhas promocionais, uma vez que há apenas um funcionário da Igreja em tempo integral trabalhando no projeto. Além disso, alguns membros poupam regularmente ou completam seus cartões SparxX depois de pagar a taxa inicial.

Fontes: Entrevistas com Noel Deguzman e Geric Laude da Pioneer Liffe e Pioneer Group; e www.pioneer.com.ph.

17.4.2 Emissão de apólice

Nos programas em que o migrante paga seguro para a família, pode ser um desafio logístico para as seguradoras obter as informações necessárias e emitir a apólice para a família, em parte devido às restrições quanto a segurar terceiros. Algumas seguradoras estruturaram seus programas, de modo que o migrante efetue o pagamento no país de acolhimento e passe os dados pessoais do membro da família para a seguradora. O membro da família é responsável por preencher a proposta. Por exemplo, uma seguradora localizada no país de origem pode segurar os membros da família do migrante por meio de uma parceria com um agente de transferência de numerário (MTA)[11] no país de acolhimento; o MTA pode colher as informações pessoais necessárias para a proposta, transferir essa informação para a seguradora e pagar o prêmio após a proposta ser preenchida pelo membro da família. Em alguns países, no entanto, pode haver restrições legais sobre a capacidade de um MTA desempenhar esse papel sem ter uma licença de corretor ou agente.

17.4.3 Pagamentos de prêmios

Uma das oportunidades em potencial para microsseguro associado à migração é a capacidade de se beneficiar dos fluxos de remessa para assegurar os pagamentos de prêmio sem atraso. As seguradoras podem fazê-lo operando em parceria com um MTA no país de origem ou no país de acolhimento, intervindo na fase inicial ou na fase final do fluxo de remessa. Eventualmente, elas podem também ser capazes de fazer uso de inovações tecnológicas que facilitam pagamentos de prêmios transfronteiriços.

Parcerias com agentes de transferência de numerário

Modelos países de origem podem usar MTAs locais como parceiros para vender seus produtos e incentivar os pagamentos do prêmio quando o migrante envia remessas diretamente para sua família, como no caso de Seguros Futuro em El Salvador (*ver Caixa de Texto 17.4*). Modelos países de origem que operam com o migrante em seu país de acolhimento, normalmente, dependem de uma parceria com um MTA, caso recebam pagamento diretamente do migrante. No BancoSol na Bolívia, os pagamentos das remessas são efetuados dos MTAs para a conta poupança do migrante na Bolívia da qual o prêmio de seguro é debitado diretamente. Modelos países de acolhimento e híbridos também podem se beneficiar de contratos com MTAs para atuar como centros de pagamento ou canais para o migrante sem conta bancária nos países de acolhimento.

[11] MTA é definido de forma ampla e pode incluir uma agência especializada de transferência de numerário como a Western Union, um banco, uma IMF ou instituição financeira ou outro tipo de instituição autorizada a enviar ou receber remessas (como, por exemplo, casas de penhores nas Filipinas).

Parcerias com MTAs são mais eficazes quando as remessas são enviadas por canais formais, como bancos, IMFs ou outros MTAs, e não por canais informais. MTAs também têm um potencial maior para se tornar um canal de pagamento regular para as seguradoras quando as remessas são "sem risco" (enviadas com frequência, geralmente quantias pequenas e por canais formais), e não de "problemáticas" (as de quantias grandes, porém enviadas com menos frequência e regularidade e, muitas vezes, por canais informais).

Outras restrições sobre o uso de MTAs como canais de pagamento em alguns países incluem a concentração de MTAs em áreas urbanas, o alto custo dos serviços e a falta de concorrência, o que pode aumentar o custo do seguro e/ou desencorajar MTAs de ampliar seus serviços. Regulamentos, muitas vezes, impõem limites elevados para o patrimônio líquido dos MTAs e/ou os obrigam a lançar grandes títulos, resultando em concorrência limitada e custos elevados. As seguradoras podem encontrar algumas instituições financeiras resistentes a tal parceria se eles enxergarem a seguradora como uma concorrência. Nas Filipinas, por exemplo, a Pioneer Life Inc. considerou uma parceria com um MTA para promover seus Clubes de Poupança e Bem-Estar e o "produto de poupança" SparxX. A aliança não foi possível, no entanto, porque a maioria das remessas é feita por intermédio dos bancos nas Filipinas e os bancos consideraram o SparxX como concorrência direta.

Nas parcerias entre seguradoras e MTAs para que um produto associado à migração seja bem-sucedido, é essencial para ambas as partes estarem totalmente comprometidas com o projeto e a relação. Pode-se levar muito tempo e gastar muitos recursos para estabelecer diretrizes e sistemas que permitam o pagamento direto dos prêmios, e explicar aos funcionários e clientes como os pagamentos podem ser efetuados. Os MTAs precisam estar convencidos do potencial do produto, que precisa estar em consonância com seus demais objetivos estratégicos de mercado.

Aproveitar a tecnologia para facilitar o pagamento do prêmio

Plataformas on-line e demais inovações tecnológicas prometem reduzir o custo total de transferências de numerário e aumentar o conforto. Alguns MTAs, incluindo a Western Union, já começaram a introduzir plataformas on-line no mundo inteiro, acrescentando pagamentos de serviços de utilidade pública, cartões de crédito e serviços financeiros em seus menus. A Safaricom, uma provedora de serviços de telefonia móvel no Quênia, introduziu serviços de transferência de numerário (M-Pesa), via rede de telefonia móvel própria. Em parceria com a Vodafone, é possível os quenianos enviarem dinheiro para casa do Reino Unido via seus telefones móveis.

Nenhum dos programas identificados neste estudo desenvolveu uma plataforma para pagamento direto dos prêmios de seguro; por isso, é difícil saber como o migrante passivo agirá com relação a esses canais de pagamento. É provável que dependam do nível de conhecimento em informática e tecnologia do grupo alvo, e seu nível de conforto e confiança em tais sistemas de pagamento. Também pode depender da

existência de uma organização de apoio no país de acolhimento para direcionar os migrantes para o *site* e responder às perguntas deles.

17.4.4 Verificação e administração de sinistros

Outro desafio dos programas de seguros transnacionais é o processamento de sinistros, especialmente quando o segurado e o beneficiário estão em diferentes países. Obter a papelada para atender às exigências de sinistros do exterior pode ser complexo e demorado, e não é de fácil acesso para a família do migrante na volta para casa. Para resolver essa questão, alguns modelos países de origem que oferecem seguro de repatriação administram os sinistros por intermédio de alianças com empresas sediadas no país de acolhimento que dão apoio no processo de sinistros. Por exemplo, o seguro vida e repatriação do Banorte para os mexicanos na América do Norte trabalha em parceria com uma empresa de repatriação com sede nos Estados Unidos. A SegurCaixa firmou uma parceria com uma empresa de repatriação na Espanha para ajudar a reunir e processar os documentos, e também trabalha com consulados se não houver nenhum membro da família vivendo na Espanha para apresentar a reclamação de sinistro.

Algumas seguradoras também estão trabalhando em parceria com os corretores que representam o beneficiário caso eles estejam fora do país. Por exemplo, o BancoSol na Bolívia tem um representante na Espanha que ajuda o migrante a preencher formulários de sinistros e encaminhar à Bolívia para serem processados. Esse apoio é possível porque a Espanha permite que os corretores realizem atividades limitadas em nome das seguradoras estrangeiras não licenciadas lá.

Tabela 17.3 **Resumo de oportunidades e desafios dos modelos 3Hs**

	Oportunidades	*Desafios*
Modelos país de origem	– Mais propenso a conhecer as necessidades do grupo de cliente alvo – Mais inclinado a contratar microsseguro, visto ser um grande mercado em muitos países "exportadores de migrante" – Pode mais facilmente negociar, vender e administrar apólices para familiares do migrante – especialmente útil para prestadores de serviços que exigem seguro, como, por exempo, de saúde – Podem se beneficiar dos canais de distribuição locais que já trabalham com clientes alvo, incluindo aqueles que efetuam remessa e IMFs para alcançar familiares do migrante ou agências de inserção de migrantes para alcançar migrantes	– Barreiras legais para negociar e vender seguro no país de acolhimento – Falta de proximidade com o migrante torna a venda para eles mais difícil – Precisa de um canal de distribuição no país de acolhimento para trabalhar com migrantes ou para facilitar pagamento direto dos prêmios – Restrições quanto à demanda para produtos no país de origem, como, por exemplo, falta de educação do consumidor e confiança
Modelos país de origem	– Barreiras legais e regulatórias costumam ser menos importantes, considerando que as seguradoras já são licenciadas – Pode ser um mercado inexplorado, visto que os migrantes não são, em geral, tão bem atendidos pelo setor financeiro e há pouca competição com outras seguradoras – Talvez existam modelos que podem apoiar a distribuição, embora nem sempre adequados para a população alvo – Migrantes são mais propensos a exigir seguro e são capazes de pagar por ele do que os membros da família – Migrantes muitas vezes organizados em associações/redes que facilitam o marketing	– Menos propenso a conhecer as necessidades do grupo alvo – Menos propenso a ter acesso aos canais de distribuição que trabalham com grupo alvo – Apoio ao cliente e administração de sinistros são questões complicadas quando beneficiários são membros da família no país de origem
Modelos híbridos	– Evitam muitos dos desafios legais e regulatórios porque existem seguradoras licenciadas em ambos os países – Pode vender com mais eficiência para migrante e família – importante quando familiares tomam decisões em conjunto – Canais de distribuição existentes em ambos países (embora possam não ser adequados para o mercado alvo) – Pode oferecer serviços permanentes para migrantes que voltam para seus países de origem	– Prêmios podem ser mais altos, uma vez que a parceria cria uma faixa adicional – Administração de sinistros mais complicada quando beneficiários e serviços estão em ambos os países e duas seguradoras estão envolvidas – Questões sobre direito aplicável são mais complicadas

17.5 Conclusão

Este capítulo examina como as seguradoras podem enfrentar os riscos específicos enfrentados pela família transnacional e como as redes e conexões criadas pela migração podem ser usadas para alcançar este mercado. Embora o microsseguro associado à migração seja novo, as experiências destacadas anteriormente apresentam as primeiras lições para desenvolver e promover ações de proteção dos trabalhadores migrantes e suas famílias. São elas:

- As restrições legais e regulatórias representam um dos desafios mais importantes para o seguro associado à migração, considerando que as seguradoras, em geral, são licenciadas tanto no país de origem quanto no país de acolhimento. É essencial analisar profundamente as questões legais e regulatórias antes de lançar um projeto, já que atividades permitidas em uma jurisdição podem ser ilegais em outra.
- Pode ser mais eficaz vender produtos de seguro associado à migração diretamente para o migrante, tendo em vista as preferências em gastos, muitas vezes divergentes do migrante e da sua família, bem como o seguro informal de responsabilidade civil do migrante.
- Encontrar um canal de distribuição adequado – o que depende do modelo, das características da população de migrante e do ambiente regulatório, entre outras coisas – é fundamental para alcançar escala.
- A escolha de parceiros que já conquistaram a confiança da comunidade e transações financeiras recorrentes com estes podem agregar valor para as seguradoras.
- A condição de documentação irregular de muitos migrantes pode representar sérios desafios para vender produtos de seguro para eles em seus países de acolhimento, mas a necessidade de seguro desta população, partindo de uma perspectiva de gerenciamento de risco, muitas vezes é grande, sinalizando uma possível função para doadores e agências governamentais.
- Há uma necessidade significativa de educação do consumidor e educação financeira para promover o seguro associado à migração. Tais programas são caros e podem se beneficiar de novos esforços envolvendo meios de comunicação de massa, telefone celular e plataformas de Internet.
- Para facilitar os pagamentos, os produtos de seguros associados à migração podem se beneficiar dos fluxos de remessa por intermédio de parcerias com MTAs, que são mais eficazes quando as remessas são de baixo custo, "sem risco" e enviadas por canais formais. Inovações tecnológicas podem oferecer canais alternativos de pagamento, embora seja difícil saber quão passivos os migrantes serão.
- Os programas devem ter um cuidado especial para desenvolver procedimentos de sinistros e centrais de apoio ao cliente que sejam acessíveis para os migrantes e suas famílias do exterior.

O migrante e sua família representam um mercado relativamente inexplorado para o seguro, com alguns riscos únicos e seguráveis. Embora os desafios sejam significativos, as recompensas potenciais tanto para as seguradoras quanto para as famílias transnacionais de formalizar o gerenciamento de risco informal criado pela migração também podem ser substanciais. No entanto, criar um programa de seguro associado à migração bem-sucedido requer um conhecimento claro do segmento de mercado e das suas necessidades específicas. O sucesso depende de um compromisso firme com o projeto por todas as partes envolvidas, microsseguradora, intermediários e todas as organizações de apoio para resolver os desafios legais, de marketing, distribuição e pagamento. Para continuar a expandir os programas de microsseguro associado à migração, especialmente para as comunidades onde há maior potencial para desenvolvimento, é preciso empreender mais esforços para superar os muitos desafios.

VI Seguradoras e microsseguro

18 O microsseguro é um negócio rentável para as companhias de seguros?

Janice Angove e Nashelo Tande

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 11, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT. Os autores expressam seu agradecimento às seguradoras por sua participação nos estudos de caso. Eles gostariam de agradecer sinceramente a Guillermo Lopez da Aseguradora Rural (Guatemala), Anne Wambui da CIC (Quênia), Rakesh Jain da ICICI Lombard (Índia), Gema O Cheng da Malayan Insurance (Filipinas) e Colette Patience da Old Mutual (África do Sul). Gostariam de agradecer também a valiosa contribuição de Yogesh Gupta da Allianz (Índia) e suas observações gerais sobre a rentabilidade do microsseguro. Seus agradecimentos se estendem ainda a Arman Oza e Maud Monget, que realizaram a pesquisa para os estudos de caso da ICICI Lombardi e da Aseguradora Rural, respectivamente. Os autores agradecem também a Alexander Thomson da Quindiem Consulting por contribuir com o quadro analítico e a Doug Lacey por suas valiosas orientações e observações durante o projeto. Os autores querem expressar especial agradecimento a Richard Leftley (MicroEnsure), Brandon Mathews (Zurich), Michael McCord (MicroInsurance Centre) e Kelly Rendek (consultor atuarial) por suas ideias valiosas e lições úteis. Gostaríamos de agradecer a Aparna Dalal por seu trabalho na edição deste capítulo.

A pergunta "Sob que circunstâncias as companhias de seguros podem gerar lucro proveniente do microsseguro?" é importante, porque muitas seguradoras do mercado demonstram um interesse crescente em expandir para o mercado de baixa renda. Para manter a participação dos *players* comerciais neste mercado, o microsseguro precisa contribuir para a rentabilidade global da seguradora e gerar valor para seus acionistas. Ao longo do tempo, o lucro deve ser suficiente para justificar o investimento necessário para apoiar a evolução dos negócios.

Este trabalho apresenta uma análise do estudo de caso da rentabilidade do microsseguro oferecida por cinco seguradoras que operam em diferentes regiões do mundo.

- A Co-operative Insurance Company (CIC) no Quênia, que oferece um produto prestamista compulsório e o Bima Ya Jamii, um produto combinado voluntário cobrindo saúde e vida.
- A Old Mutual na África do Sul, que oferece uma cobertura funeral em grupo.
- A ICICI Lombard na Índia, que oferece o Manipal Arogya Suraksha Yojana (MAS), um produto de seguro saúde em grupo, bem como a cobertura agrícola com base no índice pluviométrico.
- A Aseguradora Rural (ASR) na Guatemala, que oferece uma cobertura de morte e invalidez, e uma cobertura para estudante, que compreende uma apólice de vida com cobertura adicional de saúde.
- A Malayan Insurance nas Filipinas, que oferece uma cobertura de vida com benefícios adicionais, como, por exemplo, assistência a incêndio.

Embora as experiências nestes estudos de caso sejam únicas, os desafios e sucessos de tais iniciativas em microsseguro proporcionam uma visão das possíveis abordagens para melhorar a viabilidade de outros *players* no mercado.

Este capítulo considera unicamente a viabilidade comercial do microsseguro, mas há outras razões para as seguradoras terem como alvo o mercado de baixa renda *(ver Capítulo 19).* Mais evidentes do que os estudos de caso são os objetivos sociais para melhorar a qualidade de vida do pobre. Dada a importância e a preponderância dos objetivos sociais, uma análise completa deve levar em consideração a proposta de valor para o cliente em uma iniciativa *(Ver Capítulo 15)*. É preciso que haja equilíbrio entre rentabilidade e até que ponto os produtos oferecem valor para o cliente, porque a sustentabilidade de longo prazo depende da proposta de valor.

Apesar da motivação social, é importante que o microsseguro seja viável para manter a participação das seguradoras. Os estudos de caso indicam que o microsseguro pode ser rentável. Todavia, há casos em que as seguradoras consideraram difícil criar uma iniciativa rentável e têm participado de um processo iterativo de reestruturação para alcançar rentabilidade.

Em geral, as seguradoras não têm monitorado formalmente os custos associados ao microsseguro. Como resultado, as despesas foram alocadas utilizando um método proporcional, em que os custos de gestão do respectivo segmento de negócios ou os custos gerais da companhia foram alocados ao microsseguro com base nos volumes de prêmio. É possível que, se os custos tivessem sido alocados mais corretamente ao microsseguro, os coeficientes de despesa fossem maiores. À medida que os negócios evoluem, torna-se mais importante para as seguradoras monitorar as despesas corretamente a fim de melhor conhecer a viabilidade comercial do microsseguro.

O capítulo está organizado da seguinte forma: a seção 18.1 oferece uma visão geral da estrutura e dos motores de rentabilidade, a seção 18.2 descreve o contexto das seguradoras, do setor no qual elas operam e suas iniciativas em microsseguro. A análise financeira e o exame dos motores da rentabilidade para cada uma das iniciativas em microsseguro são definidos na seção 18.3. A seção 18.4 termina com as principais conclusões dos estudos de caso e recomenda áreas para pesquisas futuras.

18.1 Estrutura para avaliação da rentabilidade

A Tabela 18.1 oferece uma visão geral da estrutura desenvolvida para avaliar a rentabilidade do microsseguro, o que inclui três principais motores da rentabilidade: alcançar escala, gerir custos de sinistros e gerir custos de aquisição e administração. Os dois aspectos na base do diagrama são transversais aos motores da rentabilidade e formam a base necessária para iniciativas bem-sucedidas.

Tabela 18.1

Estrutura para avaliação da rentabilidade de iniciativas em microsseguro

Escala: venda e manutenção de grandes volumes de negócios	*Custos de sinistros*	*Custos de aquisição e administração*
– Definir e acessar o mercado – Garantir benefícios de valor e atender às necessicades do mercado, mantendo os prêmios a um nível razoável – Incentivar os canais de distribuição a vender e renovar produtos voluntários – Construir relações com o mercado, manter a apólice com eficiência	– Precificar o risco – Gerenciar antisseleção, risco moral e fraude em sinistros – Usar resseguro e gerir a volatilidade de sinistros e risco covariante	– Trabalhar com parceiros e grupos – Fazer uso de infraestrutura existente – Simplicidade e eficiência em sistemas de distribuição e administração
Estrutura organizacional e contexto do mercado Monitorar experiência		

A estrutura exibida na Tabela 18.1 utiliza o excesso da receita sobre as despesas apresentado na conta de receita e na medida de lucro no período. O lucro de um determinado período é uma medida absoluta e, portanto, é difícil de comparar com o lucro de outras iniciativas em microsseguro ou linhas de negócios isoladamente. Portanto, a estrutura mede a rentabilidade geral da iniciativa em microsseguro relativa à receita de prêmio, conforme Caixa de Texto 18.1.

Caixa de Texto 18.1

Medida da rentabilidade

$$\text{Coeficiente do lucro de seguro bruto} = \frac{\text{Lucro de seguro bruto}}{\text{Prêmio ganho bruto}}$$

O lucro também é medido em termos da relação entre lucro de seguro líquido e prêmio ganho líquido (depois do resseguro).

O retorno exigido pelos investidores geralmente está relacionado ao capital exigido, bem como ao risco da iniciativa. Se as seguradoras querem ter um melhor conhecimento do valor para os acionistas gerado pelo microsseguro, é importante manter o controle do capital e de outros recursos dedicados a esse risco, e monitorar os lucros sobre os investimentos. Não foi possível oferecer observações do retorno sobre o investimento para os estudos de casos devido à falta de dados das seguradoras quanto aos valores investidos na formação do negócio. Algumas percepções qualitativas sobre os recursos destinados ao negócio são feitas na seção de análise.

18.2 Contexto e configuração do ambiente

Esta seção oferece uma visão geral das cinco iniciativas em microsseguro estudadas e os ambientes nos quais elas operam *(ver Tabela 18.2 para um resumo).*

18.2.1 Co-operative Insurance Company (CIC), Quênia

O mercado de seguros no Quênia é pouco desenvolvida se comparada a outros setores da economia, com a penetração do seguro permanecendo em torno de 2,6 por cento nos últimos anos. Grande parte dessa penetração é atribuída ao seguro compulsório de responsabilidade civil de automóveis e ao seguro compulsório do governo e fundos de pensão do National Hospital Insurance Fund (NHIF) e do National Social Security Fund (NSSF). A atividade seguradora no mercado de baixa renda aumentou nos últimos anos, com muitas seguradoras tradicionais demonstrando interesse por esse mercado. Uma gama de produtos foi introduzida recentemente, incluindo seguro saúde, prestamista, de acidentes pessoais e agrícola.

A Co-operative Insurance Company (CIC) é uma seguradora estabelecida que pertence a mais de mil cooperativas. É a única seguradora cooperativa na África e é a oitava maior seguradora no Quênia. A CIC está ativa no mercado de baixa renda há vários anos, administrando uma série de produtos por meio de seus departamentos de seguros tradicionais existentes. Considerando sua experiência no mercado e dedicação para expandir seus negócios de microsseguro, a CIC criou um departamento de microsseguros em 2010. A CIC tem se beneficiado de suas ligações com o movimento cooperativo no Quênia, o que permitiu a ela formar parcerias com muitas cooperativas de crédito.

Entre os produtos de microsseguro oferecidos pela CIC estão um produto prestamista em grupo e um produto combinado conhecido como Bima ya Jamii (Seguro para a Comunidade). O produto prestamista é o mais antigo dos produtos de microsseguro da CIC, oferecido a instituições de microfinanças (IMFs) e cooperativas de poupança e crédito (SACCOs) desde 2002. O produto é compulsório para todos os mutuários. Cobre o mutuário durante a vigência do empréstimo e paga ao credor o valor do empréstimo pendente acrescido de juros em caso de morte ou invalidez do mutuário. Um pagamento adicional de US$130 ao mutuário inválido ou aos seus dependentes sobreviventes foi introduzido em 2010, sem custo adicional.

O produto prestamista tem sido um veículo para a CIC gerar lucros em apoio ao desenvolvimento de produtos de microsseguro mais arriscados, como o Bima ya Jamii, que oferece um benefício de internação, despesa de funeral, perda de renda e acidentes pessoais para o membro titular e dependentes nomeados. O Bima ya Jamii foi aprimorado ao longo do tempo, principalmente como consequência das dificuldades experimentadas com o componente de internação do produto. Na mais recente (e mais bem-sucedida) versão do produto, a CIC terceirizou o benefício de internação para o NHIF, que tem mais experiência no gerenciamento do risco de seguro saúde.

O Bima ya Jamii, como o produto prestamista, é vendido através das SACCOs e IMFs. No entanto, não é obrigatório para todos os membros da IMF ou SACCO. A CIC conta com esses canais na venda do produto para seus clientes. Essa estrutura impôs desafios para a CIC, com a necessidade de aumentar a remuneração do parceiro a fim de incentivar as vendas. A CIC contratou recentemente uma agência para ajudar na gestão de vendas em agências de IMF e SACCO. A agência é responsável pelo treinamento dos funcionários da área de vendas do Bima ya Jamii, oferecendo educação do consumidor no ponto de venda e apoio ao cliente em nome da CIC (tanto para o parceiro quanto para os segurados).

Tabela 18.2 **Visão geral das iniciativas em microsseguro**

	Produtos	*Mercado alvo*	*Distribuição e administração*	*Estrutura*
Co-operative Insurance Company (CIC), Quênia	– Prestamista: compulsório – Bima ya Jamii: voluntário combinado com cobertura de internação e seguro de vida **Prestamista apresenta grandes lucros desde o início** **Dificuldade de crescimento para alcançar produto voluntário**	Membros de instituições de microfinanças (IMFs), cooperativas de poupança e crédito (SACCOs) e grupos de autoajuda (SHGs) **Associação de grandes IMFs e SACCOs no Quênia**	IMFs, SACCOs e demais grupos **Explorava relação existente com estes grupos**	Plano para fundar uma unidade de negócios de microsseguro separada
Old Mutual, África do Sul	Burial Society Support Plan: cobertura de funeral em grupo **A cobertura de funeral é popular na África do Sul, mas este é um mercado altamente competitivo**	Membros de sociedades funerárias, casas funerárias e clubes de poupança **Dificuldade em face do porte pequeno dos grupos**	Agentes assalariados que trabalham com grupos são responsáveis pela venda e manutenção das apólices **Modelo de distribuição caro**	Criar a unidade de negócios Foundation Market para se concentrar no mercado de baixa renda
ICICI Lombard, Índia	– Manipal Arogya Suraksha: seguro saúde em grupo – Seguro baseado em indicadores meteorológicos: cobertura agrícola baseada em indicadores pluviométricos (combinada com crédito) **O Governo despertou a consciência pelo seguro baseado em indicadores** **Dificuldade para tornar o produto de seguro saúde rentável**	– Grupos da comunidade na costa oeste da Índia – Clientes de IMFs, bancos rurais e demais provedores de crédito	– Rede de provedores de saúde – IMFs e demais provedores de crédito **A vantagem do pioneiro é importante para estabelecer relações com estes grupos**	Produtos de microsseguro são geridos em unidades de negócios organizadas por linha de produto. Não há unidade de negócio separada para microsseguro
Aseguradora Rural (ASR), Guatemala	– Cobertura de vida: cobertura de morte e invalidez – Cobertura para estudante: apólice de vida com cobertura adicional de saúde **Ambos os produtos foram rentáveis desde o lançamento**	Clientes do BANRURAL (banco rural)	Rede de agências bancárias do BANRURAL **Baseado na infraestrutura da matriz**	Produtos de microsseguro são administrados no departamento de seguro de vida
Malayan Insurance, Filipinas	Cobertura de vida com benefícios adicionais (ex.: assistência a incêndio)	Clientes de casas de penhores, bancos rurais e instituições de crédito, cooperativas e ONGs	Casas de penhores, bancos rurais e demais provedores de crédito **Explorava grande espaço no mercado de baixa renda ocupado pelo parceiro**	– Administrado pelo Retail Underwriting Group – Plano para transferir microsseguro para subsidiária em 2011

18.2.2 Old Mutual, África do Sul

A oferta de seguro tradicional na África do Sul é altamente desenvolvida e se compara a nações desenvolvidas em termos tanto de tamanho quanto de grau de sofisticação. Entretanto, o mercado de baixa renda é mal servido. Como resultado, foram empreendidos maiores esforços nos últimos anos em ambos os setores, público e privado, no intuito de melhorar a oferta de seguro nesse mercado. Os sul-africanos de baixa renda agora têm à sua disposição uma variedade de produtos de seguro, sendo mais predominantes os produtos voluntários de seguro funeral fornecidos tanto por provedores formais (ex.: seguradoras) quanto informais (ex.: sociedades funerárias e casas funerárias). O mercado de seguro funeral é altamente competitivo. As seguradoras têm usado vários canais de distribuição para alcançar mercado desde o modelo de agente tradicional até parcerias com grupos religiosos, varejistas, sociedades funerárias e casas funerárias. Os produtos também são vendidos em bancos.

A Old Mutual é a maior e mais antiga seguradora de vida do país, que oferece uma ampla gama de produtos em todos os segmentos de renda na África do Sul. O Retail Mass Market, que tem como alvo clientes em grupos de baixa até média renda, é uma importante unidade de negócios para a Old Mutual, dando uma contribuição significativa para seu crescimento e sua rentabilidade. O sucesso da unidade do Retail Mass Market levou à criação da unidade de negócios Foundation Market em 2008, com a finalidade de desenvolver produtos exclusivamente para o mercado de baixa renda. A Foundation Market foi criada como uma unidade de negócios independente para fornecer microsseguro com atenção suficiente para permitir seu crescimento e, eventualmente, contribuir para a rentabilidade da Old Mutual.

O plano de apoio da sociedade funerária da Old Mutual oferece um pagamento em dinheiro em caso de morte de uma vida coberta. Cobre o titular, com a opção de adicionar os respectivos membros da família e é distribuído pelas sociedades funerárias e casas funerárias usando agentes assalariados. Uma vez que a sociedade funerária ou casa funerária opta pela adoção da cobertura, esta se torna compulsória para todos os membros, com todos pagando o mesmo prêmio mensal. As sociedades funerárias e casas funerárias podem escolher entre uma variedade de importâncias seguradas, com o nível de cobertura escolhida aplicável a todos os membros que, consequentemente, pagam o mesmo prêmio mensal. Tanto o desenho do produto quanto o modelo de distribuição são comuns no mercado da África do Sul.

Devido às normas culturais existentes, o produto é popular e, portanto, relativamente fácil de vender. Todavia, usar agentes assalariados para distribuir o produto fica caro. Ademais, as sociedades funerárias tendem a ser pequenas, de modo que é difícil alcançar escala. Um outro desafio é o grande número de competidores no mercado, o que significa que os altos custos de distribuição do produto não podem se refletir totalmente nos prêmios do produto. A unidade Foundation Market tem, no entanto, se beneficiado do acesso às habilidades técnicas e de infraestrutura de outras unidades de negócios, o que tem ajudado a manter as despesas gerais baixas. A Old Mutual está preparada para fornecer este apoio até que a unidade de negócios se torne rentável e possa arcar com suas próprias despesas.

18.2.3 ICICI Lombard, Índia

A ICICI Lombard foi fundada em 2001, quando o mercado de seguros indiano abriu para operadores de propriedade privada *(ver Capítulo 20 para mais detalhes)*. Hoje, ela é a maior seguradora de produtos não vida do setor privado na Índia, oferecendo uma gama completa de produtos de varejo e comerciais. Os negócios de microsseguro da ICICI Lombard têm origem, principalmente, nos programas de grupo vendidos por meio de parcerias com ONGs e IMFs grandes e renomadas, bem como nos programas financiados pelo governo. Em 2008, o Governo da Índia introduziu um fundo nacional de seguro saúde conhecido como Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY). A ICICI Lombard se concentrou em adquirir títulos prósperos da RSBY de vários distritos, e esta é uma parte importante da sua estratégia permanente em microsseguro.

Entre os muitos produtos de microsseguro subscritos pela ICICI Lombard está um produto de seguro baseado em indicadores meteorológicos, que a seguradora foi pioneira em 2003 com a BASIX, uma importante IMF. O produto é vendido para agricultores em toda a Índia por provedores de crédito. O Governo também tem um papel importante na promoção das vendas, subsidiando os prêmios do produto em até 80 por cento para os agricultores que solicitam crédito agrícola. O produto oferece um pagamento em caso de pouca chuva ou de excesso de chuva, a critério do segurado. Os pagamentos são progressivos, uma vez que os níveis de precipitação em uma área estejam abaixo ou acima de um limite predeterminado. O produto meteorológico tem se beneficiado de campanhas do governo para aumentar o conhecimento do seguro com base em indicadores (*para mais detalhes ver Capítulos 4, 11 e 20)*.

A ICICI Lombard também subscreve vários produtos de saúde, incluindo um conhecido como Manipal Arogya Suraksha Yojana, (MAS), que é oferecido para famílias de baixa renda nos distritos do litoral dos estados do Kerala, Karnataka e Goa. Esse produto oferece um benefício de internação e cobertura adicional de 30 dias antes da internação e 15 dias após esta para o titular e sua respectiva família. É vendido em grupo para grupos da comunidade (ou *clusters*), tais como igrejas, templos e grupos de autoajuda. Esse produto foi desenvolvido em conjunto com o Manipal Group, uma empresa diversificada envolvida nas áreas de saúde e educação. O Manipal Group possui 11 hospitais, nos quais os benefícios do produto de saúde podem ser utilizados. A administração do produto é compartilhada pela ICICI Lombard e o Manipal Group.

A Manipal Foundation, o braço de responsabilidade social corporativa do Manipal Group, oferece subsídios de prêmio em proporções variáveis para famílias que não podem pagar os prêmios.

18.2.4 Aseguradora Rural (ASR), Guatemala

Uma grande parcela da população da Guatemala tanto em grupos de baixa quanto de média renda está excluída dos serviços financeiros formais. O mercado de seguros na Guatemala é relativamente pequeno, com 17 seguradoras no total cobrindo os mercados de vida e não vida. A penetração do seguro no país é baixa, 1,2 por cento, e vem se mantendo relativamente estável nos últimos anos. Poucas companhias de seguros na Guatemala se aventuraram em microsseguro, com apenas três apresentando atividade significativa. A competição é, portanto, limitada.

A Aseguradora Rural (ASR) é uma seguradora pequena, criada em 1999, para operar nos mercados de vida e não vida. Pertence integralmente ao BANRURAL, um grande banco local focado em ampliar os serviços financeiros para a população rural. A estratégia da ASR está alinhada com a do BANRURAL, cujo foco é fornecer seguro para o mercado rural. A seguradora lançou quatro produtos de microsseguro até hoje, e este negócio vem apresentando um grande crescimento desde o seu início, sendo responsável por 28 por cento do total dos prêmios brutos da ASR em 2009. Os riscos de microsseguro são administrados pelas estruturas operacionais do seguro tradicional da ASR. Há, no entanto, uma equipe responsável para administrar a relação entre a ASR e a rede de agências do BANRURAL, que atualmente distribui todos os produtos de microsseguro da ASR.

Este estudo considera um produto de vida e uma apólice de seguro saúde para estudantes. O produto de vida representou, aproximadamente, 90 por cento do total dos prêmios brutos de microsseguro da ASR em 2009. Foi o primeiro produto de microsseguro da ASR, oferecendo cobertura de vida, funeral e invalidez. Uma série de níveis de prêmio anual e benefício estão disponíveis para escollher, com diferentes planos disponíveis para as idades de 15 a 50 anos, e a faixa etária de 51 a 64 anos. Para comprar uma apólice, o cliente precisa ser correntista do BANRURAL, embora não seja obrigatório os clientes do BANRURAL comprarem o produto.

A apólice da ASR para estudante oferece um benefício de morte e invalidez para os titulares e um benefício de saúde para os menores dependentes financeiramente. Os benefícios do produto incluem:

- para os menores, serviços de saúde prestados pelo parceiro da rede de saúde da ASR, Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPSS) ou reembolso das despesas com saúde em um centro de saúde diferente em caso de acidente, serviço de ambulância em caso de acidente, pagamento de diária de internação em caso de acidente ou doença e assistência médica tempo integral.
- para os pais, cobertura em caso de morte resultante de causa natural ou acidental e cobertura em caso de invalidez permanente e total.

Uma série de níveis de prêmios e benefícios para ambos os componentes está disponível. Como ocorre no produto vida, os segurados são obrigados a manter uma conta no BANRURAL, embora o produto não seja compulsório para todos os correntistas. A ASR gasta um tempo enorme gerenciando o papel do BANRURAL na distribuição do produto, e motivar os agentes do banco a vender o produto tem sido um desafio.

18.2.5 Malayan Insurance, Filipinas

A indústria de seguros das Filipinas é pequena, mas está em crescimento, e foi responsável por 1,2 por cento do PIB em 2006. As seguradoras estão começando a atingir o mercado de baixa renda e estão oferecendo uma gama de produtos: vida integral, acidente, funeral e planos de benefícios médicos, proteção de ativos para microempreendedores atingidos por incêndio, raio, inundação, tufões ou terremotos e seguro agrícola com base em indicadores meteorológicos. Além disso, o Governo desenvolveu o programa "National Strategy and Regulatory Framework for Microinsurance" para promover o crescimento no setor de microsseguro, enquanto protege os consumidores exigindo que os vendedores do varejo de apólices de seguro sejam registrados em uma associação mútua de benefícios (MBA) ou formem uma parceria com uma seguradora regulamentada *(Ver Capítulo 25)*.

A Malayan Insurance, a maior companhia de seguros gerais nas Filipinas, está ativa no mercado de baixa renda, como parte de uma estratégia de expansão para novos mercados. Ela se baseia em três canais de distribuição para atender ao mercado de baixa renda:

- **Uma rede nacional de casa de penhores,** com mais de 1.200 filiais, que oferece seguro de acidentes pessoais com assistência a incêndio
- **Bancos rurais e instituições de crédito,** que oferecem crédito ao consumidor e no varejo para projetos de subsistência e microempresas nas 78 filiais em todo o país
- **Cooperativas e ONGs,** que fornecem seguro com base em indicadores meteorológicos, de vida e incêndio

18.3 Análise financeira e motores da rentabilidade

Esta seção analisa a rentabilidade global dessas iniciativas em microsseguro e explora os fatores subjacentes à sua viabilidade financeira. A análise utiliza uma combinação de indicadores de desempenho oriundos de informações financeiras e de dados obtidos a partir de entrevistas com gestores das seguradoras. Esses dados são particularmente úteis para se conhecer os elementos financeiros e identificar os elementos da iniciativa que podem estar contribuindo para o lucro ou gerando prejuízos para os negócios.

18.3.1 Avaliação global da rentabilidade

Para que as iniciativas de microsseguro sejam propostas comerciais viáveis, elas precisam dar uma contribuição para a rentabilidade global da empresa em relação a seu risco e investimento de capital, e outros recursos necessários. A Tabela 18.3 apresenta os coeficientes do lucro bruto do seguro (ou seja, antes dos custos com resseguro) dos produtos analisados neste estudo.

Tabela 18.3 **Coeficientes de lucro bruto do seguro[1]**

Seguradora	*Produto*	*2009 (%)*	*2008 (%)*	*2007 (%)*
CIC, Quênia	Bima ya Jamii (morte acidental e invalidez combinadas com o National Hospital Insurance Fund)	27	51	60
	Prestamista	66	66	69
ICICI Lombard, Índia[2]	Manipal Arogya Suraksha (MAS) (seguro saúde)	(32)	(30)	(30)
	Seguro meteorológico (seguro com base em indicadores meteorológicos)	1	5	(35)
Old Mutual, África do Sul	Burial Society Support Plan (seguro funeral)	0 a 25	(25 a 35)	(20 a 25)
ASR, Guatemala	Cobertura de vida (morte acidental e invalidez)	67	46	85
	Cobertura para estudante (morte acidental e invalidez)	56	67	
Malayan, Filipinas	Negócios de microsseguro (principalmente morte acidental e invalidez)	47	35	47

[1] Coeficiente do lucro bruto do seguro = (Prêmios brutos – Sinistros brutos – Despesas)/Prêmios brutos.
[2] Todos os valores da Índia na seção de análise financeira se referem ao ano financeiro de 1º de abril a 31 de março.

CIC

As despesas alocadas para o Bima ya Jamii se basearam nas despesas diretas determinadas pela CIC com um acréscimo de uma proporção das despesas de vida em grupo alocadas a este produto, com base em estimativas realizadas pelos pesquisadores. Não foram alocadas despesas individualmente ao produto prestamista.

Ambos os produtos de microsseguro da CIC analisados neste estudo são rentáveis. O produto prestamista é mais rentável do que o produto de seguro saúde combinado, e é o mais rentável de todos os produtos nos estudos de caso. A CIC usou sua experiência em produto prestamista para aprender sobre o mercado. A rentabilidade do produto prestamista sustentou a expansão para outros produtos de microsseguro, como, por exemplo, o produto de seguro saúde combinado.

O produto de seguro saúde combinado foi deficitário até que foi relançado como Bima ya Jamii com o componente de seguro saúde subscrito pelo NHIF. Foram identificadas as seguintes explicações para a rentabilidade dos produtos de microsseguro da CIC:

- parcerias com um grande número de IMFs e SACCOs;
- exploração da infraestrutura existente do canal de distribuição e pagamento de baixos valores para venda e manutenção do negócio;
- natureza compulsória e margens altas do produto prestamista;
- combinação dos benefícios de vida com os benefícios de saúde mais populares;
- terceirização do risco da cobertura de saúde para o NHIF;
- dificuldade em alcançar volumes de negócios adequados para o Bima ya Jamii devido à falta de incentivos da equipe de vendas individual;

– acompanhamento mais pontual das despesas do Bima ya Jamii levou a uma redução nos níveis de rentabilidade.

ICICI Lombard

A ICICI Lombard reestruturou suas operações em 2008. Desde então, não há qualquer unidade de negócios separada para microsseguro ou riscos dos setores rural e social. Ambas as unidades de negócios nas quais os dois produtos de microsseguro são comercializados também são responsáveis pelos produtos vendidos a outros segmentos do mercado.

Custos administrativos reais e custos de aquisição sem comissão relativos ao microsseguro não estavam disponíveis pela ICICI Lombard. Além disso, pesquisadores trabalharam com despesa orçada, e não com valores reais. No entanto, tendo em vista a política de estrita adesão aos orçamentos de despesa da ICICI Lombard, há pouco espaço para a variação entre custos orçados e custos reais. O método de alocação de despesa entende que o custo de subscrição do negócio é proporcional à receita de prêmio.

Não há reserva para o produto com base em indicadores meteorológicos devido à estrutura do produto. Prêmios ganhos e sinistros incorridos são equivalentes a prêmios emitidos e sinistros pagos e avisados. A análise financeira do seguro com base em indicadores meteorológicos se baseia nos resultados brutos de prêmio de resseguro. A ICICI Lombard não revelou os valores líquidos de prêmio de resseguro ou informações sobre sinistros do produto de seguro meteorológico, uma vez que seriam informações comerciais confidenciais. Por uma questão de coerência, os números mostram os resultados brutos de resseguro para ambos os produtos.

Tem sido difícil alcançar rentabilidade em qualquer uma dessas iniciativas em microsseguro. O produto de seguro meteorológico parece já estar equilibrando receita e despesa antes de o resseguro ser levado em consideração. O produto MAS de seguro saúde tem gerado retornos negativos constantemente, em face dos altos coeficientes de sinistros. A ICICI Lombard adotou medidas para melhorar a experiência de sinistros do seguro saúde, mas o efeito desta ação ainda não foi apurado nas taxas de lucro. Foram identificadas as seguintes explicações para a rentabilidade dos produtos de microsseguro da ICICI Lombard:

– parcerias com um grande número de instituições de crédito para o produto de seguro meteorológico e com a rede de provedores de saúde para o produto MAS;
– natureza compulsória do seguro meteorológico para todos os membros do grupo;
– uso da relação de longa data mantida pelo provedor de saúde com a comunidade, bem como com os funcionários da seguradora, a fim de incentivar a adesão;
– o risco de sinistros representa um desafio para ambos os produtos, protegidos pelo resseguro no seguro meteorológico, que é uma das principais razões para a ICICI Lombard poder oferecer essa cobertura;

- a relação mutuamente benéfica com o canal de distribuição facilita taxas de serviços mais baixas e acesso à infraestrutura;
- o gerenciamento do microsseguro juntamente com o seguro tradicional em uma linha de produtos facilita o acesso aos recursos da unidade de negócios e permite que as despesas sejam subsidiadas pela unidade de negócios como um todo;
- o apoio do governo e da rede de saúde cria conscientização dos produtos;
- a combinação dos objetivos sociais com seguro permite que os prêmios sejam subsidiados pelo governo (indicadores meteorológicos) e pela Manipal Foundation (saúde).

Old Mutual

A prática da Old Mutual no mercado de seguros tradicional é manter informações suficientes sobre cada cliente a fim de monitorar a experiência da carteira do cliente. Tais práticas comerciais são as mesmas para os negócios da Foundation Market. As despesas são monitoradas e alocadas a cada produto na carteira da Foundation Market, permitindo a precificação correta.

Os dados recebidos da Old Mutual eram bastante abrangentes, fornecendo detalhes das reservas para o produto, bem como das despesas para sua gestão. Considerando que a reserva é importante para o produto da sociedade funerária, os índices financeiros se basearam nos prêmios ganhos e sinistros incorridos. As despesas de gestão alocadas foram utilizadas na avaliação da rentabilidade da iniciativa.

O produto funeral em grupo da Old Mutual era deficitário desde o seu lançamento em 2003 e somente no ano passado conseguiu equilibrar receita e despesa devido às medidas tomadas para gerenciar os coeficientes de sinistros. No estudo de caso, foram identificadas as seguintes explicações para a rentabilidade dos produtos de seguro funeral em grupo:

- as medidas tomadas para reduzir o número de grupos deficitários nas carteiras estão começando a melhorar a sinistralidade ruim;
- o modelo de entrega por agente assalariado é caro em relação ao volume de prêmios gerados, um problema agravado pelo fato de os grupos serem pequenos;
- criação de uma unidade de negócios separada para a Foundation Market se concentrar em expandir o seguro para o mercado de baixa renda, porém ainda tendo acesso aos recursos provenientes de outras unidades de negócios na seguradora.

ASR

A ASR não analisa sinistros e despesas especificamente do microsseguro em seu sistema de monitoramento e gerenciamento de desempenho. As despesas são geridas em termos da companhia, e qualquer desvio dos objetivos do orçamento é investigado.

A análise da rentabilidade na Tabela 18.3 se baseia nos prêmios recebidos e sinistros avisados no ano, e em um valor alocado de despesa, reservas e receita de investimentos. As despesas de sinistros foram identificadas tanto para cada produto quanto para os negócios de microsseguro consolidados.

As despesas de marketing e treinamento são geridas em termos da companhia e foram distribuídas com base no prêmio bruto. As despesas relativas às atividades de promoção que foram identificadas diretamente para os produtos de microsseguro foram alocadas pelo mesmo critério. O valor alocado de incentivos às vendas se baseia na quantidade de apólices vendidas. Recompensas, bônus e despesas de administração foram alocados com base no prêmio bruto.

As respectivas reservas foram levadas em consideração e as demonstrações financeiras se basearam nos prêmios ganhos e sinistros incorridos.

As iniciativas em microsseguro da ASR apresentaram bons lucros anuais desde o início da empresa em 2007. Ambos os produtos alcançaram níveis de rentabilidade semelhantes. O produto de vida é um dos que mais contribui para a rentabilidade global em face do volume de vendas que ele gera. No estudo de caso, foram identificados os seguintes motores da lucratividade:

- oferta de produtos simples que não estavam amplamente disponíveis antes no mercado;
- uso de aceitação e exclusões limitadas, com o intuito de gerenciar os riscos de sinistros;
- parceria com o banco matriz com uma grande presença no mercado de baixa renda; sem pagamento de taxas de acesso à infraestrutura e aos serviços prestados pelo BANRURAL.

Malayan

As iniciativas em microsseguro da Malayan foram rentáveis desde o investimento inicial em 2004. Foram identificadas as seguintes explicações para a rentabilidade:

- oferta de produtos simples de morte acidental e invalidez com cobertura adicional (ex.: incêndio) que é valorizada pelo mercado alvo;
- parceria com casas de penhores, bancos rurais e provedores de crédito, com uma presença estabelecida no mercado de baixa renda;
- realização de mudanças na cobertura ao longo do tempo com base na experiência (ex.: retirando a exclusão "assassinato e agressão espontâneos" dos produtos vendidos em casas de penhores).

18.3.2 Alcançar escala

O microsseguro precisa alcançar altos volumes para gerar lucro e justificar os recursos necessários para melhorar os negócios. Isso pode ser uma tarefa desafiadora no mercado de baixa renda, e as seguradoras utilizam estratégias para atingir escala, como, por exemplo, trabalhar com agregadores, explorar a demanda existente e oferecer produtos compulsórios. A escala alcançada por uma iniciativa em microsseguro é frequentemente medida em termos de vidas cobertas e volumes de prêmio *(ver Tabela 18.4)*.

Tabela 18.4 **Volumes de prêmio e vidas cobertas**

Seguradora	*Produto*	*Prêmios brutos emitidos (US$'000)*			*Vidas cobertas*		
		2009	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*
CIC, Quênia	Bimma ya Jamii[1]	142	137	27	18.872	17.461	3.625
	Prestamista[2]	3,919	2,356	2,196	256.762	170.725	159.047
ICIC Lombard, Índia	Seguro saúde MAS	1,323	1,008	539	550.194	511.456	318.334
	Seguro meteorológico	20,490	4,637	1,383	259.958	108.819	43.278
Old Mutual, África do Sul	Funeral em grupo	n.a.[3]			400.000 a 450.000	400.000 a 450.000	500.000 a 600.000
ASR, Guatemala	Cobertura de vida	4,789	2,603	2,143	123.429	75.004	42.184
	Cobertura para estudante	175	36		20.554	3.984	
Malayan, Filipinas	Riscos de microsseguro	1,913	1,246	815	5.009.089	4.334.887	4.113.975

[1] Os baixos volumes de apólice da cobertura para estudante da ASR e o Bima ya Jamii são em parte explicados pelo fato de que estes produtos são relativamente novos, tendo sido lançados em 2008 e 2007, respectivamente.
[2] Os produtos compulsórios são combinados com crédito.
[3] A Old Mutual não divulgou volumes de prêmio, uma vez que se trata de informação sensível à concorrência para a seguradora.

Embora os estudos de caso revelem uma quantidade substancial de vidas cobertas, os prêmios de microsseguro são relativamente pequenos comparados aos volumes de prêmio dos negócios tradicionais (3 por cento ou menos para todas as iniciativas, exceto a cobertura prestamista da CIC e de vida da ASR).[1] É preciso um expressivo aumento nas linhas de produtos de microsseguro antes que haja um impacto tangível sobre os negócios da seguradora como um todo.

O crescimento do produto prestamista da CIC e do produto de vida da ASR permitiu a esses produtos representarem uma proporção significativa nos volumes de prêmio bruto dos negócios de vida dessas seguradoras (25 por cento e 37 por cento, respectivamente, em 2009). Na ASR, o crescimento dos negócios de microsseguro ultrapassou as expectativas da seguradora. A ASR atribuiu o impulso nas vendas a uma nova estratégia comercial e à criação de um departamento responsável pelo relacionamento com o canal de distribuição. A ASR desenvolveu e implementou uma nova metodologia de marketing e promoção, além de um sistema de incentivo para se concentrar nas iniciativas em microsseguro.

Para vários programas, a viabilidade depende de um crescimento contínuo. A quantidade de apólice da Old Mutual não é grande o suficiente para cobrir os custos de distribuição. O produto de seguro saúde da ICICI Lombard não teve penetração suficiente dentro dos grupos para combater a antisseleção. O produto de seguro meteorológico da ICICI não alcançou o âmbito geográfico necessário para permitir à seguradora reter mais dos prêmios e depender menos do resseguro.

[1] Esta informação não está disponível para a Malayan.

Crescimento em prêmios

Uma série de produtos analisados revela grandes tendências de crescimento. Tais tendências, combinadas à grande dimensão do mercado que é inexplorada, indicam oportunidades de crescimento nesses mercados. A Tabela 18.5 apresenta o crescimento em volumes de prêmio nos últimos dois anos.

Tabela 18.5 **Aumento em prêmios e taxas de renovação**

Seguradora	*Produto*	*Crescimento em prêmios brutos emitidos (%)*		*Taxa de renovação (%)*	
		2008-2009	*2007-2008*	*2008-2009*	*2007-2008*
CIC, Quênia	Bima ya Jamii	3,7	412,4	30	6
	Prestamista[1]	66,3	7,3	81	78
ICICI Lombard, Índia	Seguro saúde MAS	31,3	87,2	n.a.	
	Seguro meteorológico	341,9	235,2	n.a.	
Old Mutual, África do Sul	Funeral em grupo	18,0	2,0	60	50
ASR, Guatemala	Cobertura de vida	84,0	21,5	87	64
	Cobertura para estudante	389		68	
Malayan, Filipinas	Riscos de microsseguro	54	53	n.a.	

[1] A taxa de renovação para o produto prestamista se baseia no número de sócios.
[2] Prêmio médio.

O crescimento nos volumes de prêmio do produto prestamista da CIC e do produto de seguro meteorológico da ICICI Lombard é sustentado pelo aumento no número de grupos de poupança dos parceiros e provedores de crédito, assim como pelos altos níveis de retenção dos parceiros existentes.

Os principais desafios em crescimento foram experimentados pela CIC com o Bima ya Jamii e pela Old Mutual com o produto funeral em grupo. Os volumes de apólice e níveis de retenção do Bima ya Jamii estão abaixo do nível pretendido pela seguradora, em parte devido à falta de venda ativa para membros individuais do grupo. Para os produtos de seguro funeral em grupo, a Old Mutual realizou um exercício para reduzir o número de sociedades funerárias deficitárias nas carteiras nos últimos três anos. Como parte deste exercício, a Old Mutual aumentou os prêmios das sociedades funerárias, cujos negócios eram deficitários. Isso resultou em muitos desses programas não renovarem a cobertura e uma queda nos volumes de negócios.

As experiências das várias seguradoras dão uma ideia dos fatores subjacentes ao crescimento em volumes de negócios e alcance de escala.

Trabalhar com parceiros e grupos existentes para acessar o mercado

Todas essas seguradoras trabalham com agregadores, como, por exemplo, IMFs, SACCOs, ONGs, provedores de serviços de saúde e sociedades funerárias para acessar o mercado. Suas experiências demonstram os seguintes benefícios de trabalhar com parceiros para alcançar escala no mercado de baixa renda:

- Trabalhar com um parceiro com um grande número de agências ou pontos de acesso permite à seguradora desenvolver uma base de clientes diversificada e ampla. A ASR se beneficia do acesso a quatro milhões de clientes do BANRURAL, e a parceria da Malayan com casas de penhores garante acesso a um grande segmento do mercado de baixa renda.
- A seguradora pode usar a infraestrutura do parceiro para acessar o mercado como parte das atividades existentes dos segurados (por exemplo, efetuar pagamentos de empréstimo para a IMF). Isso reduz os custos para a seguradora e o cliente. A ASR é capaz de explorar a grande presença do BANRURAL no país (cerca de 750 pontos de venda que cobrem 80 por cento do país).
- É mais fácil alcançar escala quando os produtos são compulsórios e combinados com outros produtos financeiros oferecidos pelo parceiro (ex.: crédito das IMFs). A cobertura compulsória para todos os membros do grupo ou venda de apólices em massa é prática adotada no produto prestamista da CIC, no produto meteorológico da ICICI Lombard e no produto funeral em grupo da Old Mutual.
- As ligações existentes dos parceiros com o mercado, e a relação de confiança, podem facilitar a expansão para o mercado. A ASR usa a boa imagem do banco para promover seu microsseguro. A ICICI Lombard trabalha com o Manipal Group, que é de confiança, que esteve envolvido com as comunidades por um longo tempo.

As seguradoras foram capazes de formar parcerias de sucesso empregando as seguintes estratégias:

- As relações existentes com parceiros do mesmo grupo de serviços financeiros criaram uma vantagem competitiva para a CIC, ICICI Lombard e ASR.
- A vantagem do primeiro a garantir relação com os parceiros e manter essas relações entregando um serviço eficiente revelou ser importante nas iniciativas que duram mais tempo da CIC e ICICI Lombard.
- Criação de relações mutuamente benéficas com parceiros, em que a seguradora é capaz de negociar taxas mais baixas com o parceiro. Os produtos de seguro prestamista e com base em indicadores beneficiam diretamente o parceiro, protegendo o empréstimo de inadimplência em caso de morte ou quebra de safra. O produto de seguro saúde da ICICI Lombard oferece ao provedor de saúde uma base de clientes fechada.
- Formação e manutenção de relações com parceiros por meio de níveis de serviço e satisfação de clientes individuais. As altas taxas de retenção dos parceiros entre 80 e

100 por cento indicam que a maioria das seguradoras neste estudo de caso parece ter alcançado este feito (conforme pode ser visto na *Tabela 18.5*).

- O modelo de distribuição da Old Mutual requer agentes para vender os negócios na comunidade onde eles vivem e ao seu redor. Isso favorece uma relação de confiança entre os agentes e os segurados. Este foi um fator importante de seu crescimento, em especial no caso das sociedades funerárias, que estão centradas na comunidade. Embora a Old Mutual tenha conseguido alcançar um grande número de vidas usando esse modelo, a quantidade de apólice não sustenta os custos de agentes assalariados, e há outros *players* no mercado da África do Sul que alcançaram quantidades mais elevadas de apólice usando modelos de distribuição de parceria, por exemplo, por intermédio de grupos religiosos e varejistas.
- Todas as seguradoras participaram da construção de capacidade dos parceiros. As seguradoras ajudaram os parceiros a criar infraestrutura e sistemas para alcançar eficiência nos processos, e facilitaram o fluxo de informações entre a seguradora e o parceiro.

Viabilidade financeira e competitividade de prêmios

Fixar prêmios corretamente para este mercado é importante. Muitas vezes, é difícil achar o equilíbrio entre os benefícios exigidos pelo mercado e a viabilidade financeira do prêmio. As seguradoras nos estudos de caso administraram a questão da viabilidade financeira dos prêmios conforme a seguir:

- Para cobertura prestamista e produtos meteorológicos, as seguradoras trataram da questão da viabilidade financeira dos prêmios oferecendo produtos com benefícios limitados.
- A Old Mutual e a ASR adotaram uma série de opções de benefícios para permitir aos clientes escolher um preço acessível, mas com nível de cobertura ainda de valor. Para a Old Mutual, isso foi em resposta a uma constatação de que algumas sociedades funerárias foram extintas, uma vez que elas foram forçadas a escolher opções muito caras.
- A flexibilidade nas opções de pagamento de prêmio é importante. A ASR permite que o pagamento dos prêmios seja mensal, trimestral ou anual. Em contrapartida, a CIC indicou que seu pagamento de prêmio anual para o produto Bima ya Jamii era demasiado caro para muitos clientes potenciais.
- A competitividade nos prêmios é uma questão importante no mercado de seguro funeral em grupo na África do Sul. O valor do prêmio é, muitas vezes, um elemento-chave na escolha de uma seguradora para as casas funerárias e sociedades funerárias maiores. Para continuar competitiva, a Old Mutual teve de manter os prêmios a um nível menor do que aquele que sustentaria o alto custo de distribuição da iniciativa até os volumes de negócios alcançarem um nível viável em termos comerciais. Tal ambiente extremamente competitivo não foi encontrado em outros estudos de caso, porém pode se tornar um problema à medida que mais *players* ingressem nos vários mercados.

– A dificuldade em conciliar a oferta dos benefícios exigidos pelo mercado com a viabilidade financeira do prêmio é comprovada pela experiência da CIC com o produto de saúde combinado. A CIC ampliou os benefícios combinados do produto de seguro saúde com base em sugestões dos parceiros, o que levou o negócio a amargar grandes prejuízos. Isso acelerou a relação entre a CIC e o NHIF. Além disso, o NHIF propôs um aumento de 50 por cento no prêmio em 2010, o que afetará a viabilidade financeira do Bima ya Jamii.
– A regulamentação pode influenciar a forma como os prêmios são definidos, conforme visto nas experiências da Malayan e da ICICI Lombard *(ver Caixa de Texto 18.2)*.

Caixa de Texto 18.2

Implicações regulatórias dos prêmios

Para a Malayan e a ICICI Lombard, fatores externos, como o prêmio máximo regulamentado para microsseguro e subsídios de prêmios, tiveram um importante papel. Os produtos de microsseguro da Malayan devem cumprir as exigências regulatórias nas Filipinas, onde os níveis máximos de prêmio são definidos como uma proporção da receita disponível dos vários segmentos do mercado de baixa renda (ver Capítulo 25).

Na Índia, a necessidade de viabilidade financeira dos prêmios é suprida por meio de subsídios de prêmio em vez de uma intervenção nos preços. Esses subsídios de prêmio permitem que os produtos atinjam os segmentos de mercado, que de outro modo estariam excluídos devido a questões de viabilidade financeira. A vantagem para a ICICI Lombard de expandir o mercado alvo potencial por produtos demonstrou os benefícios de alinhar os produtos aos objetivos sociais quando há benefícios para a comunidade além da cobertura de seguro (ex.: melhoria da saúde da comunidade).

Desenho dos produtos e benefícios

As seguradoras nos estudos de caso desenvolveram produtos com benefícios gerais que requerem uma ampla base de clientes. As vantagens disso podem ser comprovadas pela escala alcançada pelo produto prestamista da CIC, pelo seguro com base em indicadores da ICICI Lombard, pelos negócios de microsseguro da Malayan e pela cobertura de vida da ASR. Em contrapartida, o produto de saúde MAS da ICICI Lombard é desenvolvido para um segmento específico do mercado, com o mercado alvo ficando limitado às áreas geográficas nas quais o provedor de saúde opera. Estas restrições limitam o mercado global, porém, permitem que a seguradora desenvolva a cobertura que seja mais adequada às necessidades da comunidade.

A demanda por serviços de saúde no mercado de baixa renda é alta. A CIC e a ICICI Lombard tiram vantagem desta situação associando seguro a um provedor de saúde que desfrute de reputação por oferecer serviços de qualidade. A CIC trabalha em parceria com o NHIF do governo para oferecer o componente de internação do produto combinado do Bima ya Jamii. Essa parceria proporciona benefícios únicos para a CIC em que a seguradora pode aumentar o apelo do produto, incluindo o benefício de saúde, mas o risco é assumido pelo NHIF. A ICICI Lombard trabalha

com o Manipal Group para garantir cobertura por intermédio da sua rede hospitalar. Os desafios de alcançar escala suficiente para produtos voluntários são comprovados pelos baixos volumes de apólice de ambos os produtos. Os volumes de apólice da CIC representam apenas 63 por cento dos volumes de apólice pretendidos pela seguradora, fixados depois de três anos, e, no caso da ICICI Lombard, as taxas de adesão estão abaixo da meta de 60 por cento para a maioria dos grupos da comunidade.

Todas essas seguradoras recebem insumos dos parceiros e grupos comunitários na fase inicial e ao longo do tempo para possíveis melhorias no desenho do benefício:

- A CIC apresenta a ideia do produto ao potencial parceiro, IMF ou SACCO, de modo que este possa fornecer dados sobre haver demanda suficiente para o produto. O produto é então testado com o parceiro e, se for bem-sucedido, é estendido para outros parceiros.
- A ASR se beneficia do conhecimento que os agentes do BANRURAL têm dos clientes. A ASR recebe dados do BANRURAL, ao desenvolver um novo produto, a fim de avaliar se o produto atende às necessidades dos clientes.
- O Manipal Group mantém uma relação de longa data com a comunidade que ajudou a ICICI Lombard a desenvolver o seguro saúde que atenda às necessidades do mercado.
- A Old Mutual contou com informações sobre as necessidades do mercado a partir das suas iniciativas na área de responsabilidade social.[2]
- Os dados do cliente são um componente importante no processo de desenvolvimento dos produtos da Malayan.

Apesar da análise dos fatores subjacentes à retenção dos negócios ter indicado que tanto oferecer benefícios que fossem percebidos pelo cliente quanto fornecer valor é importante, o valor dos produtos para os clientes não foi explicitamente avaliado como uma medida do sucesso da iniciativa.

Incentivos para vender e manter negócios

A ASR e a Malayan implementaram programas de incentivo para os agentes de seus parceiros. A ASR observou um aumento no volume de prêmios depois da implementação de um programa que oferecia incentivos para a equipe de vendas tanto em termos de um indivíduo quanto da equipe como um todo.

A Old Mutual estruturou seus pacotes de incentivos para agentes assalariados se concentrarem na manutenção de programas existentes, bem como na venda de novos negócios. Os agentes da Old Mutual recebem recompensas com base no volume de negócios e nos coeficientes de sinistros dos grupos que aderem.

[2] A Foundation market tem fortes laços com as iniciativas de responsabilidade social corporativa da Old Mutual, incluindo um programa de educação do consumidor e um Masisizane Fund que concede empréstimos para empresas de pequeno e médio porte. A Old Mutual usou sua experiência com tais iniciativas para adquirir conhecimento do mercado e gerar liderança em marketing.

A importância de incentivar a venda de produtos individuais é vista nos desafios experimentados pela CIC de alcançar volumes de apólices pretendidos e manter negócios com o produto Bima ya Jamii *(ver Caixa de Texto 18.3)*.

Caixa de Texto 18.3

Criar uma força de vendas dedicada

O produto Bima ya Jamii da CIC foi inicialmente vendido por funcionários na IMF ou SACCO. Não havia incentivos para equipe de vendas individual, e a venda de produtos de seguro não era a responsabilidade principal da equipe. Consequentemente, não era dada prioridade para a venda de produtos de seguro, resultando em volumes de prêmio baixos. A CIC está lidando com essa questão criando uma agência responsável pela venda de produtos individuais e introduzindo comissão para os agentes. Incentivos individuais aumentam o custo de distribuição dos produtos, mas parecem ser necessários para alcançar os volumes de apólice necessários.

Satisfação do cliente e construir relacionamento com a comunidade

A satisfação do cliente e a manutenção de elevados níveis de serviço são fatores importantes para alcançar volumes de negócios:

- A Old Mutual assume o compromisso de pagar uma indenização no prazo de 48 horas após o recebimento de toda a documentação. O agente auxilia o beneficiário na obtenção e apresentação da documentação necessária. Manter a satisfação do cliente por meio de serviços adicionais oferecidos pelos agentes é importante no ambiente competitivo de seguro funeral da África do Sul.
- A qualidade do tratamento oferecido pela rede hospitalar é importante para o produto de seguro saúde da ICICI Lombard, e o benefício que não envolve dinheiro permite um processo de sinistros mais eficiente *(ver Capítulo 6)*.
- A Old Mutual e a ASR oferecem treinamento inicial e contínuo para os agentes sobre os produtos a fim de manter um alto padrão de atendimento ao cliente. Esse treinamento tem implicações no custo para a seguradora e é uma das razões para o modelo de agente assalariado ter sido uma estratégia cara para a Old Mutual.
- A ICICI Lombard analisa os motivos dos cancelamentos do produto de seguro saúde. A ASR realiza pesquisas para avaliar a satisfação do cliente após a venda da apólice e acompanha a satisfação do cliente e as razões para o cancelamento de apólices.
- A educação do consumidor e os programas de conscientização podem ser usados para construir a relação com a comunidade. As campanhas de conscientização em saúde feitas pelo Manipal Group ajudam a manter um elo de confiança com a comunidade.

18.3.3 Gerenciar custos e sinistros

O risco e os sinistros maiores do que o estimado podem ser significativos para o microsseguro, especialmente se as companhias estão expandindo para mercados onde há pouca experiência anterior sobre em que basear os pressupostos sobre sinistros estimados *(ver Capítulo 21)*.

A relação entre sinistros e prêmios pode dar uma indicação sobre se os sinistros são maiores do que o estimado pela seguradora quando o produto foi precificado.

Tabela 18.6 **Coeficientes de sinistros brutos**

Seguradora	*Produto*	*2009 (%)*	*2008 (%)*	*2007 (%)*
CIC, Quênia	Bima ya Jamii	15	7	4[1]
	Prestamista	5	8	5
ICICI Lombard, Índia	Manipal Arogya Suraksha	110	109	110
	Seguro meteorológico	77	75	115
Old Mutual, África do Sul	Funeral em grupo	65 a 75	80 a 90	90 a 100
ASR, Guatemala	Cobertura de vida	32	38	2
	Cobertura para estudante	31	11	
Malayan, Filipinas	Riscos de microsseguro	18	27	13

[1] O produto Bima ya Jamii e os produtos de microsseguro da ASR são iniciativas relativamente novas iniciadas em 2006 e 2007. Os coeficientes de sinistros baixos no primeiro ano são muito provavelmente devido à falta de familiaridade com o seguro e a atrasos nas reclamações de sinistros. À medida que os volumes de negócios crescem com o tempo, estima-se que o coeficiente de sinistros será estabilizado para refletir o perfil de risco das vidas cobertas.

A análise na Tabela 18.6 revela que a experiência de sinistros está intimamente ligada ao tipo de produto e perfil do mercado alvo:

- Os coeficientes de sinistros baixos do produto prestamista compulsório no Quênia estão coerentes com os negócios de seguro prestamista compulsório.
- Os coeficientes de sinistros também são relativamente baixos para os produtos de vida com benefícios limitados encontrados no produto Bima ya Jamii, na cobertura de vida e na cobertura para estudante da Guatemala, e nas iniciativas em microsseguro da Malayan.
- Gerenciar os coeficientes de sinistros dos produtos de saúde é um desafio comum em microsseguro. Altos custos de sinistros não parecem ter relação com uma região, seguradora ou iniciativa específica. As dificuldades para gerenciar o custo dos sinistros são demonstradas pela experiência deficitária do produto de seguro saúde na Índia. A ICICI Lombard tomou medidas para melhorar a sinistralidade aumentando os prêmios, negociando preços mais baixos para tratamento com os provedores de saúde, incentivando a adesão e administrando a antisseleção. No entanto, até hoje, esses esforços tiveram apenas um pequeno efeito perceptível. Experiência semelhante

foi verificada em produtos anteriores que combinavam cobertura de seguro de vida e saúde oferecidos pela CIC, que mais tarde relançou esse produto como Bima ya Jamii com o risco saúde terceirizado para o NHIF.

As seguradoras adotaram as seguintes medidas para administrar os custos dos sinistros, incluindo precificação do risco e implementação de medidas e controles para gerenciar os riscos de sinsitros:

Precificar o risco

Os produtos prestamista e morte acidental e invalidez básicos são mais fáceis de precificar do que os produtos de saúde. Esta tem sido a vantagem para a CIC, ASR e Malayan. Tanto a CIC como a ICICI Lombard registraram experiência de sinistros negativa com os produtos de seguro saúde, o que foi agravado pela dificuldade em equilibrar a demanda por níveis mais elevados de cobertura com a viabilidade financeira dos prêmios.

Para precificar os produtos, as seguradoras, em geral, usaram a experiência existente em produtos semelhantes do mercado tradicional de seguros, fazendo os ajustes para o mercado de baixa renda. A Old Mutual e a ICICI Lombard tiveram dificuldades com essa abordagem *(ver Caixa de Texto 18.4)*. A experiência de sinistros com o seguro funeral em grupo e o produto de seguro saúde MAS não refletem as estimativas iniciais. Padrões internacionais em precificação de seguro com base em indicadores foram usados para precificar o produto meteorológico, para o qual a ICICI Lombard contou com o apoio da resseguradora.

Caixa de Texto 18.4

Redefinir preço do risco

A sinistralidade da Old Mutual foi maior do que a meta de 60 por cento desde o seu início, ficando perto ou acima de 100 por cento em 2006 e 2007. Isso, em parte, se deve ao perfil do mercado, em que a experiência de mortalidade foi mais elevada do que o estimado no preço inicial com base em outros segmentos do mercado.

A Old Mutual ajustou o preço da cobertura de funeral em grupo e aplicou preços diferenciados entre os grupos. Monitorou ativamente os sinistros e ajustou os prêmios continuamente, oferecendo descontos para experiência de sinistros boa e aumentando os prêmios no caso de experiência de sinistros ruim. Esses esforços resultaram em uma redução da sinistralidade entre 65 e 75 por cento. Embora tais esforços tenham resultado em uma redução nos volumes de prêmio, acarretaram negócios de melhor qualidade.

Implementar medidas e controles para gerenciar riscos de sinistros

As seguradoras precisam encontrar um equilíbrio entre estabelecer controles suficientes para gerenciar os riscos e manter a eficiência e os custos de aquisição baixos. As seguradoras usam técnicas para gerenciar os riscos de sinistros similares àquelas utilizadas no seguro tradicional, incluindo:

- **Antisseleção**: também conhecida como seleção adversa, pode ser um risco significativo para a seguradora e deve ser gerido no desenho do produto. Isso é particularmente importante, uma vez que os produtos de microsseguro, em geral, não são subscritos e as recusas de sinistros devem ser minimizadas a fim de manter a confiança do mercado de baixa renda. O risco de antisseleção em termos individuais não é um problema para o produto prestamista, que é compulsório, e o benefício é usado para pagar o empréstimo pendente. Também não há muito espaço para antisseleção no seguro meteorológico, uma vez que os sinistros são acionados por medidas de precipitação que estão fora do controle do segurado. Para a cobertura de vida da ASR, o risco de antisseleção é gerido por critérios limitados de seleção. Exclusões na fase dos sinistros são utilizadas no caso do produto de cobertura para estudante. A Old Mutual usa características do produto como período de carência de seis meses e compulsoriedade do produto para todos os membros do grupo, no intuito de administrar a antisseleção. A experiência de sinistros do produto funeral em grupo parece ter sido adversamente afetada pela antisseleção de grupos com experiência de sinistros ruim. A Old Mutual introduziu preços diferenciados com base na experiência de sinistros do grupo para contornar o problema. A antisseleção representa um risco significativo para o seguro saúde e tem sido um grande desafio para o produto de seguro saúde MAS. A ICICI Lombard tentou controlar o risco de antisseleção visando um índice mínimo de adesão de 60 por cento para cada grupo, mas poucos grupos atingiram essa meta. Além disso, a distribuição do produto por provedores de saúde pode agravar os efeitos da antisseleção, considerando que os profissionais de saúde são propensos a ter mais contato com as famílias que utilizam os serviços de saúde com mais frequência. Os esforços da ICICI Lombard para melhorar as taxas de adesão ainda não mostraram sinais de redução na sinistralidade.
- **Fraude em sinistros:** é administrada trabalhando com parceiros e agentes de distribuição. A Old Mutual e a CIC contam com líderes do grupo e da comunidade, bem como com parceiros para validar os sinistros da maioria dos produtos. No entanto, há riscos se o parceiro não validar os sinistros corretamente. Para o produto de seguro saúde a Old Mutual, ASR e ICICI Lombard implementaram sistemas em que a seguradora verifica a validade dos sinistros. O risco de fraude em sinistros é alto no seguro saúde. Para gerenciar o risco de seu produto, a ICICI Lombard trabalha apenas com a rede Manipal de provedores de saúde para oferecer tratamento para os segurados. A equipe de sinistros na ICICI Lombard acompanha de perto os protocolos de tratamento.
- **Riscos covariantes e resseguro:** Os níveis de benefício dos produtos de microsseguro são pequenos; portanto, o risco de grandes sinistros individuais não é um problema. Além disso, os volumes de negócios das iniciativas em microsseguro representam uma pequena proporção do total de volumes de negócios da seguradora de todos os produtos analisados. Portanto, as seguradoras não compraram resseguro para atenuar o risco de sinistros acima dos valores mínimos exigidos por lei, com exceção da ASR e da ICICI Lombard no produto seguro meteorológico *(ver Caixa de Texto 18.5)*. A despeito dos baixos níveis de benefícios, os altos níveis de sinistros em face

do acúmulo de valores de pequenos sinistros continuam a representar um risco para o microsseguro. Isso é percebido na experiência da Malayan, em que a sinistralidade mais alta em 2008 é, em parte, atribuída aos sinistros devido ao tufão Frank.

Caixa de Texto 18.5

Resseguro de riscos climáticos

O risco de uma acumulação de sinistros devido a condições adversas de precipitação é significativo para o produto de seguro meteorológico com base em indicadores. A ICICI Lombard faz uso de um programa de resseguro em várias faixas para proteger a companhia de grandes sinistros na carteira de seguro meteorológico. A proteção oferecida por esse programa de resseguro é a principal razão para a ICICI Lombard poder oferecer o produto de seguro meteorológico e é a chave para o sucesso da linha de negócios. No entanto, essa proteção está no custo de transferir lucros para o ressegurador. Com o volume crescente do seguro meteorológico, a ICICI Lombard estará em posição de reter uma parcela maior do risco desses negócios.

18.3.4 Gerenciar custos de aquisição e administração

Gerenciar os custos do microsseguro é importante para a criação de um negócio viável, mantendo os prêmios praticáveis financeiramente para o mercado de baixa renda.

Tabela 18.7

Coeficientes de despesa

Seguradora	*Produto*	*Coeficiente de despesa*			*Coeficiente do custo de aquisição*			*Coeficiente do custo de administração regular*		
		2009	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*
CIC, Quênia	Bima ya Jamii	58	41	35	19	15	16	38	27	20
	Prestamista	29	26	27	15	5	12	14	21	15
ICICI Lombard, Índia	Seguro saúde MAS	16	20	20	9	15	15	7	6	5
	Seguro meteorológico	20	20	20	15	15	15	5	5	5
Old Mutual, África do Sul	Funeral em grupo	>40	>40	30-40	30-40	n.a.	10-20	10-20	n.a.	
ASR, Guatemala	Cobertura de vida	10	14	7	6	5	1	5	9	6
	Cobertura para estudante	9	13		6	5		5	9	
Malayan, Filipinas	Riscos de microsseguro	35	38	40	32	33	36	3	5	4

Os coeficientes de despesa das linhas de produtos estão resumidos na Tabela 18.7, e as principais observações incluem o seguinte:

- Os coeficientes de despesa são mais altos na CIC, Malayan e Old Mutual.
- Os coeficientes de despesa da CIC refletem uma provisão para contribuição para despesas corporativas que não estão diretamente alocadas a uma única unidade de negócios. Faz sentido para o produto prestamista fazer contribuição para os custos gerais de administração da seguradora, uma vez que a receita de prêmio desse produto está se tornando uma parcela significativa do seu produto de seguro de vida. Para o Bima ya Jamii, as despesas elevadas refletem a quantidade significativa de recursos dedicados ao desenvolvimento da nova linha de produtos e à construção de capacidade dos parceiros em torno da nova iniciativa.
- O produto funeral da Old Mutual utiliza um modelo de entrega relativamente caro de agentes assalariados, levando a coeficientes de despesa mais elevados, o que é uma barreira significativa para a rentabilidade. O aumento dos coeficientes de despesa em 2008 resultou do aumento nos custos de administração da Foundation Market como uma unidade de negócios separada, bem como de uma exatidão maior na identificação dos custos de subscrição do risco.
- Para a Malayan, os coeficientes de despesa altos são devido às altas comissões pagas, o que contribuiu para alcançar escala significativa.
- Os coeficientes de despesa mais baixos dos produtos de microsseguro da ICICI Lombard e ASR refletem, em parte, os pagamentos mais baixos efetuados aos parceiros para a distribuição dos negócios e os custos de gerenciamento menores atribuídos a esse negócio.
- O produto de saúde MAS e o produto funeral em grupo são deficitários antes de deduzir os custos de administração e despesas gerais da companhia. A sinistralidade do produto saúde MAS está acima de 100 por cento, o que significa que esse produto não está contribuindo para sustentar as despesas de subscrição desse negócio. Os índices combinados do produto funeral em grupo e do produto de seguro meteorológico estão acima de 100 por cento, indicando que tais produtos não estão contribuindo para as despesas de administração da companhia ou para o uso de recursos para subscrever o negócio que estão refletidos na alocação de despesa. A CIC recebeu uma doação para desenvolver o produto Bima ya Jamii. Se a própria companhia tivesse financiado esses custos, o produto também teria sido deficitário no período analisado.

Cabe observar que as despesas dos produtos Bima ya Jamii e funeral em grupo foram analisados de forma mais precisa do que as outras iniciativas examinadas. A ASR e a ICICI Lombard não monitoram os custos de adminstração dos negócios em termos de produto, mas permitem a administração dos custos de microsseguro alocando os custos de administração do respectivo segmento de negócio (ICICI Lombard) ou os custos gerais da companhia (ASR) com base em volumes de prêmio. Se o os custos fossem alocados com mais exatidão em relação a outros produtos de microsseguro, os coeficientes de despesa poderiam ser mais altos.

Custos de aquisição baixos

Para gerenciar seus custos de aquisição e administração, as seguradoras empreenderam várias estratégias. Por exemplo, CIC, ICICI Lombard, ASR e Malayan usam parcerias para reduzir os custos de distribuição de seus riscos de microsseguro:

- A CIC e a ASR trabalham com parceiros que são efetivamente os donos da companhia de seguros. Isso garante a elas concessões especiais em termos de acesso à infraestrutura dos parceiros sem ter de pagar por estes recursos, o que representa uma vantagem considerável para manter os custos de aquisição baixos.
- Os parceiros da CIC e ICICI Lombard também estão dispostos a renunciar às taxas ou reduzi-las, porque existem outros benefícios em fornecer seguro para a base de clientes do parceiro. No caso do produto prestamista, as IMFs e SACCOs se beneficiam de ter sua carteira de crédito protegida contra inadimplência por morte do mutuário. Da mesma forma, o seguro meteorológico protege o credor contra inadimplência do empréstimo se houver quebra de safra devido à precipitação extrema. O produto de seguro saúde oferece ao provedor de saúde uma base de clientes fechada, em que o custo do tratamento é coberto pela seguradora.
- O pagamento efetuado ao parceiro para distribuição e manutenção dos produtos é comum no microsseguro. Mesmo quando um pagamento é efetuado aos parceiros pela distribuição do produto, como é o caso do produto Bima ya Jamii da CIC e dos produtos da ICICI Lombardi, usar parceiros para distribuir ainda é menos oneroso do que usar uma agência responsável unicamente pela venda e manutenção das apólices de microsseguro, conforme evidenciado pelos altos coeficientes do custo de aquisição da Old Mutual.
- A maioria das seguradoras oferece incentivos individuais ao pessoal do parceiro ou da agência para vender e manter negócios. A CIC recentemente contratou uma agência para distribuir o produto Bima ya Jamii. Esses incentivos aumentam os custos de aquisição dos negócios de microsseguro, mas são necessários para estimular a equipe a vender produtos voluntários.

Os custos de aquisição para as microsseguradoras nos estudos de caso também refletem atividades de marketing e promocionais:

- Marketing e promoção foram responsáveis por 25 por cento dos custos de aquisição da ASR em 2009. A ASR e a CIC estão planejando aumentar seus gastos com atividades promocionais dos seus produtos de microsseguro.
- A ICICI Lombard aumentou a participação de seu pessoal no marketing do produto de saúde e na adesão de segurados, mas, desde que os custos não sejam monitorados em termos de produto individual, este custo não fica evidente na informação financeira disponível. A ICICI Lombard se beneficiou da promoção de seguro com base em indicadores pelo Governo e da promoção do produto de seguro saúde MAS pelo provedor de saúde.

– A agência de assalariados usada pela Old Mutual é um modelo de distribuição caro. Atualmente, os volumes de negócios não sustentam os custos da agência, mas o objetivo é que o produto funeral em grupo sustente os custos relativos a esse produto por meio do crescimento projetado para os próximos dois a três anos. O modelo agente assalariado foi escolhido porque os agentes precisam ser remunerados para atender às necessidades dos membros do grupo, nas vendas e além delas. A experiência da Old Mutual apresenta a trade-off entre administrar os custos da força de distribuição e contar com a força da agência para construir um relacionamento com os clientes e assumir algumas das tarefas envolvidas na manutenção das apólices.

Procedimentos de administração eficientes

A CIC, a ICICI Lombard e a ASR fazem uso da infraestrutura do parceiro para cobrar prêmios, pagar indenizações, fazer aditamentos à apólice e se comunicar com segurados. Isso tem a vantagem de reduzir o custo da iniciativa para a seguradora, mas depende da capacidade do parceiro de fornecer um serviço de qualidade e vender ou renovar apólices.

Trabalhar com grupos em vez de indivíduos facilita a redução de custos e permite que a Old Mutual faça uso de estruturas de programa para se envolver um pouco em administração de apólice. No entanto, o tamanho médio do grupo é relativamente pequeno (55 em 2009, 65 em 2008), e os grandes grupos organizados pelas casas funerárias são necessários para distribuir os custos do negócio.

A simplicidade de produtos, os níveis limitados de administração de apólice, a subscrição limitada ou não na fase inicial da apólice e os processos eficientes de pagamento de sinistros contribuem para o gerenciamento dos custos de administração do microsseguro. Em contrapartida, a Old Mutual permite alterações mensais nas vidas cobertas pelas apólices de seguro. A flexibilidade no produto aumenta o ônus administrativo do programa, do agente e da Old Mutual, além de aumentar os custos de subscrição do negócio. Isso demonstra a dificuldade de oferecer a flexibilidade que é exigida pelos segurados e ainda manter os custos de administração baixos.

18.3.5 Fatores transversais

Dois aspectos das iniciativas transversais aos motores da rentabilidade: monitorar a experiência e a estrutura organizacional.

Monitorar a experiência

Todas as cinco seguradoras dedicaram recursos a este negócio e incorreram em custos de marketing, desenvolvimento, treinamento e sistemas relacionados aos negócios de microsseguro. No entanto, em geral, elas não monitoraram formalmente esses custos. Como resultado, é difícil avaliar o custo de subscrição dos negócios de microsseguro

e o impacto financeiro das medidas discutidas anteriormente. Gerenciar despesas em termos de uma unidade de negócios ou companhia admite o subsídio cruzado nas despesas, o que permite que as iniciativas em microsseguro acessem os recursos mais amplos da companhia, mas não permite que a seguradora avalie precisamente a rentabilidade dos negócios de microsseguro.

Várias companhias avaliam a rentabilidade de produtos e unidades de negócios alocando as despesas com base em volumes de prêmio. Se as informações sobre a despesa real não estavam disponíveis, esta é a abordagem que foi adotada nesta pesquisa (ou seja, para todos os produtos, exceto Bima ya Jamii e o produto funeral em grupo). Isso dá uma ideia de como as próprias seguradoras avaliam a rentabilidade das linhas de negócios de microsseguro. No entanto, não é o ideal já que as seguradoras investiram recursos significativos no desenvolvimento do microsseguro e esses custos podem não estar refletidos nas alocações da despesa proporcional.

É possível que o microsseguro experimente custos que podem não estar presentes no seguro tradicional, em termos de desenvolver relações com parceiros e construir a capacidade dos parceiros nas questões relacionadas ao seguro. Portanto, é importante monitorar despesas com mais precisão para conhecer os custos totais da subscrição desse negócio, identificar deteriorações na experiência e adotar medidas corretivas em um estágio inicial.

Todas as seguradoras têm planos ambiciosos para expandir o microsseguro e dedicar futuros recursos a esse negócio. A CIC está planejando criar uma unidade de negócios separada, introduzindo uma agência e um alto investimento em marketing no Bima ya Jamii, o que levará vários anos para recuperar os lucros das empresas. A ICICI Lombardi está dedicando mais recursos da seguradora para trabalhar com grupos da comunidade a fim de incentivar níveis mais elevados de adesão para o produto de seguro saúde MAS. A ASR está planejando dar início ao marketing dos produtos de seguro individuais. Estima-se que todas essas medidas aumentem a base de despesa das iniciativas em microsseguro. À medida que os negócios crescem e as seguradoras gastam mais tempo construindo e mantendo os negócios, cada vez mais será importante monitorar despesas relativas ao microsseguro com mais precisão.

Estrutura organizacional

A estrutura organizacional da seguradora e da posição dos negócios de microsseguro dentro dessa estrutura afetam os custos de gestão dos negócios e o apoio para esse negócio por meio de subsídios cruzados dos produtos do seguro tradicional.

– O microsseguro não é gerenciado separadamente do seguro tradicional na ICICI Lombard e ASR. A ICICI Lombard aloca recursos em toda a empresa em termos da unidade de negócios vertical (ex.: área de saúde). Os custos do microsseguro são sustentados pela receita de prêmio do mesmo tipo de negócio sempre que necessário.

A situação é semelhante na ASR, exceto que o microsseguro é gerido no departamento de seguro de vida da companhia. Isso acarreta uma sobreposição de competências e recursos das unidades globais de negócios e permite que as despesas do negócio sejam sustentadas pela receita de prêmio de outras linhas de negócios.

– A Old Mutual Foundation Market foi criada como uma unidade de negócios separada para dar o necessário nível de foco ao mercado nos estágios de desenvolvimento. Ela precisa, portanto, de volume de prêmio suficiente de uma variedade de produtos para ser sustentável. Até agora, o produto funeral em grupo gerou volumes de prêmio a um nível que poderia dar alguma contribuição para a infraestrutura e custos de administração interna da unidade de negócios, mas os custos correspondentes de distribuição do produto limitaram o escopo dessa contribuição. Como resultado, a Foundation Market ainda faz uso da infraestrutura geral, dos recursos e da experiência de outras unidades de negócios, o que pode ser importante durante os estágios iniciais de desenvolvimento de uma iniciativa em microsseguro.
– Atividades relacionadas ao microsseguro já foram realizadas anteriormente por vários departamentos dentro da CIC. A seguradora criou agora um departamento de microsseguro separado, e será um desafio se tornar uma unidade autossustentável, considerando que, atualmente, o micronegócio depende muito dos negócios tradicionais para se sustentar. É provável que o departamento de microsseguro venha a depender de recursos de outros departamentos quando necessário.

18.4 Conclusões e recomendações

A experiência em rentabilidade foi combinada por cinco seguradoras diferentes:

– Os produtos prestamistas compulsórios e de morte acidental e invalidez básicos da CIC, ASR e Malayan são os mais rentáveis.
– A Old Mutual e ICICI Lombard estão achando desafiador alcançar rentabilidade com os produtos de seguro funeral em grupo e seguro saúde MAS. Embora essas seguradoras tenham experimentado uma queda nos sinistros nos negócios depois das medidas corretivas, as iniciativas ainda não estão acusando lucros, conforme medido neste estudo.
– Além disso, o produto saúde MAS é deficitário partindo do ponto de vista dos sinistros antes das despesas relativas ao negócio serem consideradas. Isto significa que ele não está contribuindo para as despesas de desenvolvimento e administração dos negócios ou das despesas gerais da empresa.

A análise dos fatores que impulsionam a rentabilidade revelou que:

- Os produtos compulsórios e produtos com benefícios de vida simples que são mais fáceis de precificar apresentaram rentabilidade.
- Não alcançar escala e controlar seleção adversa levaram à sinistralidade elevada.
- O resseguro foi importante para o seguro meteorológico com base em indicadores. Trabalhar com os parceiros pode ajudar as seguradoras a gerir os custos de distribuição e administração dos negócios. O modelo agente assalariado da Old Mutual registrou sinistralidade alta.
- Trabalhar com parceiros que tenham uma motivação social pode levar a benefícios para os membros que excedem a cobertura garantida pelas apólices de seguro. O Manipal Group faz campanhas de conscientização em saúde para a comunidade.
- A ICICI Lombard se beneficiou de subsídios de prêmio para o produto de seguro meteorológico com base em indicadores. Os subsídios tornam o produto financeiramente viável para uma fatia maior do mercado e contribuíram para alcançar escala em tais iniciativas.

Obter *feedback* dos parceiros e do mercado, bem como monitorar o desempenho financeiro é importante para construir uma iniciativa em microsseguro viável em termos comerciais. Todas as seguradoras nestes estudos de caso monitoram ativamente a experiência de sinistros de suas carteiras de microsseguro. No entanto, a maioria não monitora despesas de arranque ou regulares relativas ao microsseguro separadamente das despesas de outras companhias de seguros. As seguradoras precisam monitorar os custos totais para obter um conhecimento mais completo do desempenho de seus negócios de microsseguro.

As experiências da CIC, ICICI Lombard e Old Mutual revelam que expandir para o microsseguro pode ser um processo iterativo de aprendizagem, em que lições caras são aprendidas por meio de experimentação. Tal observação demonstra a importância de monitorar a experiência aprendendo continuamente com o mercado e de ajustar o produto e o preço para melhorar a viabilidade dos produtos.

Todas as seguradoras nesta pesquisa consideram o vasto mercado de baixa renda inexplorado como oferecendo uma oportunidade comercial potencialmente viável. As seguradoras estão colocando ênfase no mercado de baixa renda em seus planos de expansão e dedicando recursos para capacitação do mercado e criação de uma base sólida para os negócios de microsseguro. Os mercados estão ficando cada vez mais competitivos, e construir relações com parceiros, como IMFs e bancos rurais, está se tornando mais importante. Apesar desses esforços, algumas iniciativas ainda não apresentaram lucros e ainda cobrem apenas uma pequena parte do mercado potencial.

Embora esses cinco estudos de caso ofereçam informações valiosas sobre a rentabilidade das iniciativas em microsseguro das seguradoras, seria prematuro tirar conclusões gerais sobre a rentabilidade dessas iniciativas, e há de se ter cautela na aplicação das conclusões sobre esses estudos de caso a outros contextos e produtos.

Mais pesquisas sobre desempenho de outros negócios de microsseguro serão úteis neste aspecto.

Apesar de este capítulo considerar apenas a viabilidade do microsseguro, uma análise completa deve incluir a proposta de valor para o cliente da iniciativa a fim de fornecer uma perspectiva holística. A questão da rentabilidade precisa estar em equilíbrio com o fato de os produtos oferecerem valor para o cliente *(ver Capítulo 15)*, porque a sustentabilidade de longo prazo depende da proposta de valor dos produtos. As pesquisas futuras precisarão considerar esta importante questão.

19 Ensinar elefantes a dançar: A experiência das seguradoras comerciais nos mercados de baixa renda

Janice Angove, Martin Herrndorf e Brandon Mathews

Os autores gostariam de agradecer a Felipe Botero (MetLife), Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (MicroInsurance Academy), K Gopinath (IFFCO-Tokio), Thomas Mahl (Munich Re), Marc Nabeth (CGSI) e Dirk Reinhard (Munich Re Foundation) por suas ideias e sugestões. Os autores também são gratos aos inúmeros gestores de seguros anônimos que foram entrevistados sobre suas experiências como pesquisa apoio para este estudo.

Na segunda metade do século 20, muitas seguradoras comerciais em mercados desenvolvidos desviaram seu foco da classe média para clientes mais ricos.[1] Mais recentemente, no entanto, em mercados emergentes, o pêndulo pode estar apontando de novo para o outro lado, considerando que algumas seguradoras estão otimistas e comprometidas em atender ao mercado de baixa renda com o que é amplamente chamado de "microsseguro". No entanto, estas empresas – os elefantes no título do capítulo – devem, em geral, trabalhar para desenvolver produtos, processos e habilidades para atender a pequenos agricultores, trabalhadores domésticos, artesãos, fornecedores do mercado e afins, visto que poucas seguradoras estão familiarizadas com as necessidades e características desse mercado. Com base nas experiências pioneiras dos primeiros participantes, este capítulo fornece algumas informações para começar.

A indústria de seguros formal tem vastos recursos de capital – dinheiro, pessoas, acesso e experiência. A aplicação de seus recursos em benefício das famílias de baixa renda promete dar uma grande contribuição para a redução da pobreza. Dercon et al. (2008) apontam que o risco não segurado é uma das causas da pobreza. É difícil imaginar uma oportunidade mais adequada para as seguradoras contribuírem para melhorar a sociedade. Aplicando as competências básicas e motivadas pelo crescimento rentável de médio e longo prazo, as seguradoras podem identificar algumas das vulnerabilidades que perpetuam a pobreza e inibem o desenvolvimento econômico. Para conseguir este feito, no entanto, as seguradoras precisam de um grau de mudança ou inovação.

Se "baixa renda" significa pobre, trabalhador pobre ou classe média emergente, é uma questão que pode ser discutida. O principal desafio prático enfrentado por uma seguradora comercial nesse mercado desconhecido é obter o equilíbrio certo do custo-benefício. Os custos incluem tudo o que é necessário para impulsionar a mudança – desde tempo de gestão e investimentos até gerenciamento de projetos e risco de reputação. Os benefícios são mais facilmente resumidos como lucro, mas também incluem um valor adicional decorrente do aumento da competitividade por meio de inovações úteis e melhor reputação.

[1] Wall Street Journal, 03 de outubro de 2010: "Shift to wealthier clientele puts life insurers in a bind."

Este capítulo resume as recomendações para as seguradoras comerciais, e suas experiências, que trabalham para estender seus negócios para o segmento de baixa renda. Organizado em três seções, o capítulo inicia com os motivos e objetivos das seguradoras. A segunda parte discute o processo para atingir tais objetivos na empresa, e a seção três considera as atividades externas com clientes e parceiros que são necessárias para alcançar escala e sustentabilidade.

19.1 Participação de seguradoras comerciais no microsseguro

19.1.1 O papel das seguradoras comerciais: Potencial e desafios

As seguradoras comerciais estão cada vez mais envolvidas no mercado de baixa renda e estão, ativamente, estabelecendo formas de expandir seus negócios. O entendimento de que o mercado de baixa renda não pode ser segurado está sendo questionado ou refutado, e iniciativas em microsseguro são consideradas para oferecer uma oportunidade de tornar real o potencial da "fortuna na base da pirâmide" apresentado por Prahalad (2005). O pobre, hoje, é considerado como sendo um enorme mercado inexplorado que agrega recursos financeiros substanciais e tem grande necessidade, enfrentando riscos que são segurados de forma rotineira em segmentos de renda mais alta.

Muitas seguradoras multinacionais pretendem crescer rapidamente em mercados emergentes. A Chartis rebatizou sua divisão "Mercado Emergente" para "Mercados em Crescimento". Companhias como Allianz, Chartis e Zurich criaram iniciativas dedicadas a melhorar o poder dos clientes de baixa renda. Algumas seguradoras nacionais também estão envolvidas nesse segmento de mercado, possivelmente porque enfrentam concorrência nos segmentos mais ricos ou porque são empreendedoras.

Em termos globais, o envolvimento de seguradoras comerciais no microsseguro tem testemunhado um crescimento significativo em várias frentes:

– **Novos mercados:** Vários *players* internacionais estão expandindo seus negócios para economias emergentes, por exemplo, a Allianz em vários países africanos, na Colômbia, Índia e Indonésia, e a Mapfre em toda a América Latina. Estima-se que a origem de uma parcela significativa dos negócios nesses países seja o mercado de baixa renda, com algumas seguradoras relatando que 20 por cento de seus segurados são clientes de microsseguro. Também é possível encontrar exemplos de seguradoras comerciais que desempenham um papel em iniciativas voltadas para o desenvolvimento, como os programas do setor público e atividades de responsabilidade social corporativa (CSR, na sigla em inglês). Por exemplo, as seguradoras comerciais participaram do Rashtriya Swasthya Bima Yojana (National Health Insurance Scheme), na Índia *(ver Capítulo 20)*. Os prêmios nesses programas muitas vezes são subsidiados pelo governo ou por doadores a fim de tornar os produtos mais viáveis financeiramente para o mercado de baixa renda.

- **Novos participantes:** A indústria de seguros tem assistido ao interesse de seguradoras em atuar no mercado de baixa renda, um mercado que elas não consideravam anteriormente. Por exemplo, as companhias de seguros gerais na África do Sul, Santam e Mutual and Federal, desenvolveram produtos de seguro de prédio e conteúdo para famílias de baixa renda. Devido à exigência regulatória na Índia *(ver Capítulo 20)*, as seguradoras multinacionais que operam naquele mercado estão ficando expostas ao microsseguro e algumas estão começando a exportar as lições aprendidas.
- **Novos produtos:** As seguradoras comerciais expandiram sua gama de produtos além das apólices de seguro prestamista *(ver Capítulo 9)*, funeral *(ver Capítulo 10)* e morte acidental e invalidez básicas. Outros produtos, como seguro de propriedade, seguro agrícola com base em indicadores *(ver Capítulo 11)*, assistência a incêndio e seguro para trabalhadores estão se revelando uma promessa *(ver Caixa de Texto 19.1)*.
- **Inovação em intermediação:** As seguradoras estão se beneficiando de avanços em tecnologia da informação e comunicação *(ver Capítulo 24)*, e oportunidades de associação a grupos agregadores *(ver Caixa de Texto 19.2)* para expandir para novos mercados.
- **Nível de competição:** Embora a vantagem dos pioneiros ainda seja muito importante para estabelecer uma relação com parceiros e acessar o mercado, alguns mercados, como Colômbia, Índia e África do Sul, estão enfrentando uma competição maior nos negócios de microsseguro. Seguro funeral em grupo e prestamista são mercados altamente competitivos, com canais de distribuição comparando ativamente níveis de participação, comissão e serviço ao escolher uma seguradora para subscrever a cobertura.

Caixa de Texto 19.1

Aumento da diversidade de produtos por parte de seguradoras comerciais

O interesse comercial na oferta de microsseguro resultou na proliferação de diferentes tipos de produtos de microsseguro no mundo inteiro:

- A Kenya Orient Insurance relançou o produto Safari Bima em 2010, oferecendo morte acidental, invalidez e seguro saúde para trabalhadores.
- Em 2008, a Mutual and Federal lançou o seguro de pecuária cobrindo pequenos produtores na África do Sul.
- A Allianz lançou um produto de seguro de acumulação em vida na Índia em 2008, atraindo três milhões de segurados e mais de US$100 milhões em prêmios anuais.
- Também na Índia, a Agriculture Insurance Corporation, IFFCO-Tokio e ICICI Lombard estão participando de um programa de seguro de culturas subsidiado com base em condições meteorológicas para agricultores. Depois de ter experimentado a oportunidade, mais seguradoras comerciais se interessaram em participar do programa na próxima estação de collheita. Os resseguradores também demonstraram grande interesse no resseguro desse programa.
- Na Jordânia, a Zurich lançou um produto hospitalar que envolve dinheiro comercializado como "Caregiver" e é distribuído pela MicroFund for Women, que é afiliada ao Banco Mundial da Mulher.

Caixa de Texto 19.2

Distribuição inovadora utilizada por seguradoras comerciais

Conforme discutido detalhadamente no Capítulo 22, a distribuição inovadora foi facilitada pela maior disponibilidade de parceiros que as seguradoras comerciais podem usar para acessar o mercado de baixa renda. Os parceiros, muitas vezes, lideram a discussão com as seguradoras a fim de estabelecer iniciativas em microsseguro:

– A Mapfre firmou parceria com a CODENSA, a maior empresa de fornecimento de energia elétrica da Colômbia, com cerca de dois milhões de clientes em Bogotá. Vários produtos de seguro são oferecidos aos clientes da CODENSA como parte de um programa de fidelização de clientes, incluindo seguro funeral, vida, garantia estendida e acidentes pessoais. Os produtos são comercializados por uma força de vendas presencial e centrais de atendimento para entrega do produto. Os canais de vendas e marketing são administrados pela CODENSA com o apoio da Mapfre (Smith et al., 2010b).
– Na África do Sul, a Hollard expandiu com sucesso suas relações com varejistas desde o Edcon Group até as populares PEP Stores e também distribui por intermédio da Best Funeral Society.
– A Zurich experimentou o mercado da Bolívia e do México com cartões de seguro pré-pagos vendidos em bancas de revistas e lojas de varejo. No Chile, associou-se a agentes de uma empresa concessionária de serviços de utilidade pública que vão de porta em porta para cobrar os prêmios, e, na África do Sul, usou agentes equipados com um aplicativo nos telefones celulares em um esforço para melhorar as vendas.

Além dos negócios denominados "microsseguro", as seguradoras comerciais alcançam com mais frequência o mercado de baixa renda por meio de iniciativas chamadas de "distribuição alternativa", "mercado de massa", "grupo comercial", "fidelidade" ou " marketing por afinidade". Enquanto o posicionamento da empresa no microsseguro puder atrair novos parceiros interessados em um benefício de longo prazo para seus clientes, não importa como a iniciativa é chamada; a inovação ou mudança é frequentemente obrigada a oferecer novos produtos por intermédio de novos parceiros visando a novos clientes. É importante apagar marcas antigas e desenvolver uma estratégia unificada para os segmentos de baixa renda a fim de construir uma carteira de negócios que ofereça custo-benefício em curto prazo e seja sustentável em longo prazo.

Até agora, o mercado tem experimentado sucessos e fracassos em vários produtos e acordos de parceria – como ocorre no seguro tradicional. No entanto, criar uma oportunidade econômica no mercado de microsseguro é um desafio para as seguradoras. A próxima seção discute as oportunidades oferecidas pelo microsseguro e os "lucros" que ele pode gerar para a seguradora.

19.1.2 Motivações e medidas de sucesso

As inovações destinadas a alcançar efetivamente o segmento de baixa renda incorrem em custos, e, portanto, uma carteira de microsseguro bem-sucedida deve gerar lucros que justifiquem o investimento. Os lucros potenciais relacionados ao microsseguro se encaixam em três categorias principais: 1) retorno financeiro; 2) inovação; e 3) reputação. A importância relativa de cada elemento irá variar dependendo da seguradora e do nível de desenvolvimento da iniciativa. No entanto, em médio e longo prazo, as iniciativas em microsseguro precisam apresentar um retorno financeiro para as seguradoras continuarem os negócios, mesmo que tais retornos sejam reconhecidos em outros segmentos de negócios por meio de melhoria em inovação ou parcerias.

Retorno financeiro

Para criar uma ampla carteira de microsseguro em uma seguradora comercial, a rentabilidade deve ser alcançada. Os investidores exigem um nível de retorno compatível com o risco nos negócios. Com um esforço maior necessário e mais incógnitas, o microsseguro poderia exigir um lucro ainda maior não fosse a inovação e os benefícios de reputação correspondentes. A viabilidade financeira deve ser alcançada em um prazo razoável – senão as seguradoras deixarão o mercado ou imporão limites baixos em suas exposições.

Prêmios absolutos mais baixos significam que grandes volumes de negócios devem ser vendidos para gerar lucros a um nível que justifique o esforço. Da mesma forma, a escala é necessária para produzir benefícios reais a custo baixo para os clientes de microsseguro. Embora o número exato de clientes a partir do qual um programa passa a ser rentável varie de acordo com a estrutura de custo e condições do cliente, a maioria das companhias de seguros relutará em participar de programas com menos de 10.000 clientes de microsseguro. Considerando que a escala somente pode ser alcançada em médio prazo, é importante também medir seu crescimento antes.

O microsseguro oferece oportunidades de diversificação para as seguradoras comerciais. Para as multinacionais, diversificar em novos territórios, riscos e grupos alvo é atraente. Assumindo riscos em negócios que não tenham relação com a carteira principal é particularmente útil para melhorar o perfil de risco global e o gerenciamento do fluxo de caixa da seguradora.

Inovação

Importante para se discutir no microsseguro é a percepção de que os canais de distribuição, produtos e processos comumente utilizados pelas seguradoras apresentam um desempenho fraco no segmento de baixa renda. Consequentemente, é preciso inovação, o que envolve reduzir radicalmente custos, aumentar eficiência e apresentar propostas de seguro mais simples e diretas para os clientes – mesmo que fazer isso seja complicado para a seguradora.

As percepções e competências adquiridas por meio de atividades de microsseguro bem-sucedidas muitas vezes podem, com o tempo, ser transferidas para a principal atividade comercial da companhia. As inovações que permitem que o seguro seja vendido de forma rentável para um cliente de baixa renda em um quiosque de revistas ou via telefone celular podem ser adaptadas para atender a clientes mais ricos. As seguradoras também provaram que as lições aprendidas ao tornar o microsseguro mais rentável podem ser aplicadas a negócios maiores, resultando em menores custos para a companhia como um todo.

Reputação

Uma boa reputação entre investidores, reguladores e público, e contar com a confiança dos segurados, são prerrogativas importantes para que as seguradoras tenham acesso ao capital, bem como para que possam manter e expandir seus negócios. Os investimentos e as medidas tomadas com objetivos sociais em mente têm benefícios de reputação para as seguradoras.

Expandir o acesso aos serviços financeiros em mercados não atendidos ganhou mais atenção ao longo da última década. Formuladores de políticas em diversas economias emergentes estão tomando a iniciativa e ampliando o acesso ao seguro para o mercado de baixa renda *(ver Capítulo 25)*. A "inclusão financeira" mereceu atenção internacional nas discussões do G-20. A oferta de microsseguro pode permitir que as seguradoras criem uma reputação de contribuir para alcançar objetivos sociais mais amplos, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O microsseguro também pode contribuir para os motivos de CSR. Se uma empresa socialmente comprometida atrai e motiva funcionários, acionistas e clientes, a promessa social do microsseguro – de melhorar as vidas do mercado de baixa renda oferecendo proteção contra riscos que poderiam levar a mais pobreza – melhora, indiretamente, os resultados da companhia.

As seguradoras que vão além da visão de que o impacto social e a rentabilidade exigem, inevitavelmente, uma trade-off, podem estar mais propensas a obter as sinergias no desenvolvimento destas metas. Do ponto de vista do impacto social, por exemplo, a rentabilidade é necessária para mobilizar os investimentos exigidos para alcançar escala e melhorar o produto e a qualidade do serviço para os clientes. Do ponto de vista da rentabilidade, aumentar o impacto social pode criar demanda de longo prazo, melhorando o padrão de vida dos clientes. Em longo prazo, o microsseguro precisa criar valor para os clientes, protegendo-os dos riscos a um preço aceitável, enquanto ao mesmo tempo gera valor para a seguradora, contribuindo para os lucros gerais da empresa *(ver Caixa de Texto 19.3)*.

Caixa de Texto 19.3

Prática em microsseguro da Zurich para o "consumidor emergente" global

As aspirações e os objetivos da prática em microsseguro da Zurich abrangem os dois objetivos, retorno financeiro e retorno social, com os objetivos de crescimento financeiro sustentável, inovação em processos e produtos, e compromisso com a sociedade de oferecer, de forma proativa, recursos financeiros e humanos da Zurich para enfrentar o desafio e a promessa de uma inclusão financeira maior.

A Zurich começou a se afastar do termo "microsseguro", usando em seu lugar "consumidor emergente". A companhia entende que esse termo reflete melhor as necessidades do cliente, que não são micro (pelo menos do ponto de vista do cliente), nem que o prefixo "micro" descreve, adequadamente, a dimensão deste negócio. A iniciativa não considera as famílias de baixa renda como "pobres", mas como consumidores ambiciosos e "emergentes", conforme evidenciado pela crescente classe média em mercados emergentes. O seguro protege bens e rendimentos – e os consumidores emergentes têm ambos.

Em 2010, a Zurich tinha 2,3 milhões de apólices cobrindo "consumidores emergentes" em sete países, um aumento de 1,8 milhões em 2009. Aproximadamente 75 por cento do volume é da América Latina, 15 por cento da Ásia e os 10 por cento restantes da África.

Fonte: Adaptado do site da Zurich Financial Services.

Além disso, uma motivação importante para as seguradoras participarem em microsseguro é garantir a vantagem de ser pioneiro enquanto o mercado se desenvolve. Dessa forma, as seguradoras pretendem formar uma base de clientes que permanecerá fiel e expandirá o uso de produtos de seguro à medida que os níveis de renda aumentam.

Conforme resumido na Tabela 19.1, o microsseguro tem o potencial de prover retornos financeiros e benefícios em matéria de inovação e construção da reputação da seguradora. No entanto, as iniciativas precisam ser cuidadosamente estruturadas para serem comercialmente viáveis. A próxima seção apresenta uma abordagem, concentrando-se primeiro em questões internas para atingir o sucesso.

Tabela 19.1 **Atividades de microsseguro de seguradoras comerciais e suas ações de sucesso**

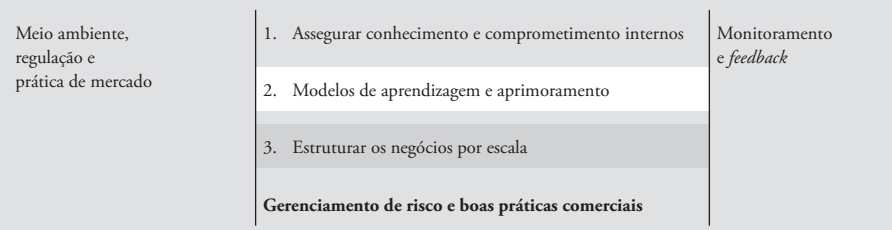
Exemplo	*Principais ações de sucesso*		
	Rentabilidade	*Inovação*	*Reputação*
O produto hospitalar CareGiver que envolve dinheiro lançado pela Zurich e é distribuído por uma IMF na Jordânia	O produto foi lançado em 2010, mas os primeiros coeficientes de sinistros e despesas parecem promissores	O produto oferece cobertura de saúde sem precedentes, incluindo complicações no parto; atende às características específicas do segurado mulher *(ver Capítulo 16)*	O produto tem dado à Zurich e a seus parceiros cobertura na imprensa nos principais veículos de mídia global
A Allianz lançou o Sarva Shakti Suraksha (SSS), um produto de acumulação em vida com IMFs e cooperativas na Índia	Com mais de US$100 milhões em receita e rentabilidade suficiente, o produto está sendo adaptado para outros mercados	O SSS é um produto importante para este tipo de microsseguro na Índia e abriu caminho para novos canais de distribuição; a seguradora adaptou o produto também para o mercado da Indonésia	A mídia internacional tem noticiado repetidamente sobre o produto e a cooperação da Allianz com os principais parceiros
"Segmento de microsseguro" da Mapfre Brasil	Em cinco anos, a Mapfre multiplicou sua receita até o ponto em que ela vende em 20 dias o que costumava vender em 1 ano	Destinar o produto a trabalhadores da economia informal aumentou o mercado potencial exponencialmente	Atraiu a atenção da mídia e das agências de desenvolvimento

19.2 Organização interna: Modelos de sucesso

Desenvolver o microsseguro como um negócio viável para uma companhia de seguros pode exigir mudar estruturas e processos internos, às vezes, de forma significativa. Esta seção discute as principais medidas e mudanças necessárias, bem como os fatores de sucesso identificados em diversas seguradoras comerciais.

A Figura 19.1 apresenta o esquema real, o desenvolvimento e o ritmo das mudanças que serão influenciadas por fatores internos da empresa, bem como o ambiente regulatório e de mercado. Além disso, o microsseguro, como em qualquer iniciativa comercial, deve se pautar em boas práticas comerciais – incluindo gerenciamento de risco seguro e implementação competente. Monitoramento e *feedback* contínuos sobre as mudanças podem ajudar a implementá-las de forma eficaz.

Figura 19.1 **Modelo para desenvolver iniciativas sustentáveis em microsseguro**



19.2.1 Assegurar conhecimento e comprometimento internos

A primeira fase começa definindo microsseguro na seguradora comercial – identificando a motivação da companhia, consolidando o apoio e planejando as primeiras ações. É necessário estabelecer indicadores de sucesso em curto e longo prazo nesta fase inicial, o que é provável que inclua uma combinação dos objetivos discutidos na seção anterior. Os objetivos devem ser enquadrados em torno da viabilidade comercial de longo prazo a fim de que a iniciativa seja suficientemente dotada de recursos para haver chance de sucesso.

Como um pré-requisito para administrar o microsseguro de forma eficaz, um excelente patrocínio e vontade de inovar em diferentes níveis da companhia são essenciais. O conceito do microsseguro é fundamentalmente atraente: ajudar clientes de baixa renda, captar o crescimento de mercados emergentes, contribuir para a sociedade e lucrar. No entanto, investir nisso exige um profundo conhecimento e comprometimento como de "amor à primeira vista". O desenvolvimento de negócios de microsseguro requer atenção gerencial e alocação de recursos em face das prioridades concorrentes. É importante identificar um patrocinador interno, que deve ser um executivo com poder, recursos e interesse suficientes.

Estabelecer apoio pode ser desafiador devido às percepções do microsseguro como caridade ou, pior ainda, como relações públicas hipócritas. O segmento de baixa renda é, muitas vezes, caracterizado como de alto risco, não lucrativo ou mesmo impossível de atender *(ver Caixa de Texto 19.4)*. Isso é motivado, pelo menos em parte, por um raciocínio circular que conclui que, pelo fato de os clientes de baixa renda não comprarem seguro hoje, eles não comprarão no futuro. Tal raciocínio traz à mente a famosa observação do fundador da Digital Equipment Corporation de que "Não há nenhuma razão para que alguém queira ter um computador em casa".

Baixas expectativas levam as seguradoras a deixar de empreender as mudanças necessárias para o sucesso. Quando a Zurich na África do Sul ofereceu pela primeira vez uma cobertura de propriedade em microsseguro, a administração insistiu em mudar o mínimo possível "para provar que o microsseguro funciona antes que façamos mudanças". Não é de admirar que, sem qualquer mudança na proposta, os clientes que antes não queriam seguro continuaram não querendo.

Caixa de Texto 19.4

Reações variadas da alta administração

Algumas das reações da alta administração em relação ao microsseguro incluem:

– "O pobre compra apenas três coisas: álcool, cigarros e bilhetes de loteria."
– "Muito volátil ... Não em minha carteira."
– "Mesmo que venha a ser um grande negócio em 10 anos, olhe em volta desta sala ... Você vê alguém aqui que não estará aposentado em 10 anos?"
– "Esta pode ser sua definição, mas, para mim, microsseguro é somente microsseguro se estiver dando prejuízo ..."
– "Parece uma boa ideia ... Acho que você precisa de pessoas ou de dinheiro ou de ambos ... Vamos ver como podemos conseguir."
– "Microsseguro é uma parte, mas, devemos dizer, uma pequena parte de nossos negócios ... Quer dizer, microsseguro é 'bom ter'."
– "Mesmo que esteja frequentemente na mídia ... Para nós, é um nicho de negócio, um negócio secundário."
– "A maneira mais rápida de esvaziar o escritório de alguém que sabe alguma coisa sobre seguro é dizer a palavra 'microsseguro'."

Fonte: Memorandos e anotações de reuniões internas de várias companhias.

Uma vez que os principais patrocinadores aceitem o microsseguro como sendo comercialmente atraente e útil para a vida dos clientes, o projeto precisará de espaço para alcançar sucesso, incluindo recursos humanos e financeiros, metas em competência e desempenho. É vital não subestimar a importância da gestão de nível médio neste processo. Gestores de nível médio, muitas vezes, serão responsáveis por tomar decisões práticas e implementar os processos necessários para o sucesso no microsseguro. Mesmo com o apoio da alta administração, gestores e funcionários que trabalham de uma determinada forma e não são incentivados a mudar podem ser um obstáculo para o desenvolvimento do microsseguro dentro de uma companhia de seguros.

Os dois principais desafios em termos de gestão são: 1) a natureza do microsseguro como uma iniciativa focada em um segmento de cliente; e 2) a estrutura de incentivos para gestores. Microsseguro não é um produto, uma função ou um processo único; é um conjunto de atividades que visa ampliar o acesso aos clientes de baixa renda. Envolve esforços coordenados de diferentes funções e departamentos na seguradora. Por exemplo, coordenar uma abordagem tanto em produtos de seguro de vida quanto de seguros gerais na maioria das companhias envolve trabalhar com departamentos de subscrição, sinistros, finanças e de recursos humanos (RH) separadamente.

No que diz respeito a incentivos, a remuneração dos gestores responsáveis pela implementação é, em geral, baseada em metas de crescimento de curto prazo e resultados consistentes de médio prazo; neste contexto, a incerteza e a volatilidade

percebida do microsseguro são fatores que desestimulam. Sistemas de incentivos para microsseguro devem, portanto, estar alinhados à estratégia de alto nível e exigências comerciais. Uma vez que a estratégia para microsseguro tenha atraído o interesse da alta administração, ela precisa se tornar tangível e concreta para se solicitar apoio (ou, pelo menos, evitar o enfraquecimento ativo) entre os gestores de nível médio.

O apoio ao microsseguro pode ser obtido comprovando o tamanho do mercado potencial, com destaque para os sucessos do concorrente, mostrando a dimensão social do microsseguro e exibindo as oportunidades de aprendizagem e inovação. Embora essa tática possa conquistar os corações e até mesmo as mentes dos profissionais, ela não substitui a competência e o sistema de incentivos adequados.

A seguradora também pode envolver parceiros externos, como, por exemplo, organizações de desenvolvimento e parceiros de distribuição nesta fase inicial.

Oportunidades para visitar projetos existentes e exposição a situações reais em mercados emergentes por intermédio dessas instituições ajudam a criar experiências tangíveis e imagens do mercado de baixa renda e do microsseguro. Iniciativas exploratórias, muitas vezes apoiadas pelos doadores, foram cruciais para comprovar a oportunidade de mercado e os modelos de negócios, gerando conscientização e fornecendo material para os gestores de microsseguro convencerem seus pares e a administração do seu potencial.

Firmar uma relação contratual de longo prazo com um parceiro respeitado e paciente para explorar junto o espaço pode trazer legitimidade e atenção internas, além de garantir o apoio de longo prazo e digno de crédito na empresa. Por exemplo, em sua iniciativa global, a Zurich trabalhou em parceria com a Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) logo no início; a Allianz e a Munich Re firmaram parcerias semelhantes com a Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), e dezenas de seguradoras se beneficiaram da sua colaboração com a Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Embora os valores oferecidos pelos doadores sejam relativamente pequenos partindo da perspectiva de uma seguradora, vários gestores de microsseguro citam o apoio político e simbólico das agências públicas como vital para catalisar e sustentar o compromisso e apoio internos.

19.2.2 Aprender e aprimorar modelos

Criar uma cultura de aprendizagem aberta

Como próxima ação para ingressar no mercado, as seguradoras comerciais precisam dedicar tempo e recursos para desenvolver habilidades e capacidades, aprender sobre o mercado, construir relações e negociar parcerias com os respectivos *players*.

Criar uma cultura de aprendizagem sobre o mercado de microsseguro e uma disposição para inovar é importante na construção de negócios de microsseguro. Hollard, uma seguradora da África do Sul que cobria cerca de quatro milhões de vidas de baixa renda em 2010 (Coydon e Molitor, de 2011), atribui seu sucesso à sua

cultura corporativa empreendedora que cria uma abordagem aberta e desburocratizada. Entretanto, ressalta que isso não implica qualquer compromisso de princípios comerciais básicos, e que novas ideias precisam ser apoiadas por uma proposta comercial sólida.

Expandir para o mercado de baixa renda, muitas vezes, é um processo iterativo de aprendizagem, no qual as iniciativas são aprimoradas à medida que a seguradora ganha experiência. Grande parte da aprendizagem é a propensão de fazer as coisas da forma errada, em que novas táticas são tentadas e o fracasso é tolerado desde que a companhia aprenda com seus *esforços (ver Caixa de Texto 19.5)*.

Caixa de Texto 19.5

Criar espaço para erros e aprender

No início da iniciativa global de microsseguro da Zurich, foi perguntado ao CEO: "Pretendemos fazer algumas coisas novas e, eventualmente, poderemos cometer erros. O senhor está preparado para isso?" Ele respondeu: "Se o erro é estratégico – não conhecíamos o que era desconhecido –, eu sou bastante tolerante. Mas eu não vou tolerar ações negligentes."

Usar experimentos e pilotos

Experimentos e pilotos são duas abordagens que fazem parte do processo de aprendizagem que podem ser usadas para aprimorar modelos.

Experimentos são projetos únicos, com hipóteses claramente definidas, destinados a confirmar que é possível para a companhia alcançar seus objetivos em microsseguro. Na medida do possível, os principais negócios devem ficar protegidos desses projetos únicos, e os custos devem ser limitados ao mínimo necessário para conhecer os resultados.

As experiências podem ter um valor inestimável no desenvolvimento de iniciativas e no aprendizado sobre as necessidades e preferências de clientes, parceiros potenciais, condições locais e regulamentos sem grandes compromissos ou responsabilidades com recursos iniciais. As exigências de sistemas podem ser baixas com dados muitas vezes sendo tratados em planilhas ou com soluções de *software* prontamente disponíveis. O financiamento externo durante esta fase pode ser especialmente útil se aqueles que tomam as decisões sobre recursos não são recompensados por alcançar as metas apoiadas por tais experiências.

Critérios claros de avaliação dos experimentos precisam ser estabelecidos, e os projetos avaliados com frequência em relação a esses critérios. Ao eliminar ou esclarecer certas variáveis, as conclusões iniciais da fase experimental ajudam a elaborar o caso para pilotos. As percepções dos experimentos são a base para que a inovação necessária garanta o sucesso de longo prazo de um projeto.

Pilotos para começar o negócio são iniciados depois de os experimentos fornecerem as respostas que comprovem as hipóteses. Até a fase piloto, a maioria das principais questões sobre como o negócio eventualmente funcionará foi respondida.

Embora os pilotos precisem ser flexíveis e ágeis, eles também são o ponto em que investimentos mais permanentes serão feitos. Um piloto é um investimento provisório para confirmar os melhores métodos antes do lançamento, de ganhar escala e da industrialização. Métodos piloto são mais flexíveis do que processos industrializados, porém mais importantes do que experimentos. A configuração básica do esforço deve ser considerada na fase piloto, mesmo se os componentes individuais forem ainda relativamente fáceis ou baratos de substituir. Como experimentos, um grande foco na aprendizagem irá acelerar os esforços durante a fase piloto.

Pilotos e experimentos são oportunidades valiosas para as seguradoras fazerem as coisas direito antes de alcançar escala, mas é recomendável que se considere devidamente o impacto sobre todos os participantes. Experimentos criam expectativas com a equipe e seus pares, bem como com clientes e outras partes externas interessadas. Os pares são muitas vezes revigorados pela chance de usar o seguro para fazer o bem na sociedade e podem até contribuir com seu tempo pessoal para ajudar. Quanto mais um experimento alcança populações vulneráveis, mais importante é considerar os efeitos nos clientes alvo. Além do tempo e dinheiro da seguradora, os clientes do mercado de baixa renda são instados a investir seu tempo e confiança em experimentos e pilotos.

Caixa de Texto 19.6

Processo de aprendizagem iterativo

No Quênia, a experiência da Cooperative Insurance Company (CIC), que oferece um produto combinado de vida e saúde relançado como Bima ya Jamii em 2007, ilustra a forma como o desenvolvimento de produtos de microsseguro pode ser um processo de aprendizagem iterativo por meio de mudanças no produto, na seguradora e no modelo de distribuição.

A CIC começou a fornecer o produto combinado por meio de instituições de microfinanças (IMFs) selecionadas e organizações de poupança e crédito (SACCOs) em 2003. Com o tempo, o produto foi incrementado a pedido dos parceiros com níveis de benefícios maiores e opções para hospitais de custo mais alto. O negócio logo se tornou seriamente deficitário. A CIC, então, firmou uma parceria com o National Hospital Insurance Fund, do Governo, a fim de oferecer os benefícios de saúde.

Neste novo acordo, a sinistralidade do componente da cobertura de vida retido pela CIC chegou a um nível aceitável, mas os volumes de apólice ficaram muito abaixo do esperado devido à falta de incentivos individuais para vender o produto para o pessoal das IMFs e SACCOs. Para compensar, a CIC firmou uma parceria com uma agência independente a fim de distribuir o produto por intermediários de microsseguro.

Fonte: Angove e Tande, 2011.

19.2.3 Estruturar o negócio para escala

Iniciativas em microsseguro têm enormes oportunidades de escala devido ao tamanho da população alvo e potencial de agregação dos canais de distribuição. Com ajustes na fase piloto, o foco naturalmente se voltará para a industrialização. Ao começar a operar em microsseguro com novos produtos, parceiros e processos, as seguradoras muitas vezes fazem uso de habilidades, infraestrutura e recursos financeiros de outras linhas de negócios na fase inicial de industrialização. No entanto, este acordo pode não criar um ajuste ideal e comprometer o sucesso do programa. Processos iterativos de ensino continuarão na fase de industrialização, uma vez que as iniciativas em microsseguro serão adaptadas com base na experiência e no *feedback* do mercado *(ver Caixa de Texto 19.6)*.

Combinar recursos tradicionais com um novo modelo de negócios

Sistemas e processos estáveis são necessários para proteger os dados do cliente e garantir o cumprimento dos padrões de subscrição e regulatórios e, portanto, os recursos são, muitas vezes, provenientes dos principais negócios. Por exemplo, a Old Mutual na África do Sul criou um departamento na Foundation Market para atender às famílias de baixa renda, mas, até que ele possa alcançar escala e gerar lucros suficientes, esta unidade de negócios permanece financeira e tecnicamente sustentada por outros departamentos *(ver Capítulo 18)*.[2] Para alcançar escala, um grupo mais amplo de indivíduos, que compreende gestores de nível mais alto, especialistas técnicos e pessoal da área operacional, precisa estar envolvido no desenvolvimento do microsseguro para uma linha de negócios estabelecida. Embora a precificação do produto possa acontecer *ad hoc* para experimentos e pilotos, recursos de subscrição técnica e atuarial são necessários ao estabelecer uma iniciativa escalável.

À medida que o microsseguro cresce, as plataformas de seguros tradicionais lutarão para operar com a eficiência e a agilidade necessárias *(ver Caixa de Texto 19.7)*. Apólices de baixo custo não podem sustentar as mesmas estruturas de despesas de produtos tradicionais. Uma companhia multinacional na Índia descobriu que custa mais de US$20 para emitir uma apólice – e que não haveria jeito de atender ao grupo alvo de microsseguro enquanto este custo fosse praticado. Para alcançar ainda mais o mercado de baixa renda de forma rentável, o custo-benefício dos produtos precisa ser alto. Para tanto, algumas seguradoras investem tempo e esforço significativos para negociar economias em custos e tornar as estruturas operacionais mais eficientes.

Como resultado, a utilização de recursos comerciais tradicionais pode exigir grande "desaprendizado" e reestruturação. As seguradoras precisam impedir a iniciativa em crescimento de ser sufocada pelos sistemas e processos mais antigos, tais como sistemas de tecnologia da informação (TI) inflexíveis, bem como pelos funcionários responsáveis por tais sistemas. Além disso, trabalhar com patrocinadores e parceiros

[2] Govindarajan e Trimble (2005) apontam que esta é a forma mais arriscada de fazer as coisas, mas é a tendência natural entre as empresas estabelecidas.

de distribuição externos requer que sistemas e operações respondam de forma flexível às diferentes exigências dos parceiros.

Caixa de Texto 19.7

Microsseguros em companhias de seguros multinacionais

As companhias multinacionais oferecem oportunidades e desafios específicos para microsseguro. Sua saúde financeira e seus recursos podem permitir investimentos estratégicos em oportunidades de longo prazo e suas marcas internacionais sólidas podem fornecer motivação para investimentos mais especulativos no intuito de produzir benefícios sociais ou pesquisa para o bem público. Além disso, sua presença em muitos países pode ajudar a transferir inovações comprovadas em produtos e sistemas de um ambiente para outros. Especialistas em microsseguro da matriz podem contribuir para construir a base de conhecimento global, exercer liderança de opinião e ser um ponto de contato para organizações públicas ou da sociedade civil.

Por outro lado, seguradoras multinacionais têm muitas prioridades concorrentes, especialmente em mercados emergentes. Elas também alcançaram escala suficiente para decompor processos em departamentos funcionais – ganhando vantagem comparativa e o benefício de gerenciamento do risco, porém criando barreiras para uma adaptação rápida. Em companhias estruturadas por linhas de produtos, funções (subscrição, sinistros, vendas, TI) e geografia, qualquer iniciativa que pretenda atender a um novo cliente terá de, simultaneamente, coordenar todos os elementos da companhia (em essência, ter os poderes do CEO) ou, de forma mais cabível, mudar sua ambição ou se desmembrar, como Christensen (2003) recomenda.

Trabalhar dentro do sistema trará "empreendedores" promissores em microsseguro com um interesse inesgotável de aprender sobre sua companhia. Por exemplo, uma seguradora da África do Sul pretendia recrutar uma equipe de três pessoas para administrar um escritório de campo de microsseguro. No sistema de RH da seguradora, o salário mais baixo possível estava predefinido em nível zero. Para o modelo de negócios de microsseguro funcionar, o plano era pagar salários de menos da metade do nível zero. Como resultado, não foi possível a companhia contratar os funcionários diretamente, sem que todo o plano de salários da empresa fosse alterado – uma questão obviamente insolúvel. Os três funcionários foram, então, recrutados por intermédio de uma agência externa, cortando sua ligação com a companhia e aumentando os custos.

As experiências emergentes de companhias de seguros multinacionais que são carteiras de microsseguro tidas como em desenvolvimento no mundo inteiro mostram que isso é rentável. Para tanto, e para desenvolver suas atividades de microsseguro sistematicamente, muitas seguradoras globais têm estabelecido equipes ou unidades especiais para avançar no tema. Algumas dessas equipes desempenham um papel de coordenação na promoção do microsseguro, estabelecendo padrões de qualidade e gerindo relações públicas globais e atividades de mídia. Outras companhias têm uma abordagem mais ativa, com grupos de funcionários que gerenciam os pilotos locais, o desenvolvimento do produto e a aquisição de novos parceiros de distribuição.

Acordos organizacionais

Para integrar recursos antigos a processos novos, as seguradoras podem usar diferentes abordagens para apoiar o microsseguro: basear-se em recursos existentes, terceirizar funções ou estabelecer uma unidade de negócios ou um empreendidmento conjunto, separadamente, com recursos dedicados ao microsseguro. É natural que cada abordagem tenha vantagens e desvantagens, conforme ilustrado na Tabela 19.2, mas, para as companhias que estão realmente empenhadas em atender ao mercado de baixa renda em longo prazo, o modelo *ring-fenced* parece particularmente atraente.

Tabela 19.2 **Várias abordagens para estruturar os negócios**

	Prós	*Contras*	*Exemplo*
Coordenação: Com base em recursos comerciais existentes, coordenada por uma equipe central de microsseguro	Custos iniciais e gerais relativamente baixos para microsseguro	– Tensão constante entre negócios tradicionais e de microsseguro – Acesso aos recursos altamente contingente e imprevisível	– Mutual and Federal e Santam administram microsseguro em suas divisões de negócios Novos Mercados e Mercados Emergentes, respectivamente
Terceirização: Adquirir recursos para microsseguro externamente (atuários, sistemas, etc.)	– Custos iniciais relativamente baixos – Flexibilidade maior para escolher entre diferentes sistemas – Capacidade de obter solução "comprovada" para sistemas, etc.	– Oportunidades de aprendizado limitadas para a seguradora – Capacidade limitada para capturar valor de longo prazo – Dependência do parceiro terceirizado para projetos de inovação	– A Allianz depende de seu parceiro PlaNet Guarantee para administrar as relações de microsseguro com várias IMFs nos países da África (Gradl et al., 2010)
Unidade de negócios ou empreendimento conjunto separados *(ring-fencing)*: Criar divisão/empreendimento conjunto com os recursos necessários para microsseguro	– Melhor acessibilidade de recursos – Maior flexibilidade para utilizar recursos *ring-fenced* de forma apropriada – Construir uma cultura em microsseuro que sustente abordagens inovadoras – Desenvolver um conhecimento sólido das necessidades e preferências do mercado – Lidar com competição por recursos e atenção de outras áreas	– Custos iniciais mais altos – Precisa utilizar recursos para se desenvolver completamente, perda de flexibilidade em curto prazo	– A Metropolitan Life definiu a Cover2go como uma matriz de inovação fora dos escritórios centrais com seu próprio sistema de TI e uma autorização para inovar (Smith and Smit, 2010c)

19.3 Alcance externo: Construir relações com o mercado

Ao estabelecer uma plataforma interna sólida, o foco também deve incluir o ambiente externo, particularmente o cliente e o canal de distribuição. Embora a distribuição alternativa *(ver Capítulo 22)* e o valor para o cliente *(ver Capítulo 15)* sejam abordados profundamente em outros capítulos, esta seção se concentra nos desafios especiais enfrentados pelas seguradoras comerciais para se industrializar e administrar parcerias.

19.3.1 Industrializar: Alcançar escala

Para que o microsseguro seja viável, as seguradoras precisam alcançar, de forma rentável, um grande número de clientes de baixa renda, e isso envolve três componentes: 1) produtos adequados; 2) processo de vendas e construção de confiança; e 3) volumes de operações.

Oferecer produtos adequados

O microsseguro precisa oferecer uma proposta de valor sólida para o mercado de baixa renda para que o negócio seja sustentável em longo prazo. Ao contrário de outros segmentos, quase por definição, a representação do mercado alvo de microsseguro nos quadros de pessoal das companhias de seguros é, na melhor das hipóteses, muito fraca. Assim, para que as seguradoras saibam de fato como um segmento percebe o risco e a adequação dos mecanismos de enfrentamento existentes, elas não podem confiar na "intuição".

Algumas seguradoras estão sendo bem-sucedidas no trabalho com parceiros da comunidade para conhecer o mercado. O *feedback* dos clientes de microcrédito obtido por intermédio de agentes de crédito tem ajudado a Allianz a criar produtos de melhor valor. Com base nas informações recolhidas neste processo, a Allianz está incluindo a cobertura de invalidez ao seu produto de seguro de vida no Senegal para cobrir perda de receita caso o segurado fique impedido de trabalhar (Gradl et al., 2010).

A abordagem principal para alcançar o mercado em larga escala é conhecer os mecanismos de enfrentamento existentes e garantir os benefícios inerentes que ofereçam uma proposta de valor melhor. O seguro funeral na África do Sul é um exemplo de seguradoras que exploram a demanda existente por cobertura expandindo para o mercado de baixa renda. Mecanismos informais, como os programas de benefícios das sociedades funerárias e casas funerárias são comuns na África do Sul. Várias seguradoras de vida têm percebido a oportunidade de oferecer seguro neste mercado, resultando em uma proporção relativamente alta do mercado de baixa renda que possui cobertura formal. Quarenta por cento de adultos sul-africanos têm seguro funeral, e a maioria costuma ser do mercado de baixa renda (FinMark Trust, 2009).

No caso da cobertura de funeral, o mercado de baixa renda está particularmente interessado no serviço funeral em si e no apoio durante os preparativos para o funeral.

Algumas seguradoras trabalham em parceria com casas funerárias para oferecer pacotes de serviços em vez de benefícios pecuniários aos segurados. A Hollard na África do Sul também dá apoio à família do falecido, o que, tradicionalmente, é responsabilidade das sociedades funerárias informais ("mão amiga") no funeral.[3]

O desenho do benefício precisa estar de acordo com as expectativas do mercado. As seguradoras não devem oferecer cobertura muito diferente das expectativas porque os clientes não confiarão. Por exemplo, se uma apólice tem benefício que parece "bom demais para ser verdade", o consumidor cauteloso evitará comprá-la. As seguradoras

[3] Entrevistas com gestores de seguros envolvidos no microsseguro.

também precisam ter em mente as preferências do mercado para encontrar formas adequadas de interagir com o grupo alvo particularmente no que diz respeito à tecnologia *(ver Caixa de Texto 19.8)*.

Caixa de Texto 19.8

Atender ao mercado onde ele estiver

A Cover2go, uma subsidiária da Metropolitan Life na África do Sul, desenvolveu um produto de seguro inovador para o trabalhador que combina o uso de agentes nos centros rodoviários e tecnologia de telefone celular. O produto oferece cobertura de acidentes pessoais de US$2140 por um prêmio único de US$1,40 durante um período de férias quando um grande número de pessoas está viajando. Foi vendido por intermédio de agentes nos centros rodoviários, com o prêmio sendo deduzido dos créditos do telefone celular. A confirmação de compra da apólice era enviada para os segurados por SMS. Pesquisas realizadas antes do lançamento indicaram que houve muito interesse no produto, mas muito poucas apólices foram realmente vendidas. Os estudos sobre a venda do produto para o pobre revelaram que:

- Os benefícios e prêmios não correspondiam às expectativas do mercado. O produto parecia "bom demais para ser verdade", e os segurados não esperavam que benefícios tão altos fossem pagos.
- Os segurados não tinham crédito suficiente no celular para pagar os prêmios.
- Os segurados se sentiam desconfortáveis usando SMS para fornecer informações e informar os beneficiários da cobertura; eles preferiam documentos de apólice tangíveis.

A experiência da Cover2go proporciona importantes percepções sobre a necessidade de se ter em mente as expectativas dos clientes com relação a prêmios e benefícios, e de atender aos clientes onde eles estão em termos de uso de tecnologia.

Fonte: Smith e Smit, 2010c.

Desenvolver técnicas de prevenção de sinistros no desenho do benefício pode ser importante para cobrir riscos ou segmentos de mercado que eram considerados impossíveis de segurar anteriormente. Estimular o comportamento de atenuação do risco também permite que a cobertura de seguro seja oferecida a prêmios mais baixos, o que é importante no mercado de baixa renda. Por exemplo, um piloto de seguro de pecuária da Mutual and Federal na África do Sul está associado a técnicos agrícolas para garantir que o gado seja marcado (para identificação quando ocorrer um sinistro) e receba banho de aspersão (para proteção de doenças). Tal iniciativa introduz o gerenciamento de risco no processo de seguro. Os agricultores se beneficiam se seus animais estão protegidos de doenças e têm acesso à cobertura de seguro. A seguradora pode oferecer cobertura a níveis mais viáveis financeiramente porque

o risco é menor. Trabalhar com a comunidade neste formato pode ser oneroso, mas a seguradora se beneficia desenvolvendo uma relação com a comunidade e consegue acessar um mercado que, anteriormente, não era explorado.

Criar um processo de vendas correto e construir relações de confiança

A relação de confiança é muito importante no processo de vendas. Começa ao estabelecer confiança nas pessoas que vendem o produto, que podem não estar familiarizadas com o seguro tanto quanto seus clientes. A comunicação permanente com a comunidade também é importante para garantir que a seguradora conhece o mercado. As seguradoras também precisam se concentrar no serviço a fim de manter os negócios. Algumas seguradoras têm preferido construir uma relação direta com os clientes por intermédio dos agentes. Outras, como a ICICI Lombard na Índia e a CIC no Quênia *(ver Capítulo 18)*, exploram as relações que os parceiros estabeleceram com o mercado. Neste caso, a reputação do produto de seguro, portanto, depende do serviço que o parceiro presta aos clientes *(ver Caixa 19.9)*.

Caixa de Texto 19.9

Construir uma cascata de confiança

No Senegal, a Allianz trabalha em parceria com a IMF CAURIE e a PlaNet Guarantee (uma empresa intermediária de microsseguro especializada – ver Capítulo 23) para fornecer cobertura prestamista. Os clientes da IMF precisam ter confiança que a seguradora pagará um sinistro no futuro. Isso se consegue por meio de uma "cascata de confiança". Há uma relação mútua de confiança entre a Allianz e a PlaNet Guarantee. A CAURIE confia na assessoria da PlaNet Guarantee, os administradores do crédito confiam na CAURIE, e o mutuários confiam nos administradores do crédito.

Fonte: Gradl et al., 2010.

Muitas seguradoras comerciais também estão tendo uma visão de longo prazo de investir no mercado e estão construindo conscientização e conhecimento sobre seguro no mercado de baixa renda com investimentos em campanhas de educação do consumidor *(ver Capítulo 14)*.

Gerenciar transações com os clientes

No devido tempo, a escala transacional do microsseguro se torna completamente diferente daquilo com o que a maioria das seguradoras lida em seus segmentos tradicionais. Além disso, sistemas e processos existentes são construídos para produtos individuais altamente personalizados enquanto o microsseguro é produzido em massa.

Muitas seguradoras estão explorando novas formas de usar a tecnologia para acessar mercado, aumentar eficiência e reduzir custos (*ver Caixa de Texto 19.10 e*

Capítulo 24). A tecnologia pode ser útil na administração para se estar em contato com os segurados e prestar um melhor serviço em relação às apólices, especialmente no processo de sinistros. As principais evoluções e inovações em pagamentos móveis e plataformas móveis estão incentivando seguradoras comerciais a explorar formas de usar essa tecnologia para alcançar escala e reduzir os custos de aquisição dos negócios, administrando as apólices e cobrando prêmios (Zurich, 2011). No entanto, isso é uma ferramenta do microsseguro, e não uma solução geral.

Caixa de Texto 19.10

Usar tecnologia

Distribuir apólices e cobrar prêmios

O produto da Cover2go para trabalhadores e o produto Safari Bima oferecido pela Kenya Orient usam tecnologia de telefonia móvel para ativar apólices e cobrar prêmios com relativo sucesso – principalmente porque a tecnologia por si só não explica o produto suficientemente. Além disso, os reguladores não permitiram descontar o pagamento do prêmio do crédito do telefone. Independentemente do problema de baixos volumes em vendas, a utilização da tecnologia em ambos os casos ficou relativamente cara, com o provedor de telefonia móvel retendo 50 por cento do prêmio no caso do produto da Cover2go.

Fonte: Entrevistas com gestores de seguros envolvidos no microsseguro.

Gerenciar o risco

Na Índia, a identificação por dispositivos de radiofrequência (RFID) instalados sob a pele do gado facilita determinar se o animal morto estava segurado pela Bajaj Allianz, reduzindo significativamente a fraude potencial.

Fonte: Gradl et al., 2010.

19.3.2 Trabalhar com parceiros e grupos

Na maior parte dos exemplos descritos anteriormente, uma enorme variedade de parceiros de distribuição (ou "patrocinadores") está envolvida em fazer a conexão do consumidor de microsseguro com as seguradoras comerciais. Acessar o mercado é uma área importante onde o foco é necessário, porque os mecanismos tradicionais de distribuição não geram volumes suficientes. Desenvolver relacionamentos com parceiros de distribuição que tenham acesso a um grande segmento do mercado é uma abordagem que tem sido utilizada com sucesso pela vanguarda das seguradoras *(ver Caixa de Texto 19.11)*. As mesmas exigências básicas para estabelecer a prática em microsseguro na seguradora comercial existente também faz sentido ao construir e

manter relações com parceiros de distribuição: identificar e ser claro sobre motivações, implementar por meio de experimentos e pilotos e, então, industrializar.

Caixa de Texto 19.11

Vantagem do pioneiro

A vantagem do pioneiro é fundamental ao estabelecer relações com parceiros e pode garantir relacionamentos de longo prazo que permitem às seguradoras desenvolver iniciativas sustentáveis em microsseguro. Muitas seguradoras têm relações de longa data com parceiros que foram estabelecidas no início da expansão para os negócios de microsseguro:

- A parceria entre a Sanlam Sky (anteriormente conhecida como African Life), na África do Sul, e a Zionist Christian Church foi estabelecida há 20 anos e hoje cobre mais de um milhão de vidas.
- Também na África do Sul, em 2001, a Hollard fundou um empreendimento conjunto com o Edcon Group, o maior grupo varejista do mercado de vestuário, calçados e têxteis do país. A Hollard hoje oferece uma ampla gama de produtos de seguro por intermédio de várias lojas de varejo do Edcon Group. Ambas as empresas criaram uma cultura de "aprendizagem conjunta", com intercâmbio ágil e contínuo de ideias que é difícil para os concorrentes se equipararem.
- Desde 2003, a ICICI Lombard conta com um programa de seguro com base em indicadores na Índia com a BASIX, uma holding de uma série de entidades com e sem fins lucrativos envolvidas na promoção de subsistência, incluindo serviços de microfinanças e apoio comercial, e que alcança mais de três milhões de famílias de baixa renda.
- A Zurich Bolívia começou a oferecer cobertura voluntária por intermédio do seu primeiro banco comercial de microfinanças do mundo, BancoSol, em 2003, e continua a aceitar negócios por esta conta.
- A AIG firmou uma série de parcerias de sucesso, incluindo as Casas Bahia no Brasil, o Bank Rakyat na Indonésia e a rede de microfinanças FINCA em vários países.

Conforme ilustrado nas Caixas de Textos 19.11 e 19.12, os parceiros potenciais podem ser constituídos de muitas formas: como grupos religiosos, varejistas, bancos, agências de correio, empresas de serviços públicos, IFM, SACCOs, cooperativas agrícolas, associações de trabalhadores e sindicatos, e grupos por afinidade, como, por exemplo, clubes esportivos. Muitas seguradoras fazem uso das relações de confiança existentes entre parceiros e clientes alvo, obtendo apoio do parceiro ou dos principais grupos para endossar, associar marca ou mesmo rotular o produto. Na terminologia do seguro, estes patrocinadores muitas vezes estão incluídos nos programas diretos de marketing ou parceria. O fato é que os bens de consumo chegam a todos os cantos do planeta enquanto os serviços financeiros, não. O produto de morte acidental e invalidez da IFFCO-Tokio distribuído com sacos de fertilizantes na Índia dá uma ideia sobre o que é possível. Do ponto de vista da indústria, estes parceiros são considerados de distribuição alternativa; mas, do ponto de vista do cliente, o mercado da esquina e a operadora de telefonia móvel são seus prestadores de serviços de confiança.

Caixa de Texto 19.12

Filosofia de parceria da Hollard

A Hollard é reconhecida como um dos grupos de seguro mais inovadores da África do Sul. A estratégia de parceria da Hollard tem sido a chave do crescimento de seus negócios de microsseguro. Esta filosofia de parceria se concentra em "reconhecer parceiros que tenham a mesma mentalidade, conheçam os respectivos pontos fortes e contribuam para o valor de longo prazo por meio de estruturas otimizadas a fim de garantir o sucesso mútuo".

A Hollard construiu relacionamentos com uma variedade de parceiros:

- varejistas focados no mercado de baixa renda, como Jet e PEP Stores, que oferecem seguro funeral e outros produtos
- provedores de microfinanças, como Bayport, Blue Financial Services, Opportunity International (Moçambique), Beehive, e Savings and Credit Co-operative League (SACCOL), onde o seguro prestamista e o seguro funeral estão disponíveis
- prestadores de serviços jurídicos, como Legalwise
- grupos por afinidade, como o clube de futebol Kaizer Chiefs
- agências de marketing direto, como Amway na Índia
- grupos de baixa renda, como sindicatos (South African Municipal Workers' Union) e grupos de sociedade funerária (South African Federation of Burial Societies)
- empresas de telefonia móvel, como a MTN Ghana (*ver Caixa de Texto 24.7*)

Fonte: Adaptado do site da Hollard.

Alcançar valor a partir de parcerias

Trabalhar com parceiros permite à seguradora ampliar relações, infraestrutura, espaço físico e pontos de contato existentes que o parceiro tem com o mercado de baixa renda. Isso facilita o processo de vendas, a cobrança eficiente dos prêmios, a comunicação com os segurados e o pagamento dos sinistros. O parceiro pode desempenhar algumas funções em nome do programa de seguro, tais como administração de apólices e cobrança de prêmio, especialmente se já contar com sistemas para arrecadar o dinheiro de clientes (ver exemplo a Aseguradora Rural no *Capítulo 18*). As seguradoras podem até trabalhar com vários parceiros que desempenhem funções diferentes, por exemplo, um parceiro para vender e distribuir apólices e outro para administrar o negócio.

Trabalhar com parceiros também pode incluir desenvolver e implementar melhorias nas iniciativas em microsseguro. Os parceiros, que, em geral, têm contato mais direto com o mercado podem dar um *feedback* valioso para a seguradora sobre desenho do benefício, processos operacionais e satisfação do cliente. A participação ativa e o domínio do parceiro parecem produzir melhores resultados, mas impõem mais pressão sobre a seguradora para demonstrar e entregar valor. As seguradoras que não respondem dessa forma ao risco têm de desistir do produto ou redesenhá-lo caso os parceiros não estejam satisfeitos.

A confiança no provedor de seguro é importante; todavia, muitas vezes, é o parceiro que tem a relação com o cliente. A seguradora deve, portanto, assegurar que o parceiro desfrute de uma boa reputação e tenha a confiança do mercado antes de firmar um acordo de cooperação (*ver Caixa de Texto 19.13*).

Caixa de Texto 19.13

Imagem e reputação dos parceiros

A Metropolitan Cover2go firmou uma parceria com lojas *spaza*, pequenos varejistas informais nas comunidades locais, para distribuir seguro funeral. Embora esses varejistas locais fossem facilmente acessíveis para as famílias de baixa renda, a seguradora, com o tempo, percebeu que eles tinham uma imagem duvidosa, e o mercado alvo relutou em comprar seguro com eles. A seguradora, mais tarde, firmou parceria com um varejista nacional; embora esses estabelecimentos fossem menos acessíveis para o mercado, o varejista nacional tinha uma marca mais confiável e uma imagem mais estável no mercado, além de maior sucesso com vendas.

Construir e gerenciar parcerias

Conforme ilustrado no Capítulo 22, há vários parceiros potenciais por intermédio dos quais as seguradoras podem ter acesso ao mercado de baixa renda. O desafio está em encontrá-los e negociar uma relação que funcione melhor para a seguradora e o parceiro.

Para começar a construir uma relação, as seguradoras precisam escolher parceiros que se ajustem melhor a elas e possam desempenhar as funções necessárias. É prudente estar ciente das motivações e expectativas desde o início, e ser cauteloso em relação aos fatores que são diferentes para os parceiros. O parceiro deve garantir acesso para o mercado alvo pretendido e/ou ser capaz de entregar outros serviços que a seguradora precise. O parceiro também precisa combinar bem com a seguradora em termos operacionais e do ponto de vista sistêmico. Vários riscos podem ser mitigados por um processo sólido de devida diligência e seleção no início, e com a participação do parceiro no processo de desenvolvimento do produto (*ver Caixa de Texto 19.14*).

Caixa de Texto 19.14

Importância de contar com total adesão do parceiro

Uma seguradora sul-africana em parceria com um grupo religioso se deparou com um problema nas fases iniciais de comercialização de seu produto de prédio e conteúdo para membros da Igreja. A seguradora desenvolveu uma campanha de marketing elaborada para o produto, mas não conseguiu envolver o parceiro em seu desenvolvimento. Os líderes da Igreja não permitiram que a seguradora lançasse a campanha de marketing. Embora o produto tivesse o aval dos líderes religiosos, ele não foi comercializado ativamente no início. Consequentemente, levou mais tempo do que o previsto para alcançar os volumes pretendidos.

Acordos de parceria são mais bem-sucedidos quando a relação oferece uma proposta de valor atraente para ambas as partes. Os interesses da seguradora e do parceiro precisam estar alinhados na venda e na manutenção dos produtos, e os incentivos devem estar estruturados para facilitar esse alinhamento. Estruturar o acordo de modo que haja benefícios para o parceiro além das receitas de comissão tem contribuído para o sucesso de algumas seguradoras no mercado, por exemplo, aumentando a utilização de profissionais de saúde e casas funerárias (*ver Caixa de Texto 19.15*).

Caixa de Texto 19.15

Parcerias e produtos que atendem às necessidades dos parceiros

Desenvolver produtos que atendam especificamente às necessidades de um parceiro de distribuição pode ajudar a convencer os parceiros dos benefícios da colaboração:

– **Prestamista:** um produto típico de entrada, que quita o empréstimo do mutuário em caso de sua morte. Em geral, é vendido por instituições de microfinanças e melhora, diretamente, o perfil de risco dessas organizações. Cada vez mais, também paga um benefício para os sobreviventes do mutuário e, às vezes, ainda oferece outros benefícios *(ver Capítulo 9)*. O que se pretende com a cobertura de tais riscos é tornar os mutuários mais confiantes quando contraem um empréstimo e os credores mais dispostos a concedê-los.
– **Seguro meteorológico:** cobre os riscos de condições meteorológicas adversas, como, por exemplo, pouca chuva ou chuva demais. Quando combinado com a venda de insumos agrícolas – como sementes ou fertilizantes – pode ajudar os produtores desses insumos a aumentar suas vendas para que os pequenos agricultores se previnam contra os riscos climáticos. Por exemplo, no Quênia, a Syngenta Foundation está promovendo um produto de seguro com base em indicadores para milho e trigo subscrito pela UAP, uma companhia de seguros local, e distribuído por fornecedores de insumos agrícolas (*ver Caixa de Texto 24.3*).
– **Seguro de propriedade:** cobre o uso continuado de itens específicos de propriedade. Um produto oferecido pela Zurich na Indonésia, em colaboração com Holcim, multinacional de cimento, é combinado com materiais de construção para casas de baixa renda e dá aos clientes mais confiança na qualidade da moradia.
– **Microsseguro saúde:** é muitas vezes oferecido junto com os provedores de saúde, que se beneficiam de receitas mais estáveis e melhor demanda por parte dos clientes. Por exemplo, na parceria entre a ICICI Lombard e o Manipal Group de provedores de saúde descritos no Capítulo 18, o Manipal se beneficia obtendo acesso a uma base de clientes que é necessária para fazer uso dos hospitais do grupo para o seu tratamento.

Desenvolver tais produtos exige elevados níveis de flexibilidade por parte da seguradora e disposição e recursos para ficar ciente das prioridades das organizações parceiras antes de desenvolver o produto.

Fonte: Angove e Tande, 2011; Entrevistas com gestores de seguros; website da Syngenta Foundation.

Lidar com os riscos da parceria

Tendo em vista sua importância de acessar o mercado, estabelecer confiança e gerenciar os principais processos de seguro, é fundamental identificar e controlar os riscos envolvidos no trabalho com os parceiros. Eles não são exclusivos do microsseguro, mas vale registrar:

- **Muita promessa e pouca entrega:** trabalhar com parceiros de distribuição alternativa requer um investimento por parte da seguradora e do parceiro. As seguradoras, em geral, não estão familiarizadas com a venda por intermédio de entidades que não sejam da área de seguros, e essas entidades, em geral, não têm muita experiência em vender seguro. Como a negociação das parcerias pode demorar, há muito tempo para criar expectativas que podem levar a uma corrida para o lançamento do produto até que a parceria tenha sido finalmente consolidada. A importância de testar processos e treinar pessoal da linha de frente não deve ser subestimada.
- **Duração e flexibilidade dos contratos:** a iniciativa mais ambiciosa, a mais importante, é se comprometer sinceramente a trabalhar em conjunto em longo prazo.
- **Fraude:** pode ser um problema em termos de parceiro, talvez ao não enviar os prêmios para a seguradora ou entrar em conluio com os segurados para apresentar sinistros fraudulentos. Apesar de as seguradoras terem criado mecanismos para evitar ou reduzir a fraude, eles precisam ser adaptados para lidar com a fraude nos vários níveis de esquemas desse tipo.
- **Descumprimento dos regulamentos:** é importante que o parceiro cumpra todos os regulamentos de seguro e demais regulamentos relativos aos serviços que ele presta para a seguradora e em seu nome. Isso inclui regulamentos relativos a intermediários e venda de apólices. Embora a nova regulamentação do microsseguro em algumas jurisdições *(ver Capítulo 25)* permita formas flexíveis de trabalhar com os parceiros, normalmente são geradas responsabilidades para as companhias de seguros garantirem, por exemplo, uma adequada formação de agentes e processos a fim de evitar venda enganosa por parte do parceiro.
- **Falha na entrega:** confiar nos parceiros para distribuição e manutenção dos produtos pode se tornar um problema quando esses parceiros deixam de desempenhar suas funções na forma acordada. A Zurich Bolívia e a Prodem encerraram sua parceria após dois anos pelo fato da IMF não dar prioridade às vendas, resultando em baixos volumes de apólice (Churchill e de Grandchant, sem data). A CIC no Quênia enfrentou dificuldades semelhantes na distribuição de seu produto voluntário Bima ya Jamii por intermédio de IMFs e SACCOs *(Ver Capítulo 18)*.

Tais riscos podem afetar a reputação da seguradora entre clientes existentes e potenciais investidores, reguladores e outras partes interessadas. Os riscos relativos à reputação da seguradora são atenuados com o alinhamento de interesses entre parceiro e seguradora. O parceiro também precisa gozar de boa reputação com os clientes para manter seus negócios. Os riscos podem ser identificados havendo uma

melhor formação do pessoal do parceiro, estruturação dos incentivos em torno da venda e manutenção das apólices, e monitoramento cuidadoso da qualidade do serviço prestado pelo parceiro.

19.4 Conclusão

A participação de seguradoras comerciais no mercado de microsseguro está crescendo a passos largos. Tendo em vista a natureza da indústria de seguros, as seguradoras comerciais estão bem posicionadas para contribuir para o desenvolvimento do microsseguro em uma indústria global sustentável e para a ampliação do acesso ao seguro para o mercado de baixa renda. O vasto mercado inexplorado oferece uma oportunidade clara para as seguradoras comerciais expandirem seus negócios de forma rentável para elas próprias e para seus clientes, mas, para isso, é importante considerar as seguintes recomendações:

- **Equilibrar os objetivos:** produtos orientados exclusivamente pela motivação de lucro e desvinculados de qualquer preocupação com as necessidades do cliente seriam, na melhor das hipóteses, polêmicos, em um negócio destinado a famílias de baixa renda que não estão familiarizadas com produtos de seguros. Os objetivos sociais são percebidos como sendo um bom motivo, mas também, muitas vezes, não conseguem alcançar escala em um empreendimento comercial, uma vez que não estão respaldados pelos programas de incentivo e medidas da companhia ou alinhados a eles. Colocar ênfase indevida em qualquer objetivo limita o grau de envolvimento que uma seguradora comercial pode ter com uma variedade mais ampla de parceiros comerciais. Seguradoras bem-sucedidas encontram um equilíbrio entre os objetivos financeiros, inovadores e sociais do microsseguro a fim de que o negócio cresça em curto prazo e seja rentável em médio e longo prazo.
- **Dar-se permissão para inovar:** o sucesso é alcançado por meio de um processo de aprendizagem iterativo em que as iniciativas são ajustadas ao tempo com base no desempenho e *feedback* do mercado *(ver Capítulo 21)*. As seguradoras precisam fazer um investimento comprometido e tentar coisas novas no desenvolvimento da linha de negócios, mantendo boas práticas comerciais. As seguradoras também precisam ter em mente as perspectivas de longo prazo para atingir viabilidade comercial, alcançar escala e construir um mercado de microsseguro estável criando estratégias e estruturando iniciativas em microsseguro.
- **Não aprender, aprender a errar?** No microsseguro, como em todas as inovações, o fracasso pode vir de várias formas – e resultar em prejuízos financeiros para uma companhia de seguros ou em uma atuação social que não atenda às expectativas do segurado. Medir o desempenho em relação à meta é importante e precisa ser uma ação objetiva. As companhias devem estruturar seus projetos para proteger os principais negócios dos efeitos da experimentação e aprender as lições certas o mais rapidamente

possível. Embora as grandes companhias disponham de capital suficiente para cometer alguns erros, se elas não aprenderem com esses erros, seu compromisso será em vão.

- **Aprender e adaptar em termos de local:** o seguro para o mercado de baixa renda depende, em grande parte, de fatores locais, ou seja, riscos enfrentados pelo mercado, disponibilidade de parceiros e regulamentação de seguro. O crescimento costuma ser alcançado pelo sucesso de iniciativas locais. O sucesso no mercado de microsseguro, portanto, mais parece uma pequena gota de sucesso em iniciativas individuais, e não a abertura das comportas de uma represa quando uma única inovação muda a cara do microsseguro para seguradoras comerciais. Uma carteira de iniciativas menores pode superar em desempenho investimentos substanciais em um único esforço quando o objetivo é inovação.
- **Aprender e replicar:** por outro lado, os principais processos, produtos e até mesmo parceiros oferecem uma enorme oportunidade para a replicação em vários mercados. Fatores de sucesso podem ser aplicados em diferentes contextos, mas costumam ser aplicados de forma diferente, dependendo das condições locais. Os desafios de escala, acesso, falta de dados, e até técnicas de vendas, são totalmente comuns para a maioria dos países e regiões, se não para todos, dando uma vantagem de aprendizagem distinta a uma seguradora capaz de coordenar ou direcionar esforços em vários mercados.
- **Criar e modelar ativamente o mercado:** o microsseguro requer um "ecossistema" em torno do cliente final. Grandes seguradoras dispõem de recursos e poder de convocação para unir diferentes *players*. Ao estabelecer os canais de venda, as companhias de seguros devem ter como alvo uma participação ativa e corresponsabilidade do parceiro –certificando-se de que a organização conhece os princípios básicos do produto e apoia a criação de um mercado de microsseguro viável em termos comerciais. Da mesma forma, as seguradoras podem crescer exponencialmente quando aprendem novos métodos com seus parceiros.
- **Compromisso de criar um ambiente propício:** declarações formais de formuladores de políticas – como o G-20 – influenciam os órgãos normatizadores. Abordagens regulatórias proativas e inclusivas estão sendo desenvolvidas em muitos mercados emergentes com o intuito de apoiar a expansão do microsseguro. A Iniciativa Acesso ao Seguro, da International Association of Insurance Supervisors e agências internacionais de desenvolvimento estão trabalhando ativamente para estabelecer um ambiente propício para o microsseguro. Estar a par de tais discussões, ou mesmo participar delas, pode ajudar no desenvolvimento de um setor de seguros mais inclusivo.

20 Sinergias entre Estado e mercado: Inspirações a partir do sucesso do microsseguro na Índia

Rupalee Ruchismita e Craig Churchill

Os autores querem agradecer aos vários revisores por seus comentários e orientações, incluindo K. Gopinath (IFFCO-Tokio), Thomas Mahl (Munich Re), Florian Mayr (Munich Re), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Arman Oza (consultor independente), Pranav Prashad (OIT) e Markus Ruck (OIT). O estudo se baseia em entrevistas com Gunaranjan (Yousee), Anuj Khumbat (WRMS), Asha Ramaswamy (SBI Life), Kumar Shailabh (Uplift), Dr. Suresh DJ (Yeshasvini), Dr. Manjunath (SKDRDP), Suresh Krishna (Grameen Koota), e os autores também gostariam de agradecer a eles pelo tempo que dedicaram a este estudo. Os autores reconhecem o apoio de Kunal Gautam ao disponibilizar o banco de dados Micro Insurance Map.

A Índia é o líder mundial de inovação em microsseguro. O contexto indiano reúne uma série de fatores que contribuem para a melhoria do gerenciamento de risco para as famílias de baixa renda, dirigindo, de forma eficaz, a interseção entre inclusão financeira nos mercados de seguro e alcance da proteção social para trabalhadores da economia informal, incluindo:

- **Investimento público em redes de segurança:** 2,1 por cento de seu produto interno bruto (PIB) é a participação da Índia nos gastos públicos com redes de segurança, percentual maior do que o da maioria dos países de baixa e média renda (Weigand e Grosh, 2008). O crescimento econômico da Índia permitiu uma expansão em proteção social desde meados da década de 2000, particularmente por meio de programas de seguro saúde em massa.
- **Parcerias público-privadas:** para apoiar o alcance da cobertura de seguro para populações abaixo da linha de pobreza (BPL, na sigla em inglês), o governo contratou companhias de seguros públicas e privadas para gerir programas subsidiados pelo Estado.
- **Incentivar por meio de subsídios:** os governos estaduais e federal da Índia subsidiaram alguns produtos de seguros para apoiar atividades produtivas por parte de famílias de baixa renda, tornando-as mais viáveis financeiramente, com uma preferência especial para agricultura e pecuária.
- **Inovações orientadas por quota:** as companhias de seguros são obrigadas pela Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) a alocar um percentual de sua carteira nos "setores rural e social". Atender a esses mercados exigiu novas abordagens, levando a inovações importantes.
- **Regulamentação do microsseguro:** em 2005, a IRDA promulgou a "Regulamentação do Microsseguro", o que reduziu as exigências de certificação para ser um agente de microsseguro e definiu um produto de microsseguro. Essa regulamentação facili-

tadora legalizou canais de distribuição alternativos para permitir que as seguradoras diversificassem seus métodos de distribuição.

- **Grandes seguradoras de propriedade do governo:** apesar do rápido crescimento de companhias de seguros privadas, o mercado ainda é dominado por grandes empresas públicas com autorização e infraestrutura para assistir o pobre.
- **Agregadores ativos:** cerca de 90 por cento da força de trabalho está empregada na economia informal ou "setor informal" na Índia. Todavia, há, de fato, um alto grau de organização no setor informal por meio de organizações não governamentais (ONGs), instituições de microfinanças (IMFs), grupos de autoajuda (SHGs[1]), cooperativas e outros agregadores. Esses intermediários potenciais, muitas vezes, são absolutamente descartados para seguro, e alguns ainda assumem, eles próprios, o risco fora do campo de ação do supervisor de seguros.
- **Grande mercado de baixa renda:** de uma população de 1,3 bilhão no total, 42 por cento de famílias rurais e 26 por cento de famílias urbanas vivem abaixo da linha da pobreza (Tendulkar et al., 2009). Essas famílias, bem como as famílias rurais economicamente ativas acima da linha da pobreza, oferecem às seguradoras um enorme mercado potencial e a perspectiva de alcançar economias de escala.

A convergência desses fatores, todos em um país muito grande, cria um ambiente dinâmico para o desenvolvimento do microsseguro. A seção 20.1 oferece uma visão geral das indústrias de seguros gerais e de vida na Índia, em particular, no que diz respeito ao seu alcance nos setores rural e social. A segunda seção considera as inovações em produtos específicos que permitiram aos seguros de pecuária, agrícola, vida e saúde se tornarem importantes para os mercados de baixa renda. A seção 20.3 descreve os canais comumente usados para distribuir seguro para o pobre. O capítulo termina com um resumo dos principais fatores que contribuíram para o desenvolvimento do microsseguro na Índia, o que pode fornecer informações para profissionais e formuladores de políticas interessados em melhorar a proteção social e aumentar a inclusão financeira em outros países.

[1] Um grupo de autoajuda (SHG) é um grupo do vilarejo, em geral composto de 15 a 20 mulheres do local. Os membros fazem pequenas contribuições regulares em poupança durante alguns meses, até que tenham capital suficiente para começar a emprestar dinheiro umas às outras. Os SHGs são comuns na Índia, porque foram promovidos pelo National Bank for Agriculture and Rural Development (NABARD). Por intermédio do programa associado ao banco de SHG do NABARD, os SHGs com um histórico de pagamentos regulares com seu capital próprio podem conseguir outros financiamentos de bancos com refinanciamento do NABARD. O NABARD estima que há 2,2 milhões de SHGs na Índia, o que representa 33 milhões de membros, que contraíram empréstimos de bancos ao abrigo desse programa. Este valor não inclui SHGs que não contraíram empréstimos de bancos (Relatório Anual NABARD, 2011).

20.1 Visão geral da indústria

Em 1999, a IRDA, a autoridade reguladora recém-criada, abriu o mercado de seguros, antes estatizado, às seguradoras privadas e aos investimentos estrangeiros. Coerente com as exigências impostas às seguradoras públicas, a IRDA obrigou todas as seguradoras privadas a alocarem um determinado percentual de suas carteiras nos setores rural e social, usando a lógica descrita pelo então Presidente da IRDA como "familiaridade forçada" *(ver Caixa 20.1)*.

Caixa de Texto 20.1

Obrigações dos setores rural e social

A IRDA emitiu a notificação "Obrigações nos Setores Rural e Social" para todas as seguradoras em 2002. As obrigações exigem que 7 por cento do total de vidas seguradas pelas seguradoras sejam do setor rural, aumentando anualmente para chegar a 16 por cento até o quinto ano. Para as seguradoras de seguros gerais, as obrigações rurais começam a partir de uma meta de 2 por cento do seu prêmio segurado no primeiro ano, chegando a sete por cento no décimo ano. As metas do setor social para todas as seguradoras começam com 5.000 vidas seguradas no primeiro ano, subindo progressivamente para 55.000 vidas no décimo ano de operação (IRDA, 2008).

Segundo Rao, ex-presidente da IRDA, esta "familiaridade forçada" com o risco rural incentivará as seguradoras a descobrirem modelos de negócios rentáveis para atender a este segmento de mercado e, nos anos seguintes, elas aumentarão, voluntariamente, seus investimentos e ampliarão o alcance às famílias de baixa renda. Embora algumas seguradoras considerem suas obrigações como um custo de fazer negócios, outras têm validado este argumento ultrapassando regularmente suas metas nos setores rural e social.[2]

Fonte: Autores.

A indústria de seguros indiana experimentou um crescimento expressivo desde sua abertura para empresas privadas, com 19 companhias de seguros gerais e 23 de vida, começando desde 2000. Nos últimos anos, a carteira de microsseguro cresceu ainda mais rápido do que as linhas tradicionais das seguradoras. Sem contar a cobertura nos programas de seguro saúde em massa do Governo *(ver seção 20.2.4)*, em 2009-10[3] um

[2] Neste capítulo, os dados relatados em "Obrigações nos Setores Rural e Social" são usados como um *proxy* para microsseguro, embora nem todas as companhias de seguro rural estejam concentradas exclusivamente em comunidades vulneráveis. Quando disponíveis, os dados de microsseguro, referentes a produtos registrados no documento Micro-Insurance Regulations, 2005, são usados para melhorar ainda mais a avaliação das metas.

[3] O ano fiscal indiano inicia em 1º de abril e termina em 31 de março; portanto, todos os dados são apresentados considerando os dois anos.

número estimado de 163 milhões de pessoas de baixa renda tinham algum tipo de seguro.[4] Este alcance incomparável foi conseguido por uma variedade de abordagens com seguradoras públicas e privadas e companhias de seguros gerais e de vida, indo por caminhos diferentes para atender ao mercado de baixa renda.

Além das metas regulatórias, o crescimento foi impulsionado pela disposição do Governo de fornecer subsídios para promover o acesso a uma gama de produtos, conforme resumido na Tabela 20.1. Embora a maior parte dos programas subsidiados enfrentem desafios no microsseguro, como a "disposição e capacidade para pagar" e o "conhecimento limitado", alguns subsídios são mais bem desenhados do que outros. Por exemplo, um prêmio integralmente subsidiado pode não ser apropriado, uma vez que ele não permite que os pagamentos do usuário apontem o valor para o cliente e, portanto, pode resultar em produtos e *players* ineficientes. Metas inadequadas, quando os produtos subsidiados estão disponíveis para clientes que podem pagar, também desestimulam soluções baseadas no mercado. Isso se aplica, em particular, a muitos programas de seguros subsidiados distribuídos por intermédio de redes bancárias que oferecem "crédito direcionado", o que é subsidiado e pretendido para fins específicos (por exemplo, compra de cabeças de gado) e/ou para determinados grupos alvo (por exemplo, membros de SHGs), mas, na verdade, não é um meio especialmente eficaz de visar o pobre.

Os alvos prioritários e a disponibilidade de subsídios de prêmio financiados pelo Estado para empresas privadas contribuíram expressivamente para o desenvolvimento de suas carteiras rurais. No entanto, as intervenções do governo não são a única explicação para as carteiras rurais das seguradoras privadas. Algumas também têm interesse na vantagem de ser pioneira, construindo sua marca no mercado de baixa renda, reconhecendo que milhões de pobres rurais da Índia não ficarão pobres por muito tempo. Uma das melhores maneiras de se distinguir das seguradoras públicas, cujas marcas já são sólidas, é por meio de inovações. Tais inovações são particularmente poderosas se não apenas ajudarem os *players* privados a assumirem com eficiência os riscos rurais, mas também proporcionarem lições que podem beneficiar as linhas de negócios das seguradoras tradicionais.

Esta seção ressalta algumas das principais diferenças entre o alcance do microsseguro das companhias de seguros gerais e de vida, utilizando principalmente dados do setor rural como um *proxy* para avaliar o desempenho no atendimento das famílias de baixa renda.

[4] Estas são estimativas aproximadas com base em dados publicados de programas do Estado e do alcance das companhias de seguros por outros modelos. O alcance mencionado aqui não inclui cerca de 300 milhões pessoas de baixa renda cobertas pelos programas de saúde de massa, conforme descrito na seção 20.2.4.

Tabela 20.1

Fazer os subsídios funcionarem

	Morte natural e acidental (para membros de SHGs)	*Morte natural e acidental (para trabalhadores sem terra)*	*Pecuária (para mortalidade)*	*Agrícola (produção por área)*	*Agrícola (indicador meteorológico)*
Programa	Janashree Bima Yojana (JBY)	Aam Admi Bima Yojana (AABY)	Livestock Insurance Scheme (LIS)	Programa National Agriculture Insurance Scheme (NAIS)	Weather-based Crop Insurance Scheme (WBCIS)
Ano de lançamento	2000	2007	2006	1999	2007
Seguradora	Life Insurance Corporation of India (LIC)	LIC	Diversas, a maioria seguradoras públicas	Agriculture Insurance Corporation (AIC)	Inicialmente apenas AIC, mas hoje várias seguradoras privadas
Subsídio	50 por cento de subsídio de prêmio mais bolsa de estudo para estudantes do ensino médio	Prêmio subsidiado integralmente pelo Governo federal	50 por cento de subsídio de prêmio	Subsídios de prêmio podem variar por cultura agrícola e estado até 80 por cento; financimento 50 por cento pelo Governo federal e 50 por cento pelo Governo estadual. Subsídio de sinistro: sinistros agregados que excedem o prêmio são cobertos pelo Governo (resseguro implícito)	Subsídios de prêmio variam por cultura agrícola e estado até 80 por cento
Alcance	130 milhões de vidas (2009-10)	7 milhões de famílias (2008-09)	Aproximadamente 1 milhão de cabeças de gado (2005-08) em 100 distritos selecionados	19 milhões de agricultores (2008-09)	9 milhões de agricultores (2001-11)
Principal canal de distribuição	Bancos por intermédio de programa associado ao banco de SHG	Programas de governo e programas associados a crédito de bancos rurais regionais	State Livestock Development Board (SLDB) e State Animal Husbandry Department (SAHB)	2/3 dos segurados são membros de programas associados a crédito de bancos rurais regionais; crédito para cultura agrícola de curto prazo é segurado	Principalmente programa associado a crédito de bancos rurais regionais substituindo NAIS em distritos onde é oferecido

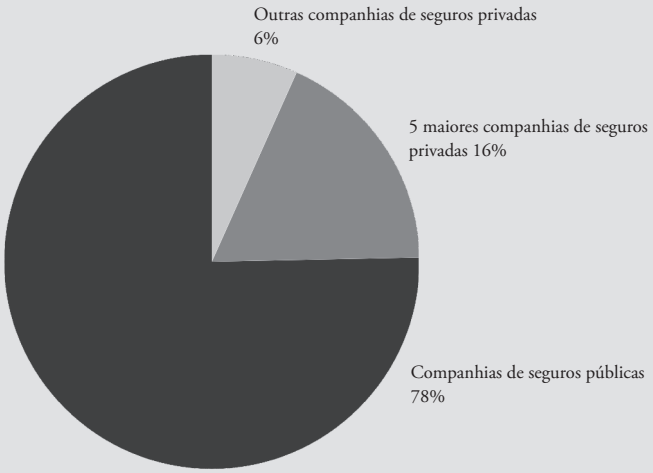
Fonte: Adaptado de várias fontes, disponível em Micro Insurance Map, 2011. O Micro Insurance Map é um banco de dados disponível, localizado em www.microinsurancemap.com, repleto de estatísticas sobre microsseguro na Índia, administrado pelo Centre for Insurance and Risk Management (CIRM).

20.1.1 Companhias de seguros gerais

Dos US$8 bilhões de prêmios de seguros gerais cobrados em 2009-10, 17 por cento eram dos setores rural e social. Em 2009-10, dez seguradoras ultrapassaram suas metas previstas, enquanto apenas uma não atingiu sua meta rural. Além disso, a carteira rural cresceu a um ritmo mais acelerado, com um crescimento anual de 39 por cento comparado a 19 por cento de crescimento de toda a indústria.

Com um histórico maior e quotas mais elevadas do que as seguradoras privadas, as cinco seguradoras públicas são *players* maiores nos setores rural e social. Em 2009-10, as seguradoras públicas – AIC, United India, New India, National and Oriental – tinham uma participação de mercado de 78 por cento, cobrindo principalmente riscos agrícolas, de pecuária e saúde. As cinco maiores seguradoras privadas detinham juntas 16 por cento do mercado. As outras 14 companhias de seguros gerais geraram apenas 6 por cento de US$1,3 bilhão de prêmio dos setores rural e social *(ver Figura 20.1)*. No entanto, a participação de mercado das seguradoras privadas cresceu de forma regular de pouco menos de 12 por cento (cerca de 4 milhões de riscos cobertos) em 2004-05 para 22 por cento (cerca de 13 milhões de riscos cobertos) em 2009-10, indicando que os *players* privados estão assumindo mais riscos rurais, ainda que eles careçam da infraestrutura rural das seguradoras públicas.

Figura 20.1 **Total de prêmios dos setores rural e social das companhias de seguros gerais (2009-10)**



Fonte: Micro Insurance Map, 2011.

20.1.2 Companhias de seguros de vida

Os prêmios de seguro de vida no setor rural totalizaram 2,5 por cento (US$1,5 bilhão) dos US$59 bilhões do total de prêmios de vida em 2009-10. Apenas uma seguradora de vida não alcançou suas metas rural e social estabelecidas, enquanto cinco ultrapassaram suas metas.

Como *player* mais antigo e maior, a única seguradora pública de vida da Índia, a Life Insurance Corporation (LIC), detém cerca de 76 por cento de todo o mercado de seguro de vida. A LIC é obrigada pelos reguladores a manter uma meta rural especial de 25 por cento do seu total anual de vidas seguradas. Em 2009-10, a companhia foi responsável por 95 por cento do total de prêmios de microsseguro de vida, atribuídos à sua entrada no mercado mais cedo, ao seu exército de agentes individuais e, mais recentemente, ao acesso exclusivo a produtos de microsseguro subsidiados pelo Estado. O enorme alcance no mercado rural pela LIC é rivalizado apenas pelos produtos da Rural Postal Life Insurance (RPLI) dos Correios, que se beneficia de ter a maior rede postal do mundo, incluindo 150.000 agências de correios.

Em 2009-10, os produtos de microsseguro da LIC, que são um subconjunto de sua carteira muito maior de seguro rural, foi responsável por aproximadamente US$84 milhões em prêmios.[5] A segunda maior carteira de microsseguro é da Aviva Life, com US$1,9 milhão, comprovando a participação de mercado maciça da seguradora estatal. No entanto, as seguradoras privadas estão expandindo, considerando que elas crescem para manter seu *compliance* com suas metas rurais crescentes e, apesar de hoje os produtos registrados como "microsseguro" não serem aqueles que mais contribuem para esta carteira, elas estão crescendo a um ritmo acelerado.

Uma diferença importante entre a LIC e as seguradoras privadas reside em seus modelos de distribuição. Embora a LIC conte com uma ampla rede de agentes individuais, um legado histórico que não pode ser considerado uma "boa prática" para o microsseguro hoje em dia, as seguradoras privadas costumam oferecer produtos associados a crédito que alcançam famílias de baixa renda por intermédio de IMFs e cooperativas. A SBI Life é diferente porque sua carteira rural pode ser atribuída ao modelo bancassurance; ela explora a ampla infraestrutura rural de sua empresa controladora, o State Bank of India, o maior banco comercial do país, para alcançar os mutuários do programa associado a banco de SHG. A distribuição do produto é discutida mais detalhadamente na seção 20.3.

[5] Considerando que dados precisos sobre a carteira rural das companhias de seguros de vida não estão disponíveis, esta estimativa se baseia na meta para a carteira rural estabelecida em 25 por cento do total de sua carteira.

20.2 Produtos

Nos últimos anos, a Índia testemunhou uma explosão de novos produtos que cobrem os riscos prioritários das famílias de baixa renda. Esta seção destaca algumas das inovações surgidas nas linhas de seguro de pecuária, agricultura, a saúde.

20.2.1 Seguro de pecuária

O sustento de cerca de 100 milhões de indianos provém da pecuária, como sua fonte primária ou secundária de renda. Apesar deste enorme mercado, apenas 7 por cento dos animais do país são segurados. A criação de vacas e búfalos é uma forma de subsistência mais arriscada do que a agricultura, porque a morte de um animal causa a erosão permanente do ativo, não apenas uma perda de renda sazonal. A economia da pecuária pode ser dividida em duas categorias: a) animais de grande porte, principalmente bovinos para produção de leite; e b) pequenos animais como cabras, carneiros e galinhas. Alguns produtos estão disponíveis para o último grupo, embora os proprietários de pequenos animais, muitas vezes, sejam comunidades mais vulneráveis, como tribos nômades.

Desde 1971, o Governo vem catalisando o mercado de seguros de pecuária por intermédio da Small Farmers' Development Agency (SFDA), que introduziu vários programas para os agricultores que criam gado ao longo dos anos. Historicamente, o seguro de pecuária tem sido oferecido como um produto compulsório, associado a empréstimos bancários com 50 por cento de subsídio do prêmio. A distribuição voluntária por meio de venda direta tem 10 por cento de subsídio de prêmio; no entanto, tem alto potencial de crescimento considerando o surgimento de fábricas de laticínios privadas, agregadores potenciais que recebem um incentivo para investir na proteção da subsistência de seus produtores responsáveis pelo abastecimento de leite (Sharma et al., 2009).

Em 2004-05, em torno de 80 por cento dos 7,9 milhões de cabeças de gado seguradas eram cobertas por seguradoras públicas, em especial a United India, a maior seguradora no ramo da pecuária. Apesar da sua posição dominante no mercado, as seguradoras públicas introduziram algumas modificações no desenho do produto. Ainda que o Governo permitisse que as seguradoras privadas se beneficiassem da carteira associada ao crédito rural subsidiado, poucas seguradoras privadas tentaram cobrir este *pool*. Em 2007, após a IRDA ter eliminado as restrições sobre taxas de prêmio, seis seguradoras privadas ingressaram no mercado de seguros de pecuária, introduzindo novos produtos e processos, com o intuito de descobrir um negócio rentável.

Mesmo com subsídios, os prêmios da cobertura de pecuária representam menos de 1 por cento do total de prêmios do setor rural. Além dos desafios resumidos no capítulo 12 – que incluem altos custos de operação, fraude e risco moral – a precificação do seguro de pecuária é complicada em face de falta de dados sobre mortalidade de raças regionais e de informações limitadas sobre o valor presente líquido, o que é

necessário para estabelecer a importância segurada. Neste aspecto é grande o espaço para melhoria no desenho do produto, que, em geral, é limitado ao prazo de um ano e associado a empréstimos, e não às fases de produtividade do gado; esses riscos cobertos estão limitados à morte do animal e a cobertura de pecuária é notória pelos procedimentos complexos de pagamentos dos sinistros – o que inibe a demanda.

O maior desafio do seguro de pecuária reside nos coeficientes de sinistros altos, muitas vezes superiores a 100 por cento, o que é agravado pela fraude em dois níveis. Em termos do cliente, por exemplo, quando os agentes de seguro fornecem ao proprietário etiquetas auriculares para identificar o animal segurado, o proprietário pode não marcar o gado, o que possibilita, efetivamente, que a família segure o rebanho inteiro pelo custo de um animal. Por outro lado, os proprietários podem cortar as orelhas etiquetadas de animais vivos e apresentá-las nas reclamações de sinistros. O segundo nível envolve fraude por intermediários, incluindo agentes e bancos. Por exemplo, se o empréstimo é utilizado para outros fins que não comprar gado, os funcionários do banco podem reter a etiqueta para este "documento da vaca" e, em seguida, enviá-lo na reclamação de um sinistro em caso de morte de um animal sem seguro. Os veterinários também podem ser um acessório para fraudar em qualquer nível, fornecendo atestados de óbito falsos mediante um pagamento adicional (Sharma et al., 2009).

Para controlar a fraude, as seguradoras estão experimentando várias estratégias. Por exemplo, a IFFCO-Tokio introduziu etiquetas de identificação por dispositivo de radiofrequência (RFID) e mudanças correspondentes em seus processos operacionais a fim de melhorar a identificação dos animais segurados, distribuídas pelas cooperativas *(ver Caixa de Texto 12.2)*. Como consequência, experimentou-se uma taxa de incidência de 0,8 por cento, que é substancialmente menor do que a média da indústria de quatro por cento. Durante um teste piloto de dois anos, apenas quatro sinistros foram recusados, enquanto 117 sinistros foram liquidados de um total de 15.080 cabeças de gado seguradas. Da mesma forma, a HDFC Ergo está testando uma variedade de características inovadoras para reduzir sinistros. Além de controlar a fraude com o uso de RFID e fotografias, a seguradora colabora na prestação de serviços de redução de risco, como vacinação, desvermifugação e enriquecimento de forragens, visando reduzir a morte de gado e melhorar a produtividade (Joseph e Ruchismita, 2011).

20.2.2 Seguro Agrícola

A participação do PIB indiano na agricultura, embora em declínio, continua expressivo em torno de 18 por cento (em 2008), e o setor emprega mais de 60 por cento da força de trabalho. A necessidade de proteger os agricultores contra riscos e rendimentos irregulares tem sido preocupação constante dos formuladores de políticas nacionais. A Índia detém 116 milhões de propriedades agrícolas em operação que cobrem 163 milhões de hectares, com uma grande maioria sendo de porte pequeno e insignificante. Aproximadamente 80 por cento dos agricultores operam em menos de 2 hectares, e uma parcela expressiva dessas famílias está abaixo da linha da pobreza (GFDRR e Banco Mundial, 2011). Considerando que apenas 40 por cento da área

bruta de cultura agrícola da Índia é irrigada, os agricultores são particularmente vulneráveis a condições climáticas adversas, pontuadas por notícias periódicas de suicídios de agricultores durante os anos de seca. Esta seção primeiro descreve o seguro da produção de área promovido pelos programas de governo e apresenta o seguro com base em indicadores meteorológicos, inicialmente lançado pelo setor privado e agora também oferecido como um programa de governo.

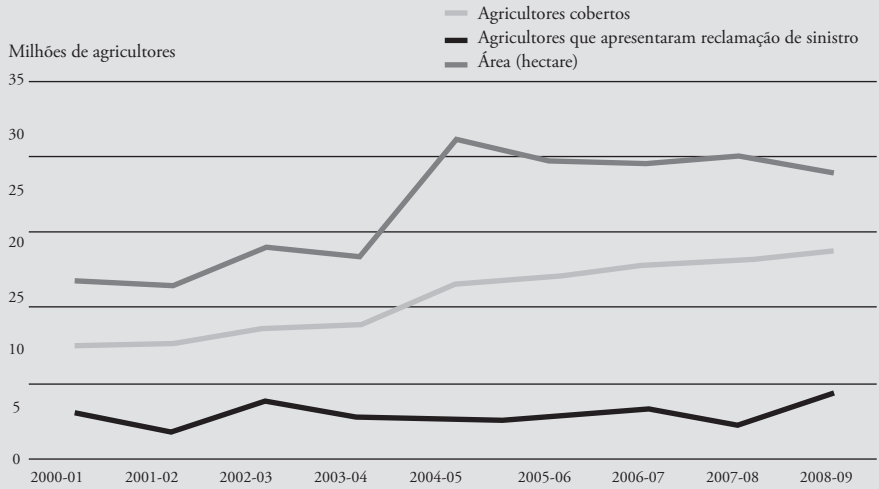
Seguro de produtividade

A grande maioria de propriedades agrícolas da Índia cultiva culturas agrícolas irrigadas pela chuva e é particularmente vulnerável aos caprichos das monções indianas. Durante a década que termina em 2009, cerca de 350 milhões de pessoas foram afetadas pela seca na Índia (GFDRR e Banco Mundial, 2011). Para proteger os agricultores contra riscos agrícolas, o Governo tem, historicamente, contado com duas intervenções: a) apoio ao preço mínimo; e b) seguro agrícola subsidiado via indicadores de produtividade. O governo patrocinou o Comprehensive Crop Insurance Scheme (CCIS), introduzido em 1985-86 e substituído pelo National Agriculture Insurance Scheme (NAIS) em 1999. Subscrito pela AIC, o NAIS é, em geral, distribuído por bancos rurais como um produto compulsório vinculado a empréstimos agrícolas subsidiados *(ver Tabela 20.1)*.

Considerando que agricultores plantam várias culturas agrícolas para diversificar seu risco, o produto multissafra do NAIS tenta garantir que a renda agrícola total dos agricultores seja melhor do que a cobertura agrícola do CCIS. O indicador do NAIS se baseia nas grandes produções agrícolas individuais que são cultivadas na área, pesadas de acordo com o tamanho da área em acres. Ele compara desvios em produções agrícolas históricas naquele local e trata todos os agricultores em seu perímetro definido como idênticos em termos de riscos e sinistro. Até 2009, o NAIS havia coberto 19 milhões de agricultores e 26 milhões de hectares, abrangendo aproximadamente 16 por cento de terras cultivadas *(ver Figura 20.2)*. O programa foi eficaz ao alcançar pequenos agricultores: o prêmio médio por agricultor segurado ultrapassou ligeiramente INR400 (US$9). Quanto aos latifúndios, a área média segurada por agricultor reduziu de 1,6 hectares em 2000-01 para 1,4 hectares em 2008-09, sugerindo que o programa cobre mais agricultores pequenos e sem expressão (GFDRR e Banco Mundial, 2011).

Figura 20.2

Aumento da cobertura do NAIS (2001-09)



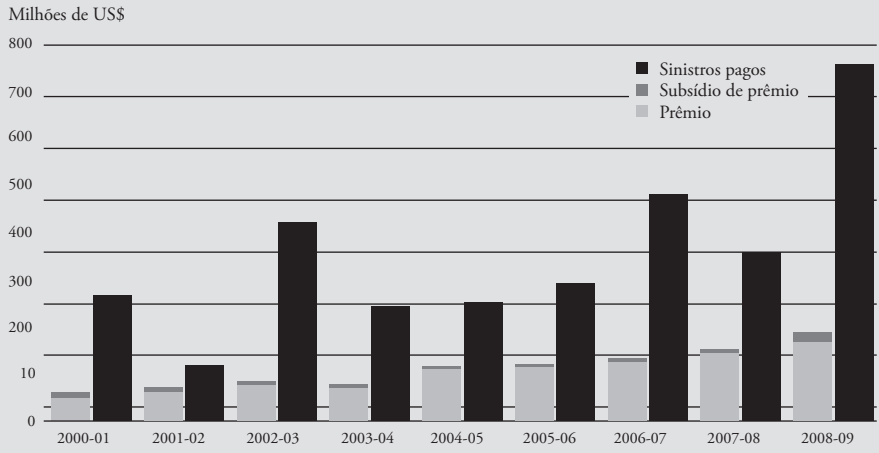
Fonte: Micro Insurance Map, adaptado da AIC, 2009.

Apesar dessas vantagens, um programa que usa um indicador, em vez dos sinistros reais de um agricultor, está sujeito ao risco de base *(ver seções 4.3.2 e 11.1)*. Embora a abordagem de indicador seja mais rentável do que avaliar a perda de cada propriedade agrícola, os programas de produtividade ainda envolvem altos custos de mão de obra para colocar em prática as iniciativas de corte das culturas agrícolas no local para medir a produção. Na Índia, esta medida é feita por agências do governo, o que reduz o custo para a seguradora; entretanto, a seguradora não pode controlar o processo de avaliação da perda. O envolvimento da outra parte também contribui para atrasos substanciais nos pagamentos dos sinistros (Sinha, 2007).

A seguradora AIC recebe subsídios de prêmios e sinistros do Governo para manter o produto financeiramente viável para o agricultor. Embora o NAIS ofereça cobertura limitada para os agricultores, o produto ainda registra pagamentos altos de sinistros e, de forma inerente, não é sustentável, conforme demonstrado na Figura 20.3 –, daí a necessidade de resseguro implícito por meio de subsídios de sinistros do governo.

Embora o NAIS continue a ser o maior programa de seguro agrícola, seu crescimento é inibido pelas limitações discutidas anteriormente. O Governo está testando uma nova abordagem, o Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS), que tem características marcantes para torná-lo mais importante para os agricultores, bem como atraente para seguradoras privadas. O MNAIS está descrito na Caixa de Texto 20.4, no final desta seção, mas primeiro é necessário apresentar o seguro com base em indicadores meteorológicos.

Figura 20.3 **Desempenho do NAIS (2001-09) (em US$ milhões)**



Fonte: Micro Insurance Map, adaptado da AIC, 2009.

Seguro com base em indicadores meteorológicos

A participação do setor privado no seguro agrícola tinha, inicialmente, tomado a forma de cobertura com base em indicadores meteorológicos. Conforme descrito na Caixa de Texto 4.1, em 2003 o Banco Mundial apoiou a ICICI Lombard e sua parceira de distribuição BASIX a lançar o primeiro contrato de seguro com base em indicadores meteorológicos da Índia, um produto que efetuava os pagamentos aos agricultores com base na precipitação registrada (ou outros parâmetros meteorológicos) e não nas perdas reais.

O sucesso do setor privado em atender às necessidades específicas dos agricultores com um modelo de negócios rentável levou o Governo a fornecer subsídios, disponíveis tanto para as seguradoras públicas quanto privadas, resultando em um aumento drástico na aceitação do produto. Quase dois milhões de agricultores foram cobertos pelo WBCIS, em 2009-10, que aumentou para nove milhões de agricultores indianos em 2010-11 (Kumar, 2011). Hoje, a Índia tem o maior e mais vibrante mercado de seguro com base em indicadores meteorológicos entre os países em desenvolvimento.

A evolução do mercado de seguros com base em indicadores meteorológicos pode ser descrita por uma análise de três tópicos: 1) desenho do contrato; 2) qualidade dos dados; e 3) modelos da distribuição, o que garante uma visão interessante e lições valiosas.

Desenho do contrato

Uma discussão importante é a trade-off entre os contratos precisos e complexos que são mais sensíveis aos riscos dos agricultores, em comparação aos produtos simples, mais facilmente conhecidos. Antes de 2008, os produtos mais simples eram dominantes, considerando que as vendas eram voluntárias e, portanto, o conhecimento

do agricultor era crucial. Esses contratos eram muito claros, mas raramente envolviam coberturas específicas para a fase da cultura agrícola. Os contratos para a fase da cultura agrícola abrangem riscos diferentes enfrentados durante a germinação, a fase vegetativa, a floração e a maturidade ou fase de colheita, e permitem diferentes coberturas e limites de pagamento para cada fase (*ver Caixa de Texto 20.2*). É uma escolha difícil, uma vez que os agricultores entendem melhor os contratos simples, mas se eles não puderem apresentar reclamações de sinistros durante os anos ruins, eles perderão a confiança e é improvável que renovem, o que é uma forte motivação para investir em contratos específicos para estágios do cultivo.

Caixa de Texto 20.2

Bilhetes meteorológicos para a época da colheita

A HDFC Ero, em colaboração com o International Food Policy Research Institute e o CIRM, está lançando um piloto com base em indicadores meteorológicos que tenta encontrar um equilíbrio entre produtos simples, fáceis de entender, e contratos mais precisos, porém mais complexos.

Nesse piloto, os contratos de seguro meteorológico são vendidos na forma de bilhetes que são para fases específicas do risco de cultura agrícola e indicam claramente o valor do pagamento. Usando uma abordagem de blocos de construção, o agricultor pode escolher o valor da cobertura, bem como o estágio da cultura agrícola a ser coberta, permitindo flexibilidade e escolha. Como os contratos são para fases de risco menores, os prêmios são mais baixos e considerados mais viáveis financeiramente.

Para a época de colheita, dois tipos de bilhetes estão disponíveis para cada um dos períodos de quatro meses. Ambos os bilhetes têm benefícios semelhantes, porém probabilidade diferente de pagamentos. O bilhete com probabilidade de pagamento mais elevado custa INR352 (cerca de US$8, equivalente a quatro dias de trabalho agrícola remunerado), enquanto que um bilhete com uma probabilidade menor está disponível por INR265 (cerca de US$6). O primeiro bilhete paga no caso de precipitação moderada, enquanto o outro paga no caso de precipitação em excesso, o que representa sinistros severos. Ambos os bilhetes permitem um pagamento de INR1,000 (US$22) por acre, quando o indicador atingir o valor "strike" de precipitação elevada, ou INR4,000 (US$88) por acre, quando o indicador atingir o valor "exit". Os agricultores podem escolher a severidade de um evento que eles querem cobrir, e para qual fase, permitindo a eles moldar sua própria cobertura com base nas restrições de liquidez e percepção do risco. O processo de escolha da sua própria cobertura cria uma melhor compreensão e transparência sobre quando e como um produto de seguro com base em indicadores funciona.

Cerca de 93 por cento dos contratos vendidos eram opções de alto valor. Isso indica a preferência dos agricultores por coberturas de risco moderadas, com probabilidade de pagamentos mais altos, mesmo com um custo inicial mais elevado. Conforme

estimado, as vendas nos três períodos de cobertura foram desiguais, com as maiores vendas no segundo período de cobertura. As escolhas do comprador indicam que uma abordagem personalizada poderia induzir a uma aceitação maior.

Fonte: Adaptado de CIRM, 2011.

Com melhores correlações de dados entre produção de culturas agrícolas e diferentes condições meteorológicas, a Índia se especializou a partir de seus anos piloto de condições climáticas únicas, em coberturas de uma cultura agrícola com correlações fracas em termos comparativos entre condições meteorológicas e culturas agrícolas. Hoje em dia, produtos com coberturas meteorológicas variadas são comuns, o que também permite o desenvolvimento de contratos com maior precisão. Na teoria, isso reduz o risco de base do agricultor. No entanto, um melhor desenho do produto pode não resultar em aumento da aceitação, porque a complexidade resultante pode impor um fardo sobre os canais de venda e distribuição *(ver Capítulo 13)*. Por exemplo, o produto de seguro multirrisco com base em indicadores meteorológicos para arroz desenvolvido pelo Weather Risk Management Services (WRMS) foi posteriormente substituído pelas coberturas de risco simples (temperatura e precipitação separadamente), que tornou a distribuição e a venda mais fáceis, ainda que tenha aumentado os custos de operação e limitado a cobertura de risco para o agricultor.

A outra preocupação com os dados é o prazo, quando um atraso no recebimento dos dados meteorológicos certificados pelas seguradoras leva a atrasos na liquidação dos sinistros. Algumas inovações tentaram uma abordagem de pagamento provisório imediato com base nos dados disponíveis para melhorar o tempo de resposta. Uma maneira adicional de melhorar o processo é a transferência de dados automaticamente a partir de estações meteorológicas para as seguradoras.

O seguro com base em indicadores meteorológicos também evoluiu para incluir uma gama mais ampla de culturas agrícolas, como, por exemplo, coentro e uvas, e outros parâmetros meteorológicos, como geada em pomares. Tais inovações são igualmente valiosas para um número limitado de riscos que não são agrícolas, conforme ilustrado na Caixa de Texto 20.3.

Nem toda evolução de produto foi positiva. Por exemplo, houve uma alteração nos períodos de pagamento dos sinistros, resultando em produtos com menos valor para o cliente. Nos anos de lançamento, os sinistros eram liquidados após cada fase da cultura agrícola, mas agora os pagamentos muitas vezes ocorrem no final da estação, devido à infraestrutura financeira limitada e o alto custo de alcançar os agricultores. A principal vantagem de um contrato de seguro com base em indicadores meteorológicos deve ser sua capacidade de efetuar pagamentos imediatos para ajudar os agricultores a pagar pelas medidas corretivas paliativas, tais como aluguel de bombas de água para reduzir as perdas reais das culturas agrícolas. Portanto, os prazos de pagamento mais curtos devem ser mantidos com pagamentos efetuados via mecanismos de transferência pecuniária de baixo custo.

Caixa de Texto 20.3

Indicadores meteorológicos para grupos não agrícolas

Seguro de laca para populações indígenas

Com o apoio do Department of Tribal Affairs, as ONGs BASIX e PRADAN, WRMS e ICICI Lombard desenvolveram um produto específico para as tribos que produzem laca, uma resina natural secretada por insetos que se desenvolvem em determinadas árvores. A laca, uma fonte de renda altamente lucrativa para os moradores da floresta, é usada para fazer joias, vernizes, tintas e cera de selagem.

Durante seu curto ciclo de produção, as larvas dos insetos são vulneráveis a súbitas variações de temperatura. O indicador meteorológico é acionado pela variação da temperatura, ao contrário de outros contratos que cobrem principalmente condições extremas. O pagamento dos sinistros é efetuado imediatamente para permitir que o segurado compre mais larvas a tempo para um segundo ciclo de cultura. Isso é conceitualmente semelhante a uma "cobertura da semente no período de semeadura" em um contexto agrícola, o que proporciona sementes de substituição, caso a precipitação seja escassa durante a fase de semeadura.

Seguro de sal para trabalhadores de salinas

Em outro exemplo de cobertura não agrícola com base em indicadores meteorológicos, as seguradoras IFFCO-Tokio e ICICI Lombard se reuniram para oferecer um contrato único, desenvolvido pela WRMS para trabalhadores de salinas. As salinas, principalmente em áreas costeiras, são campos onde a água salgada é espalhada por trabalhadores sazonais para secar e produzir sal. Os trabalhadores de salinas, normalmente, são trabalhadores sem terra que pertencem a classes sociais e econômicas mais baixas.

Este contrato para cobertura de excesso de precipitação é único porque seu desenho tem zero de risco de base. Há 100 por cento de correlação entre os sinistros dos agricultores e excesso de precipitação, à medida que o sal seco se dissolve quando exposto à chuva. Esses contratos com base em indicadores meteorológicos têm um valor muito alto para o cliente. No entanto, após dois anos, o produto foi interrompido, ainda que houvesse interesse substancial dos agricultores depois de sinistros catastróficos devido ao Ciclone Laila. As seguradoras não conseguiram agregar produtores de sal no país para alcançar escala, de modo que o programa não foi grande o suficiente para interessar às resseguradoras.

Fonte: Adaptado de Baidya e Ruchismita de 2011.

Qualidade dos dados

Embora o ponto de partida seja o acesso aos dados históricos digitalizados da produção de cultura e aos dados climáticos para identificar as correlações e desenvolver os indicadores, o aumento da cobertura baseada em indicadores depende da criação de mecanismos de transmissão de dados confiáveis para a infraestrutura de medição do tempo.

Um motor importante do mercado de indicadores meteorológicos foi o acesso a dados históricos de estações meteorológicas do Indian Meteorological Department. A maioria das estações eram apenas pluviômetros e houve um esforço considerável para ampliar a rede de estações meteorológicas automáticas (AWS, na sigla em inglês). O investimento em AWS foi feito por vários departamentos governamentais, como institutos meteorológicos, de pesquisa espacial e de ensino, e também atraiu investimento privado de agências com incentivos para acessar dados mais precisos sobre uma gama mais ampla de fenômenos climáticos (por exemplo, velocidade do vento). Esforços futuros para melhorar a padronização dos dados a partir de fontes públicas e privadas devem melhorar o acesso ao resseguro financeiramente viável.

Em vez de confiar exclusivamente em estações meteorológicas, a IFFCO-Tokio está testando novas tecnologias para criar transparência e melhorar o tempo de liquidação dos sinistros, como o índice de vegetação por diferença normalizada (NDVI, na sigla em inglês), a fim de reduzir o risco de base no seguro com base em indicadores (Patankar, 2011).

Semelhante ao papel desempenhado pelos formadores de mercado dos intermediários de microsseguro *(ver Capítulo 23)*, a participação do WRMS, um intermediário de seguro meteorológico, apoiou o mercado com base em indicadores meteorológicos no alcance de escala, reunindo carteiras de negócios e investindo em digitalização de dados e modelagem de risco. No entanto, em geral, a qualidade ruim dos dados e a incerteza sobre o impacto das alterações climáticas *(ver Capítulo 4)* são desafios constantes e levam a altos prêmios de resseguro que podem inibir o desenvolvimento de produtos melhores e mais viáveis financeiramente.

Distribuição

Nos primeiros anos, havia apenas uma seguradora (ICICI Lombard) e ela distribuía seguro com base em indicadores meteorológicos por intermédio de ONGs e IMFs. Esta relação serviu como uma oportunidade de aprendizagem a partir da qual diversos produtos foram desenvolvidos para oferecer soluções customizadas para grupos de risco específicos. Posteriormente, a escala foi alcançada com a diversificação da distribuição, por exemplo, trabalhando com cooperativas e explorando o alcance rural dos fornecedores de insumos agrícolas e agências de compras.

O Governo respondeu à aceitação voluntária dos programas com base em indicadores meteorológicos por parte dos agricultores, oferecendo subsídios de prêmio para estes contratos, inicialmente para a AIC e, em seguida, para todas as seguradoras.

A inclusão da AIC no mercado com base em indicadores meteorológicos foi um importante motor de escala, porque permitiu que a cobertura fosse estendida para a clientela cativa do programa associado a crédito. Os volumes maciços de cobertura com base em indicadores meteorológicos na Índia e o interesse entre os *players* privados de colaborar com o Governo para oferecer WBCIS podem ser parcialmente atribuídos à cobrança de prêmio e distribuição perfeitas. Os bancos rurais deduzem o prêmio do empréstimo do agricultor, e o subsídio estatal correspondente é então disponibilizado em uma única transação, minimizando os custos de administração para as seguradoras.

Tais subsídios, no entanto, são restritos a culturas específicas em distritos identificados e não estão disponíveis para todos os agricultores. Esta disposição seletiva de seguro é inerentemente desigual e influencia as decisões de cultivo dos agricultores, fazendo com que eles se concentrem nas culturas seguradas tradicionais. Algumas das limitações do WBCIS podem ser superadas pelo MNAIS (*ver Caixa de Texto 20.4*).

Caixa de Texto 20.4

Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS)

MNAIS é um produto híbrido e com base em indicadores meteorológicos, que combina programas com base em indicadores do NAIS da AIC e WBCIS, cujo piloto foi testado em 34 distritos de 12 estados na estação Rabi (inverno) de 2010-11 para superar alguns dos desafios associados ao NAIS. Se funcionar com sucesso, ele pode substituir o NAIS e oferecer melhor cobertura de risco para agricultores pequenos e de pouca expressão.

O MNAIS está usando o que se espera ser uma base mais precisa para calcular a produção limite para desencadear pagamentos: a produção média dos últimos sete anos, excluindo até dois anos de calamidade natural declarada. Ele se baseia tanto na produção agrícola quanto nos contratos com base em indicadores meteorológicos. A produção agrícola das principais culturas é mensurada em termos da aldeia, reduzindo o risco de base espacial substancialmente. Uma das principais vantagens do aspecto "indicadores meteorológicos" do contrato que o MNAIS mantém é a sua capacidade de pagar sinistros durante a época de colheita, proporcionando alívio imediato, permitindo ao agricultor investir em estratégias alternativas para controlar a quebra de safra de toda a estação.

O produto cobre "semeadura impedida" por 25 por cento da importância segurada total caso a monção ocorra depois e o agricultor decida adiar a semeadura até as chuvas caírem. O produto também cobre perdas "pós-colheita" por até duas semanas após a colheita. Devido à infraestrutura limitada de armazém rural, os agricultores "cortam e espalham" a cultura no campo para secar após a colheita. Uma chuva repentina poderia arruinar a safra colhida levando à perda substancial.

No MNAIS, os prêmios atuariais serão pagos para segurar a safra, e, portanto, a responsabilidade pelos sinistros será da seguradora, ao contrário do NAIS, que o Estado forneceu subsídios de sinistros. Esta modificação pode levar a uma transparência maior nos preços (em que o prêmio reflete o risco real) e estimular o uso de acordos de resseguro, em vez de o Governo atuar como um ressegurador livre. O MNAIS também pode levar a uma gestão melhor do programa, uma vez que as perdas reais terão de ser arcadas pela seguradora. Os subsídios de prêmio continuarão a tornar o produto financeiramente viável.

Este produto pode expandir o alcance dos contratos com base em indicadores meteorológicos, catalisar investimento privado em infraestrutura de clima, garantir uma melhor precificação de resseguro com consórcio de riscos de diversas regiões e gerar considerável demanda garantida para incentivar novas seguradoras a oferecer seguro agrícola. Embora companhias de seguro agrícola independentes como a AIC sejam importantes, uma concorrência maior é necessária para atender ao enorme mercado inexplorado a um custo financeiramente viável.

Fonte: Adaptado de CIRM, 2011.

20.2.3 Seguro de vida

A Índia tem 32 produtos de microsseguro de vida registrados. A Aviva Life tem a maioria dos produtos, com sete, e a LIC, a maior seguradora, tem quatro produtos. O crescimento no número de produtos registrados, principalmente pelas seguradoras privadas, pode ser atribuído a dois fatores. Em primeiro lugar, o número de seguradoras é grande, e, quanto mais sua carteira principal cresce, maiores são suas metas nos setores rural e social, o que pressiona as seguradoras a crescerem por meio de novas abordagens. Em segundo lugar, considerando que a seguradora pública opera há mais tempo, os "primeiros frutos" foram colhidos; portanto, as seguradoras privadas têm de tentar novas abordagens.

Conforme descrito no Capítulo 8, um número crescente de seguradoras está complementando produtos de vida associado a crédito com produtos voluntários. Tantos os produtos dotais como os de vida a termo estão sendo adaptados às restrições de liquidez e preferências de produto das famílias, por exemplo:

- **Produto composto:** a SBI Life, a maior seguradora privada de vida, está testando um piloto de produto composto – um produto de vida com cobertura hospitalar que envolve dinheiro e doença crítica, junto com uma cobertura de seguro de acidentes pessoais e de propriedade (prédio e conteúdo) para aumentar o valor para o cliente enquanto reduz os custos de operação por meio de entrega integrada.
- **Benefícios garantidos:** a Bajaj Allianz trabalha em parceria com bancos rurais e grandes IMFs para distribuir sua cobertura voluntária de produtos de poupança e

seguro. Em novembro de 2010, esses produtos tinham alcançado escala para cobrir três milhões de vidas e gerado aproximadamente US$100 milhões em prêmios, ilustrando a preferência dos clientes por produtos baseados em poupança com características, como, por exemplo, um alto valor de resgate, ainda que a importância segurada máxima seja baixa.

– **Dotal que não caduca:** o produto independente Max Vijay da Max New York Life (MNYL) é um produto de seguro mais poupança desenvolvido para "não caducar". Para acomodar os rendimentos irregulares do mercado-alvo, os segurados podem completar sua conta sempre que eles tiverem recursos extras *(ver Capítulos 8 e 22)*.
– **Curto prazo:** os produtos Bima Kawatch Yojana da Birla Sun Life, que têm uma opção de prazo de três anos, e Navakalyan Yojana da Tata AIG, que oferece cobertura de cinco anos, permitem que os clientes experimentem rapidamente os benefícios de seus pagamentos de prêmio em vez de ter de esperar dez ou 15 anos.
– **Opções de pagamento flexíveis:** o Jeevan Madhur da LIC oferece uma gama de opções de prêmio, incluindo o pagamento mínimo semanal de INR25 (US$0.50), quinzenal de INR50 (US$1) e mensal de INR100 (US$2.20). A LIC fez uso de seus agentes de microsseguro para vender mais de 100.000 destas apólices em seu primeiro ano e também começou a distribuir por intermédio de ONGs, IMFs e SHGs. Esse produto também foi personalizado e oferecido para um grupo excluído anteriormente: profissionais do sexo, em que o custo dos exames médicos é arcado pela LIC.

No que diz respeito ao seguro de vida, o desenho do produto é muitas vezes menos do que um desafio de conseguir o produto para o mercado alvo, tema coberto na seção 20.3.

20.2.4 Seguro saúde

Talvez a maior contribuição da Índia para a discussão do microsseguro mundial tem sido na área da saúde. Esta seção destaca algumas das inovações emergentes na função importante de administração de sinistros e introduz as realizações dos programas de seguro saúde de massa, que são subsidiados pelo Governo.

Para uma melhor gestão dos sinistros

Os modelos de microsseguro saúde ativos e diferentes da Índia desenvolvidos por sociedades mútuas, IMFs e seguradoras têm sido amplamente relatados (por exemplo, Radermacher e Dror, 2006; MicroInsurance Centre, 2009). Embora esses esforços tenham sido pioneiros no microsseguro saúde financeiramente viável na Índia, elas encontraram dificuldades para estabelecer sistemas e processos para garantir serviços de alta qualidade em gestão de sinistros e supervisão de hospitais *(ver Caixa de Texto 20.5)*.

O modelo parceiro-agente, por exemplo, alcançou escala, porém teve problemas com a qualidade do serviço. As seguradoras, como o parceiro no modelo, muitas vezes trabalharam com um administrador terceirizado (TPA) para atender às suas carteiras

de saúde rural. No entanto, a presença rural limitada de TPAs e seus processos de gestão de sinistros complexos não respondem bem aos produtos de seguro saúde básicos oferecidos pelas IMFs. A insatisfação do cliente resultante levou algumas IMFs a mudarem para programas que não envolvem pagamento, longe de seguradoras privadas ou longe do modelo parceiro-agente. Por exemplo, Bandhan, uma IMF com mais de três milhões de membros, mudou para benefícios com base em reembolso quando começou a experimentar inadimplências nos empréstimos devido a problemas com processamento de sinistros "que não envolvem pagamento". A gestão de sinistros se tornou complicada e enfrentava inúmeros desafios, incluindo documentação incompleta fornecida pelos clientes, não entendimento das exclusões pelos clientes, e conluio ocasional entre cliente e provedor.

Mais recentemente, novos TPAs iniciaram operações comerciais "focados no setor rural". Ainda, os TPAs principais, estimulados em parte pelos imensos programas de saúde apoiados pelo Estado, modificaram os programas para atender melhor aos clientes rurais. A capacidade dos TPAs deve continuar a desempenhar um papel importante na ajuda para gerir grandes volumes de contratos de seguro saúde de alta qualidade.

Caixa de Texto 20.5

Contratar na falta de TPA

Com limitações nos controles de monitoramento e manutenção, as seguradoras normalmente dependem expressivamente de administradores terceirizados para avaliar e liquidar sinistros, e fazer os controles para detectar notas superfaturadas e casos de fraude. Os processos complicados e as altas despesas gerais dos TPAs, no entanto, não estavam originalmente adaptados para o mercado de microsseguro, e as recusas de sinistros resultantes levaram à insatisfação do cliente.

Devido às dificuldades com TPAs, quando agentes como IMFs e ONGs ofereciam coberturas de saúde subscritas pelas seguradoras, elas, muitas vezes, criavam capacidade de administração interna ou utilizavam os sistemas da seguradora para os serviços de TPA para melhorar a capacidade de manutenção. Tais esforços exigiram investimento em processos customizados e sistemas de TI para gerenciar o volume de negócios e alinhar os sistemas do agente, a seguradora e as facilidades em saúde. No entanto, o modelo parceiro-agente não criou incentivos financeiros para a ONG ou IMF prestar um melhor serviço de sinistros ou investir em controle de fraude.

Por outro lado, o modelo mútuo estimula o programa a monitorar sinistros e assegurar um melhor serviço, uma vez que os benefícios financeiros do controle de fraude e altas adesões são mantidos. Algumas IMFs mudaram do modelo mútuo de parceiro-agente para melhorar o serviço de sinistros e atender às necessidades de produtos específicas de seus membros. Aqui estão alguns exemplos de como os *players* trataram o "missing middle" da administração de sinistros:

– **Assumir o risco interno:** a IMF Grameen Koota deixou de trabalhar com seguradoras tradicionais a fim de colaborar com um parceiro de serviço, SAS Poorna Arogya Healthcare, para prestar serviços de TPA aos seus membros e gerenciá-los como um programa de seguro saúde interno. Da mesma forma, a ONG SHEPHERD mudou do modelo parceiro-agente para o modelo mútuo, com assistência da "seguradora" mútua Uplift. Assumindo o risco, ambas as organizações têm mais incentivos para gerenciar sinistros de forma eficiente.
– **Terceirizar para um administrador de confiança:** a MFI SHARE trabalhou com a MicroEnsure em locais específicos para lidar com suas necessidades de gestão de dados com a seguradora.
– **Administração interna:** as ONGs BASIX e Sri Kshetra Dharmasthala Rural Development Programme (SKDRDP) desenvolveram tecnologia interna para gerenciar operações similares à TPA para facilitar a integração de sistemas com a seguradora e permitir produtos e serviços mais bem personalizados. Elas também estão oferecendo serviços para outras organizações.

Fonte: Autores.

Programas de seguro saúde de massa

O que é particularmente interessante no microsseguro saúde na Índia é o surgimento de programas de massa do governo. Esses programas são considerados sob o amplo título de microsseguro, porque vários deles envolvem algum tipo de taxa de utilização e muitas vezes são implementados pela indústria de seguros por intermédio de parcerias público-privadas. Ademais, o desenho dos programas se baseou, consideravelmente, nas experiências do microsseguro saúde de mútuas e ONGs.

Das 75 milhões de pessoas cobertas por esses programas em 2007, estima-se que 302 milhões de pessoas tinham microsseguro saúde em 2010.[6] Três desses programas – Aarogyasri em Andhra Pradesh, Kalaignar em Tamil Nadu, e o programa nacional Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) – seguravam, declaradamente, 54 milhões de famílias até o final de 2010 (PHFI, 2011). Apoiado pela vontade política e capacidade de agregar grandes números, esses programas estão transformando o microsseguro saúde, abordando os principais desafios, tais como geração de dados, investimento em tecnologia de identificação e estabelecimento de padrões de mercado para prover saúde.

[6] Estes números parecem otimistas e podem estar considerando famílias maiores. Com base em uma análise do RSBY, Krishnaswamy e Ruchismita (2011) calculam que há, em média, 2,7 pessoas por família para cada cartão emitido, enquanto a estimativa da Public Health Foundation of India (PHFI) parece considerar que a família média é maior.

Figura 20.4 **Evolução cronológica dos programas de seguro saúde de massa para o pobre na Índia**

Programa	Yeshasvini Cooperative Farmers Health Care Scheme	Seguro para Tecelões	Rajiv AarogyaSri Community Health Insurance Scheme	RSBY	Chief Minister Kalaignar Insurance Scheme for Life Saving Treatments
– Local – Ano de início – Alcance	– Karnataka – 2003 – 3 milhões de vidas	– Vários estados – 2005 – 6,4 milhões de vidas (1,6 milhões de famílias)	– Andra Pradesh – 2007 – 70 milhões de vidas (20,4 milhões de famílias)	– Nacional – 2008 – 63 milhões de vidas (23 milhões de famílias)	– Tamil Nadu – 2009 – 35 milhões de vidas

A Figura 20.4 apresenta a linha do tempo dos principais programas e seu alcance atual. Embora o primeiro programa de seguro saúde de massa, Yeshasvini, que teve início pelo Karnataka Department for Cooperation em 2003, tenha sido uma inspiração para os programas que vieram depois, a maior parte de suas características permaneceu única. Ele não tem seguradora e é administrado como um fundo de saúde por meio de um TPA. É um produto voluntário com uma contribuição de prêmio dos membros. Por outro lado, o Programa de Seguro Saúde para Tecelões, lançado dois anos mais tarde pelo Ministério dos Têxteis para o artesão pobre, é gerido pelas seguradoras. O programa para tecelões é único porque inclui cobertura ambulatorial, enquanto os outros programas de massa cobrem, principalmente, internação.

As principais características do RSBY, do Yeshasvini e dos dois programas públicos estão resumidas na Tabela 20.2. As diferenças entre os dois programas financiados pelo Estado, Aarogyasri e Kalaignar são atribuídas ao status da saúde em cada estado, indicando que o desenho do produto é personalizado para responder às exigências regionais. O Aarogyasri em Andhra Pradesh oferecia inicialmente uma cobertura de internação, mas, ao longo dos anos, seu pacote expandiu para incluir doença grave. O Kalaignar, por outro lado, opera em Tamil Nadu, que tem uma infraestrutura de saúde pública mais robusta e funcional e, consequentemente, ele só precisava cobrir doença grave.

O Yeshasvini investe menos em tecnologia de identificação, mas todos os programas dependem expressivamente de coleta e transmissão eletrônica de dados e possuem sistemas de informações gerenciais (MIS) bastante robustos. Com exceção do Aarogyasri, os programas têm poucos recursos humanos alocados para monitoramento e fiscalização. O RSBY e o Kalaignar usam cartões biométricos para controlar a fraude: o RSBY emite cartões de saúde em tempo real (nos locais de adesão) para melhorar o atendimento ao cliente e controlar qualquer comportamento das agências de emissão de cartão que exijam cobrar pelo cartão *(ver Caixa de Texto 20.6)*. Há uma variação no mercado no custo médio de internação, o que pode ser atribuído a quatro

fatores: o tipo de risco médico coberto, o perfil das famílias alvo, o aumento dos custos da saúde na região e a capacidade do programa de negociar taxas preferenciais com provedores de saúde.

O Yeshasvini continua a ter uma taxa de utilização alta, o que pode ser parcialmente atribuído à contribuição do cliente, o que aumenta a conscientização e induz o uso. A preocupação com esse programa é a crescente sinistralidade média (157 por cento em 2010), o que tornaria insolvente um fundo sem seguradora ou resseguradora.

Caixa de Texto 20.6

RSBY: Entregar em escala

Até o final de 2010, RSBY havia sido lançado em 340 distritos em 25 estados, com 23 milhões de cartões ativos, segurando cerca de 63 milhões de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza. A implementação bem-sucedida de uma escala como esta pode ser atribuída à parceria público-privada que o esquema adotou. Embora o Aarogyasri e o Kalaignar tenham colaborado com uma seguradora, a Star Allied Insurance, o RSBY em seu primeiro ano trabalhou com oito seguradoras e 16 TPAs para implementar o programa. Muitos TPAs têm forças mais localizadas, o que RSBY pode explorar por meio de seu acordo de licitação e contratação em termos de distrito. Embora três seguradoras sejam responsáveis por 75 por cento das operações do RSBY, o desempenho do programa está correlacionado ao TPA e não à seguradora.

No primeiro ano, o RSBY teve uma taxa de 2,4 por cento de incidência, o que é inferior ao que se poderia esperar, à medida que a população alvo previamente sem seguro teria tido, presumidamente, uma demanda reprimida por serviços de saúde. As taxas de utilização são mais altas quando os cartões são emitidos de imediato. As aldeias que têm pelo menos um sinistro têm um percentual maior de cartões ativados nos primeiros 20 dias de adesão. Para melhorar a adesão, assim como a utilização, o programa pode precisar participar de contratos diretos com TPAs, em vez de contratar apenas seguradoras. Uma relação direta com TPAs pode melhorar o monitoramento do desempenho e evitar vários níveis de atividades de subcontratação de adesão por parte dos TPAs.

As regiões com mais hospitais privados da rede mostram maior utilização, com uma taxa de internação mais alta de 0,2 por cento. Isso pode ser atribuído à melhor qualidade de infraestrutura de saúde percebida (ou real) e à disponibilidade de suprimentos de unidades privadas, e também à busca proativa de negócios pelos hospitais privados. O RSBY está atualmente implementando uma iniciativa de melhoria da qualidade, que se baseia em uma estrutura de incentivos escalonados para incentivar os hospitais públicos e privados a melhorar sua infraestrutura de saúde.

Fonte: Adaptado de Krishnaswamy e Ruchismita, 2011.

Tabela 20.2 **Comparação entre os quatro maiores programas de seguro saúde de massa**

Características	*Critérios*	*Yeshasvini (Karnataka) 2003*	*Aarogyasri (Andhra Pradesh) 2007*	*RSBY (Nacional) 2008*	*Kalaignar (Tamil Nadu) 2009*
Produto	Unidade de cadastro	Indivíduos	Famílias	Famílias	Famílias
	Fontes de fundos	Contribuição: Beneficiário 58% + Governo 42% (em 2009-10)	Por estado	US$0.60 por beneficiário + 75% por centro e 25% pelo Governo Federal na maioria dos casos	Por Estado
	Taxa de prêmio em 2009-10	US$3.30 por pessoa	US$6 por família	Média de US$12 por família	US$10 por família
	Cobertura de seguro máxima	US$4,444 por pessoa	US$3,333 por família com proteção adicional de US$1,111	US$666 por família	US$2,222 durante 4 anos por família
	Operações comuns	Operações cardíaca e de ouvido, nariz e garganta (ENT, na sigla em inglês), cirurgia geral, pediátrica, de obstetrícia e oftálmica	Cirurgias oncológica, cardíaca, de trauma, ginecológica e do trato urinário, e cirurgias gerais	Tratamento médico, operações oftálmicas, neurologia, doenças infecciosas, operações ginecológicas e de obstetrícia	Ortopedia, oncologia, urologia, cardiologia, histerectomia, oftalmologia e ENT
Ferramentas de gestão	Medidas de contenção de custos	– TPA fornece autorização prévia para todos os procedimentos – Tarifas para 1.600 procedimentos negociados previamente	– Pacote de diagnóstico predefinido e controle de autorização prévia para escala médica – MIS, equipes de vigilância médica e ampla rede de projeto monitorando pessoal nos hospitais	– Cartão inteligente para conferência da identidade e autorização prévia – Taxas de pacote de diagnóstico em aberto para operações comuns – Análise profunda da experiência de sinistro	– Taxas de pacote de diagnóstico predefinidas e controle de autorização prévia para escala médica – Planejamento de alta hospitalar com funcionários de contato
	Ferramentas de TI utilizadas	– Apresentação de reclamações de sinistros por meio eletrônico – *Software* em todos os hospitais da rede, conectado aos sistemas do TPA	– Assinatura digital para todos os usuários, fotografias digitais do paciente antes e depois do procedimento – MIS compreensivo e operação e pagamentos de sinistros por meios eletrônicos	– Fotos e dados biométricos de famílias gravados no *chip* inteligente na adesão – Cartões inteligentes permitem autorização *offline* e transferência de dados em série	– Cartão inteligente digital para identificar beneficiário e família – Autorização prévia e apresentação de reclamações de sinistros pela *web* – *Webcams* para coordenação e monitoramento dos funcionários de contato nos hospitais da rede

Características	*Critérios*	*Yeshasvini (Karnataka) 2003*	*Aarogyasri (Andhra Pradesh) 2007*	*RSBY (Nacional) 2008*	*Kalaignar (Tamil Nadu) 2009*
Ferramentas de gestão	Critérios de seleção de hospitais	Mínimo de 50 leitos para internação + tratamento intensivo (UTI), ambulância, médicos qualificados	Mínimo de 50 leitos e outros critérios em infraestrutura como UTI com 2 ventiladores	Pelo menos 10 leitos + unidade de diagnóstico, médica, cirúrgica + registro com departamento de TI	Mínimo de 50 leitos
	Nº de pessoal em tempo integral na implementação da agência	Menos de 10	117	Agências nodais – aproximadamente 10 federais e 100 estaduais	Menos de 10
Desempenho	Número de beneficiários (setembro/2010)	3 milhões	Aproximadamente 70 millhões (20,4 milhões de famílias)	63 millhões	35 milhões
	Custo médio por internação (INR)	8.240	27,848	4,262	33,720
	Número de internações por 1.000 pessoas	22	5	25	4
	Sinistralidade	157%	69,6 – 128,3% (média de 89%)	Em torno de 80% em 2009-10	80%

Fonte: Adaptado de PHFI, 2011.

20.3 Canais de distribuição

A distribuição de seguro para famílias de baixa renda é difícil por várias razões, incluindo os desafios de acessar áreas remotas e incentivar a aceitação pelos indivíduos sem experiência com produtos financeiros complexos (Gaurav et al., 2011). Além disso, famílias pobres, por definição, enfrentam restrições de liquidez no pagamento de prêmios e relutam em comprar um produto intangível, com benefícios que podem ou não estar disponíveis em algum momento no futuro.

Listados abaixo, mais ou menos em ordem cronológica, estão quatro canais importantes por meio dos quais o seguro tem sido distribuído na Índia rural, com tentativas de enfrentar tais desafios. Inicialmente, antes de o termo microsseguro ter sido usado, a infraestrutura bancária rural grande do Governo, dos Correios e da rede de agentes da LIC foram os principais canais de distribuição de produtos financeiramente viáveis, permanecendo hoje como os mais importantes. Na década de 1990 e no início de 2000, ONGs e mútuas utilizaram seu capital social na comunidade para ensinar às famílias sobre seguros e gerenciamento de riscos e oferecer produtos personalizados. Posteriormente, as IMFs ingressaram no mercado e ofereceram uma solução para o problema da viabilidade financeira com financiamento dos prêmios. Ofereceram, também, dados sólidos e sistemas de gerenciamento pecuniário, e ajudaram a facilitar a evolução do setor desde uma iniciativa em "desenvolvimento" até uma orientação mais comercial. Mais recentemente, as seguradoras expandiram sua estratégia de distribuição para incluir cadeias de abastecimento rural e canais de venda direta facilitados pela tecnologia, como quiosques rurais de Internet e redes de correspondentes bancários, com um alto potencial para ajudar o seguro a alcançar escala com produtos básicos a preços financeiramente viáveis.

20.3.1 Canais facilitados pelo Governo

Antes da introdução das companhias de seguros privadas na Índia, em 1999, a distribuição do seguro nas áreas rurais era feita, geralmente, por intermédio de três canais principais: a grande rede de agentes da LIC, a infraestrutura financeira do Governo e o Correio da Índia.

Durante décadas, a LIC dependeu de seus agentes para vender apólices de vida no país. A escalabilidade deste canal é atribuída a três fatores: 1) a autorização estadual da LIC para atender famílias de baixa renda; 2) a marca sólida da LIC, que é bem conhecida na maioria das áreas rurais; e 3) os seus produtos populares baseados em poupança com característica, por exemplo, de devolução de prêmio. Ainda que as estruturas de comissão de seus agentes sejam compatíveis com os padrões da indústria, os volumes de negócios grandes e estáveis, os subsídios do governo e um programa elaborado de desenvolvimento de agente contribui para a viabilidade do modelo. Um dos fatores que contribui para sua popularidade é a capacidade dos agentes de oferecer um instrumento de poupança confiável por meio de um "serviço de porta

em porta" conveniente. Este modelo de distribuição continua vigorando até hoje. Em 2009-10, os agentes da LIC venderam 38 milhões de um total de 45 milhões de apólices de seguro de vida, ressaltando o sucesso desses agentes e sua importância para a LIC.

A Índia tem mais de 32.000 agências bancárias rurais, a maioria bancos comerciais do setor público e bancos rurais regionais, aproximadamente 14.000 agências bancárias cooperativas e 98.000 sociedades primárias de crédito agrícola (PACS) (Basu, 2006). Esta vasta rede de instituições financeiras rurais controladas pelo governo oferece crédito direto, que é, muitas vezes, acompanhado pela cobertura de seguro compulsória e subsidiada associada. Além disso, estas instituições financeiras mantêm uma expressiva carteira de seguro de vida e acidentes pessoais.

O Correio da Índia é a maior rede postal do mundo, com 90 por cento de suas agências postais em áreas rurais. Sua longa história e seu alcance profundo ajudou a torná-lo um canal bem-sucedido para a entrega de serviços financeiros, gerindo mais de 240 milhões de contas-poupança. Em 1995, o Correio da Índia introduziu seu programa Rural Postal Life Insurance (RPLI) com uma autorização específica para fornecer cobertura para famílias rurais, pessoas desfavorecidas e trabalhadores mulheres. Em 2009-10, o RPLI tinha 9,9 milhões de apólices ativas com uma importância segurada agregada de INR596 bilhões (US$12 bilhões) de seus seis produtos de seguro de vida.[7] Além de distribuir sua própria linha de produtos, a rede postal também atua como um agente de distribuição dos produtos de seguros gerais da Oriental. A apólice de seguro de acidentes pessoais da Oriental a um prêmio anual de INR15 (US$0.30) para uma importância segurada de INR100,000 (US$2,222) é particularmente popular (Índia Post, 2010-11).

20.3.2 Modelos liderados por Mútuas e ONGs

Mútuas e ONGs são organizações comunitárias, com amplas agendas de desenvolvimento que também utilizam o seguro para alcançar seus objetivos. Elas tendem a participar de diversas atividades, tais como capacitação de mulheres, criação de meios de subsistência, socorro em catástrofes, desenvolvimento de infraestrutura, como escolas, poços e clínicas. A Índia tem sorte de contar com mais de 25.000 organizações da sociedade civil, muitas das quais abriram caminho para o mercado de microsseguro vibrante atual, particularmente cobertura de saúde por programas de seguro saúde baseado na comunidade (CBHI).

A associação nos CBHIs se manteve estável devido ao alto valor proporcionado por seus produtos e serviços responsivos ao cliente, mas a viabilidade financeira tem sido uma preocupação. Os membros têm uma percepção positiva de suas características únicas, como pagamento de prêmios em grãos, bônus por não ocorrência de sinistros e incentivos de fidelidade que aumentam o limite de cobertura em relação ao ano ante-

[7] Os seis produtos são Vida Integral, Vida Integral Conversível, Dotal, Dotal Antecipado por 15 e 20 anos, Dotal Vida Conjunta e Apólice de Crianças. Em 2008-09, 45.000 sinistros foram liquidados totalizando INR1,3 bilhão (US$26,4 milhões). Todas as operações do RPLI são informatizadas (Correio da Índia, 2010-11).

rior. Uma maturidade maior do produto tem sido demonstrada por meio de serviços adicionais. Por exemplo, o programa do SKDRDP oferece internação cirúrgica e não cirúrgica, sem períodos de carência para tratamento domiciliar,[8] serviços de maternidade, coberturas de morte acidental e catástrofe natural. Outros CBHIs oferecem "serviços de valor agregado", que vão desde consultas por meio de telemedicina para fornecimento de medicamentos e serviços de ambulância. Os CBHIs tendem a ser financeiramente viáveis quando trabalham em conjunto com a infraestrutura de saúde do governo para garantir fácil acesso ao tratamento. Eles também interferem para aumentar o acesso a medicamentos a preços acessíveis.

Embora tais modelos tenham altos níveis de renovação em adesões e maior satisfação do cliente, eles são, muitas vezes, incapazes de aumentar em escala devido à capacidade limitada em gestão e conhecimento de seguro. Há algumas exceções notáveis, como DHAN Foundation, VimoSEWA, SKDRDP e Uplift *(ver Caixa de Texto 5.1)*, que têm todos mostrado impressionante crescimento em adesão, mas, em geral, os CBHIs tendem a permanecer pequenos.

A relação entre CBHIs e seguradoras evoluiu ao longo dos anos. Em alguns casos, os CBHIs preferem assumir eles próprios o risco (por exemplo, Dhan Foundation); outros trabalham em parceria com as seguradoras para coberturas padrão e para reter alguns dos riscos a fim de garantir benefícios que as seguradoras não cobrem (por exemplo, VimoSEWA e SKDRDP).[9] No entanto, o CBHIs que retêm todo o risco, muitas vezes oferecem produtos com cobertura limitada, em parte porque as facilidades do resseguro não estão disponíveis para eles no ambiente regulatório atual. Na verdade, esses programas operam em um vácuo regulatório porque a IRDA reconhece apenas companhias de seguros como entidades que podem oferecer contratos de seguro.[10]

Os programas de seguro saúde de massa, como o RSBY, que visam populações semelhantes, também podem impor concorrência a mútuas e ONGs. Para acomodar esses programas de proteção social, os programas comunitários estão explorando formas de complementar os benefícios garantidos pelo Governo. Programas de governo oferecem uma oportunidade única para envolver os CBHIs se baseando em suas habilidades principais de mobilização da comunidade, o que pode melhorar as taxas de adesão e a conscientização do cliente sobre os programas de saúde de massa. Além disso, eles oferecem capacidade para monitorar os serviços de saúde locais, o que seria mutuamente benéfico, uma vez que eles podem garantir melhores serviços de saúde para as famílias de baixa renda, enquanto garantem maior legitimidade para mútuas e ONGs.

[8] Internação domiciliar é oferecida quando a condição do paciente é tal que ele ou ela pode ser tratado(a) em casa sob supervisão de enfermagem.

[9] Por exemplo, o programa de saúde do SKDRDP tem uma política de "rejeição zero" na qual a ONG cobre sinistros que ela considera verdadeiros, mas que não são aprovados pela seguradora. Oferece também cobertura de tratamento domiciliar e subsídio de repouso, que a seguradora não oferece. No entanto, em apenas três de seus sete anos de operação os sinistros pagos pelo programa ficaram abaixo do total de prêmios cobrados, tornando difícil para o SKDRDP encontrar seguradoras privadas, que, ao contrário das seguradoras públicas, raramente têm acesso a subsídios estatais e estão interessadas em segurar carteiras sustentáveis.

[10] Para mais detalhes sobre as condições regulatórias de mútuas e programas baseados na comunidade, ver seção 25.4.

20.3.3 Distribuição por IMF

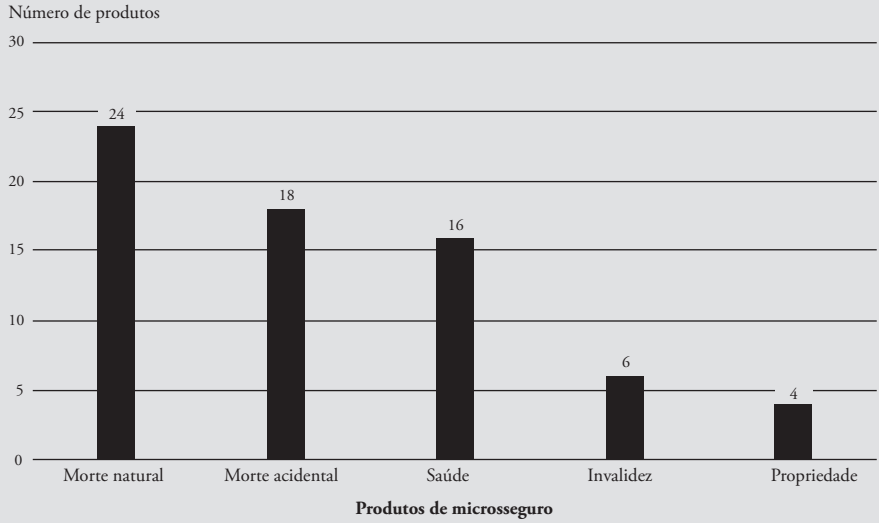
Ao contrário de ONGs e mútuas, que muitas vezes oferecem microcrédito como uma das muitas intervenções na comunidade, as IMFs indianas estão focadas, principalmente, em oferecer serviços financeiros. Seus vínculos estreitos com seus clientes reduzem custos de operação, seleção adversa e fraude para a seguradora. Além disso, o seguro associado a crédito diminui o risco de reembolso da IMF e, portanto, os incentivos para o canal de distribuição são bem alinhados aos interesses da seguradora. Com exceção da crise de Andhra Pradesh em 2010, o sucesso das microfinanças na Índia aumentou as esperanças de que estas instituições com dados sólidos e sistemas de administração pecuniária podem atuar como um canal eficaz na oferta de seguros e de outras soluções em gerenciamento de risco.

As IMFs estão se espalhando rapidamente na Índia, revelando-se como um canal de entrega escalável. De acordo com a associação da indústria da Sa-Dhan, as IMFs atenderam a mais de 26 milhões de clientes em 2009-10, um aumento de 18 por cento em clientes e um crescimento de 56 por cento da carteira de crédito em relação ao ano anterior (Srinivasan, 2010). Produtos compulsórios associados a crédito já demonstraram como as IMFs podem ajudar as seguradoras a atingir suas metas rurais. Houve problemas com produtos mais ambiciosos; no entanto, que podem ser em parte atribuídos à falta de capacidade das seguradoras de lidar com clientes e provedores de saúde em áreas rurais, bem como à falta de alinhamento de incentivos em que as IMFs são pagas para criar apólices, e não para oferecê-las.

Em 2007-08, o CIRM pesquisou 47 IMFs para conhecer seu envolvimento em microsseguro e descobriu que a grande maioria era de produtos compulsórios e associados a crédito em nome de companhias de seguros. A Figura 20.5 apresenta os tipos de produtos oferecidos.

Os poucos produtos voluntários cobriam, principalmente, saúde e morte acidental. Embora haja uma demanda por soluções de risco saúde, os produtos disponíveis cobrem, em geral, eventos catastróficos raros e, portanto, não atendem às necessidades das famílias de cobertura de riscos moderados e mais frequentes. As IMFs têm encontrado dificuldades para oferecer cobertura voluntária financeiramente viável por causa de dois fatores principais: a) os funcionários são mal qualificados para aconselhar as famílias sobre soluções em gerenciamento de risco; e b) um tempo considerável da equipe é consumido. Investir em educação do cliente e criação do seguro é difícil para as IMFs indianas, conhecidas por seus processos simplificados alinhados para oferecer um produto de crédito básico. Poucas IMFs modificaram processos para acomodar a diversificação do produto.

Figura 20.5 **Os cinco principais produtos oferecidos pelas IMFs**[1]



[1] A categoria morte natural inclui produto prestamista e aqueles que tenham características de pensão e devolução de dinheiro. A categoria morte acidental inclui cobertura de seguro de acidentes pessoais e invalidez.

Fonte: Micro Insurance Map, 2011.

As seguradoras que trabalham com as IMFs muitas vezes acham que elas têm a capacidade de oferecer apoio no local de operação para o aviso precoce de sinistros e assistência aos beneficiários na produção da documentação necessária. Embora muitas das IMFs maiores sejam capazes de arcar com o pagamento dos sinistros e as atividades de gestão do seguro, isso não ocorre com as IMFs mais novas e menores. Mais da metade das IMFs pesquisadas não mantinham um balanço separado para o microsseguro, não faziam análise de sinistros e não investiam em treinamento de pessoal para entregar microsseguro.

Mesmo as IMFs grandes e capazes podem ser canais de distribuição de risco. Seguro não é o negócio principal delas, mas sim uma atividade complementar. A crise nas microfinanças em 2010 afetou diretamente as carteiras de grande porte e algumas IMFs de médio porte com exposição substancial no estado de Andhra Pradesh. A crise teve outras implicações globais, conforme descrito na Caixa de Texto 20.7, que podem apresentar uma oportunidade para microsseguro, dependendo de como os *players* respondem à mudança regulatória que proíbe as IMFs de cobrarem taxas de serviços dos clientes além das comissões que recebem das seguradoras.

Caixa de Texto 20.7

Oportunidade na crise?

A competição entre a IMF rival e os modelos de SHG do governo em Andhra Pradesh tinha sido latente por anos. Em 2010, a oferta pública inicial da SKS, a maior IMF da Índia com uma participação considerável de sua carteira em Andhra Pradesh, juntamente com relatos da mídia associando práticas de cobrança de empréstimo a suicidas, levou as autoridades de Andhra Pradesh a baixar "um decreto para proteger as mulheres de grupos de autoajuda da exploração por instituições de microfinanças". Esse decreto buscou impor uma série de condições novas sobre as IMFs, incluindo o registro distrito por distrito, os requisitos para efetuar os pagamentos do empréstimo perto de instalações do governo local, a mudança do cronograma de pagamento de semanal para mensal e outras medidas para conter cobranças supostamente antiéticas, altas taxas de juros e especulação. Esse decreto contribuiu para um ambiente geral em que as operações em termos locais da IMF estavam prejudicadas e os pagamentos dos empréstimos para as IMFs em Andhra Pradesh diminuíram drasticamente. As IMFs que não conseguem negociar seu financiamento de forma eficaz podem ficar sem liquidez e se tornar insolventes.

Depois das preocupações com proteção do consumidor, o regulador bancário, Reserve Bank of India, impôs um limitador de taxa de juros sobre os empréstimos das IMFs. Neste ambiente, identificar fontes alternativas de receitas é fundamental para a sobrevivência das IMFs. Considerando que elas exploram outras oportunidades de geração de receita, a crise pode se tornar uma oportunidade para o microsseguro. A grande questão é se o microsseguro pode se tornar parte dos negócios principais das IMFs, e se elas podem evoluir além de programas associados a empréstimo compulsório para oferecer uma gama de soluções em seguro e gerenciamento de risco personalizadas.

Fonte: Adaptado do CGAP, 2010; Balkenhol de 2010.

20.3.4 Novos canais de distribuição

Mesmo que as IMFs estejam crescendo rapidamente, elas atingem apenas um pequeno percentual da população rural. Seguradoras indianas também estão distribuindo cobertura para o pobre por intermédio de novos canais, incluindo cadeias de suprimento, correspondentes bancários e agente de vendas direto.

Cadeias de suprimento rurais: outros agregadores envolvidos em estender o seguro para áreas rurais incluem empresas da cadeia de suprimento agrícola, tais como:

- **Leiterias:** em Tamil Nadu, a United India, em colaboração com a Hatsun Dairy, está tentando resolver as restrições de liquidez das famílias rurais distribuindo seguro de pecuária, em que os prêmios são pagos adiantado pelas leiterias e cobrados da receita de leite das famílias.
- **Vendedor de trator como ponto de venda:** a Ergo HDFC distribui seguro com base em indicadores meteorológicos subsidiados pelo governo em Madhya Pradesh por meio de um revendedor de trator.
- **Companhias de fertilizantes e sementes:** semelhante à cobertura de acidentes pessoais combinada que a IFFCO oferece com seus sacos de fertilizantes, a Pioneer Seeds também experimentou uma cobertura de seguro gratuita, subscrita pela ICICI Lombard, que pagaria benefícios em sementes em caso de chuva insuficiente durante a fase de germinação.[11] Um produto como este reduz os custos de marketing e distribuição do seguro.
- **Centros de insumos agrícolas:** a AIC tem utilizado fornecedores de insumos agrícolas, como Hariyali Kisan Bazaar, para distribuir seguro agrícola.

Quiosques de Internet Rurais: o alcance da Internet na Índia rural está crescendo. Um grande impulso para esse crescimento foi o plano ambicioso de e-governança do Governo de instalar quiosques em áreas rurais para facilitar os serviços de informações e dados. Conhecidos como centros de serviços comuns (CSC, na sigla em inglês), esses quiosques com um computador conectado à Internet são pontos de entrega de serviços do setor público, privado e social. Em agosto de 2011, havia 96.000 CSCs funcionais na Índia rural geridos por 15 agências privadas desenvolvidas pelo Estado (SDAs, na sigla em inglês). Algumas SDAs oferecem seguro, como a SARK Systems, que oferecem produtos pela Birla Sun Life e HDFC Ergo, enquanto a 3i Infotech colaborou com a MNYL para distribuir seguro de vida. Além da rede CSC do Governo, há também os canais de quiosques privados, tais como COMAT, que distribui os produtos de seguro de vida da LIC por seus 2.000 centros de negócios rurais em cinco estados (Departamento de TI, 2011).

[11] Este produto foi oferecido por um ano com sucesso mesclado. Um dos principais desafios foi a falta de incentivo para os varejistas prepararem a papelada adicional envolvida no fornecimento de recibos de seguro. Além disso, considerando que o ano do segurado foi um bom ano, nenhum sinistro foi pago. De acordo com os varejistas, o benefício intangível do seguro não influenciou a decisão de compra de sementes dos agricultores tanto quanto o popular programa guarda-chuva gratuito de anos anteriores (Akhilandeswari e Patankar, 2010).

Caixa de Texto 20.8

Novos canais de distribuição e tecnologia

Um fator importante de apoio ao surgimento destes novos canais de distribuição é a disponibilidade de novas tecnologias que oferecem uma interface de cliente "light" em áreas rurais sem uma infraestrutura de sucursal, facilitam a comunicação transparente entre as várias organizações envolvidas na cadeia de suprimento e melhoram a experiência de sinistros. As tecnologias que apoiam aspectos diferentes deste processo são telefones celulares, dispositivos em pontos de venda (POS, na sigla em inglês) e cartões biométricos inteligentes.

Telefones celulares

Apesar de o regulamento indiano inibir a cobrança de prêmio por meio de celulares, esta prática tem sido adotada para outros fins, tais como:

- **Origem do seguro:** a Tinkways, um *player* da tecnologia celular, está colaborando com a HDFC Ergo para desenvolver um aplicativo móvel que reúna dados sobre seguros e emissão de apólice.
- **Serviços de valor agregado:** a WRMS oferece previsões meteorológicas, como mensagens de texto, junto com seus produtos de seguro para melhorar a retenção do cliente.
- **Contas para transação:** embora o correspondente bancário FINO use máquinas de POS e celulares *(ver Caixa de Texto 25.6)*, a Eko depende exclusivamente de telefones celulares para abrir uma conta bancária, o que será uma plataforma poderosa de distribuição de seguro.

Dispositivos de ponto de venda

- **Desafios em conectividade:** a MNYL lançou máquinas de POS, porque houve uma premissa de que os segurados queriam recibos ao fazer seus pagamentos de prêmio. No entanto, os dispositivos de POS tinham sérios problemas de conectividade e, eventualmente, eram descartados em favor de raspadinhas e telefones celulares, ambos bem recebidos pelos clientes.
- **Diagnóstico remoto:** a Fundação CARE usa um dispositivo portátil para oferecer serviços de seguro ambulatorial por intermédio de um campeão de saúde do vilarejo *(ver seção 24.2.2 e Caixa de Texto 5.3).*

Cartões biométricos

- **Prevenção de fraude:** o RSBY, juntamente com outros programas de saúde em massa, emprega um cartão biométrico inteligente para reduzir fraude de identidade.

Associando a adesão do cliente aos sistemas de processamento da transação, os *players* de tecnologia, como Gradatim, oferecem soluções para as etapas inicial e final de operações dos intermediários que permitem maior integração dos sistemas entre os *players*. Esta abordagem integrada simplifica os processos e reduz o custo de venda, subscrição e administração dos sinistros.

Fonte: Autores.

Bancassurance e correspondentes bancários: a SBI Life, a maior seguradora privada de vida no país, distribui a maior parte de sua carteira por intermédio de agências bancárias de sua controladora para alcançar grupos de autoajuda. A nova variação de bancassurance é com correspondentes bancários, como, por exemplo, as empresas Financial Information and Operations Network (FINO), Little World e Eko Indian Financial Services, que estão atendendo à enorme demanda que há por serviços bancários convenientes e oferecendo um caminho para a distribuição do seguro. Este canal é único porque se baseia na venda voluntária por um agente local, de modo que os produtos devem ser simples e subscritos previamente, com adjudicação fácil dos sinistros. A Bharti Axa está colaborando com a Eko para oferecer o Bachat Bima (seguro de acumulação em vida), enquanto a aliança da HDFC Ergo com a FINO vendeu 100.000 apólices de acidentes pessoais. Esses produtos fazem parte da tendência para alcançar altos volumes de negócios distribuindo produtos simples, de baixo valor, a preços acessíveis.

Vendas diretas: historicamente a LIC, e, mais recentemente, a Tata AIG usaram agentes individuais para oferecer seguro de vida em áreas rurais. Uma inovação mais recente com potencial de escala tem sido os agentes que usam tecnologia da MNYL distribuindo o produto Max Vijay e fazendo sua manutenção em máquinas de pontos de venda (POS). Este modelo teve um sucesso misto. Embora a seguradora tenha conseguido vender mais de 90.000 apólices, teve menos sucesso incentivando pagamentos complementares ou pagamentos contínuos, possivelmente porque a abordagem completamente flexível sem cronograma de pagamento era flexível demais e não incutia disciplina suficiente *(ver Capítulo 8).*

Em geral, o potencial de sucesso de muitos desses novos canais de entrega depende de soluções tecnológicas, conforme ilustrado na Caixa de Texto 20.8, o que facilita maior alcance e eficiência do microsseguro *(ver Capítulo 24).*

20.4 Conclusão: Catalisadores de sucesso

Pela maioria dos relatos, o desenvolvimento do microsseguro na Índia é uma história de sucesso. Embora haja, com certeza, espaço para melhorias, qualquer pessoa interessada em aumentar a proteção social e/ou desenvolver mercados de seguro, pode, inclusive, aprender lições valiosas com a experiência da Índia. Talvez uma das observações mais interessantes é a forma como quão estreitamente integrados o Estado e o mercado podem ficar.

Com base nas evidências da Índia, as ações a seguir são essenciais para um mercado de microsseguro sustentável e escalável: 1) compromisso do governo; 2) regulação conducente; 3) soluções tecnológicas; 4) novas partes interessadas; e 5) produtos especializados.

1) Compromisso do governo

- **Seguradoras públicas e liberalização do mercado:** companhias de seguros públicas de grande porte com autorização explícita para alcançar áreas desassistidas têm sido um importante trunfo para o desenvolvimento do microsseguro na Índia. No entanto, a participação de seguradoras privadas com investimentos estrangeiros tem sido fundamental para incentivar a competição e estimular a inovação.
- **Alocação cautelosa de subsídio:** subsídios de prêmio podem ser uma forma de incentivar mercados a fornecer a respectiva proteção para o pobre. No entanto, os subsídios que impedem soluções baseadas no mercado devem ser evitados. Alguns programas do governo, como os programas agrícolas e de pecuária, acabam atendendo a grandes e médios agricultores que podem pagar pelo seguro. Além disso, produtos com subsídios em ambas as pontas – prêmios e sinistros – inibem o preço transparente e dificultam uma avaliação confiável dos custos e do sucesso do programa. Também é aconselhável, no caso de produtos subsidiados, manter prêmios parciais, o que permite aos usuários apontar a relevância do produto e de seus provedores por meio de aceitação e renovação.
- **Acreditação e padronização de infraestrutura:** o governo pode ser um *player* importante na criação de normas para toda a indústria, o que levaria a uma eficiência maior, uma vez que os custos de monitoramento da qualidade de serviço das seguradoras diminuem. Por exemplo, programas de saúde em massa começaram a criar protocolos e a investir no credenciamento de profissionais de saúde e na padronização da saúde. No seguro agrícola, para melhorar a confiabilidade dos dados e permitir às resseguradoras cobrarem prêmios mais baixos para o "risco não conhecido", um processo de certificação para dados de estações meteorológicas particulares foi implementado. Daqui para frente, um processo de credenciamento e padronização mais compreensivo reduzirá as barreiras de entrada para as seguradoras.
- **Parceria público-privada:** a mudança do Governo em fornecer diretamente seguro por intermédio de suas próprias seguradoras e canais de distribuição, a fim de financiar prêmios para carteiras administradas por seguradoras públicas e privadas, tem apoiado com sucesso o alcance de escala, conforme observado nos programas de seguro saúde de massa e no mercado de seguro com base em indicadores meteorológicos. A implementação eficaz requer um processo de licitação transparente e o compartilhamento público de dados do risco.
- **Infraestrutura relevante:** o microsseguro se beneficiou significativamente da ampla infraestrutura do setor financeiro, com sua rede de agências bancárias, correios, quiosques de Internet e, em breve, correspondentes bancários. É importante considerar também as instalações da saúde, das estações meteorológicas, da infraestrutura de telecomunicações e de outros apoios que são fundamentais para a expansão do microsseguro. Sempre que possível, os governos devem estimular o setor privado a investir em alguma dessas infraestruturas.

2) *Regulação conducente*

– **Familiaridade forçada:** os Setores de Obrigações Rural e Social da IRDA têm contribuído expressivamente para garantir que as seguradoras se concentrem nos mercados de baixa renda. Com muitas empresas ultrapassando suas metas nos setores rural e social, parece que a indústria enxerga oportunidades nos negócios de microsseguro. Quotas são controvertidas e certamente não são para todos. Mas será que as companhias privadas participariam em negócios de microsseguro se não fossem obrigadas? Talvez algumas, sim, mas não com o mesmo nível de investimento e compromisso que elas têm demonstrado até agora. O microsseguro se desenvolveu mais rapidamente na Índia por causa das autorizações dos setores rural e social.
– **Regulamentos do microsseguro:** diferentemente das obrigações, que são compulsórias, os Regulamentos do Microsseguro de 2005 são facultativos por natureza, para criar um ambiente propício com o intuito de ajudar as seguradoras a atender às famílias de baixa renda. Embora os resultados fossem misturados, os regulamentos permitiram que ONGs, SHGs e algumas IMFs operassem como agentes de microsseguro e oferecessem uma identidade legal para agregadores sociais.
– **Regulamento de apoio em setores afins:** traçar diretrizes do Ministério da Saúde e do Ministério da Informação e Tecnologia sobre questões como e-saúde, via Internet, e telemedicina produziram sinais positivos para o investimento privado em produtos de seguro saúde mais abrangentes envolvendo modelos alternativos de oferta de saúde e gerenciamento de informações sobre saúde.

3) *Soluções tecnológicas*

– **Sistemas de identificação:** a maioria dos produtos em escala adotou novas tecnologias de identificação, tais como RFID e biometria, para melhorar eficiência, controle de fraude e garantir a liquidação de sinistros em tempo hábil. Os esforços para criar um número de identificação único mundial também fará progressos significativos para enfrentar os desafios de identificação e gestão de dados, e permitirá que as seguradoras reduzam os custos de origem e liquidação dos sinistros.[12]
– **Gestão da informação:** as plataformas tecnológicas são necessárias para permitir a perfeita interação entre os *players*: entre seguradoras, TPAs e infraestrutura de distribuição. Essas tecnologias também permitiram às seguradoras aproveitar a infraestrutura existente, tais como correios e bancos.
– **Soluções iniciais:** o investimento em ferramentas como uso de diagnósticos de ponto de tratamento (por exemplo, CARE Foundation em seu piloto de seguro ambulatorial) e dispositivos portáteis (por exemplo, MNYL) é necessário para fornecer produtos

[12] Cerca de 9,5 milhões de pessoas já receberam o cartão de identificação único Aadhar. Esse cartão armazenará dados demográficos básicos e informações biométricas de cada indivíduo, como fotografia, impressões digitais dos dez dedos e leitura da íris, em um banco de dados central. Um esforço similar no Paquistão, intitulado National Database and Registration Authority (NADRA), já cobriu 96 milhões de pessoas e tem sido valioso na identificação de famílias para entrega de programas do governo.

confiáveis e de baixo custo. Para o futuro, estima-se que as seguradoras farão uso de canais pesados de tecnologia, como, por exemplo, correspondentes bancários, que usam dispositivos móveis e PoS, juntamente com cartões biométricos, para enfrentar desafios operacionais.

– **Redução do risco:** tecnologia não significa apenas soluções *high tech*; muitas soluções *low-tech* podem dar contribuições significativas para melhorar as práticas de gerenciamento de risco, por exemplo, por meio de educação em saúde de doenças que podem ser evitadas e melhores práticas de gestão da pecuária. As seguradoras têm incentivos para prevenir sinistros, o que acarreta resultados de evolução positiva.

4) *Novas partes interessadas*

– ***Players* especializados:** a WRMS desempenhou um papel fundamental na viabilização do mercado de seguro meteorológico para alcançar escala por meio de produtos inovadores personalizados para determinados grupos de risco, canais de distribuição e culturas agrícolas. Agora, as empresas de *software* estão surgindo, como a Thinkways e a Gradatim, para construir sistemas de informação para criação e gestão de sinistros enquanto produzem dados atuariais para melhoria do programa.

– **Administradores terceirizados:** o microsseguro requer grandes volumes e as seguradoras muitas vezes não dispõem de capacidade interna para gerir a administração elas próprias. No microsseguro saúde, os TPAs podem desempenhar um papel fundamental de apoio ao desenvolvimento de grandes programas, embora isso não seja para todos. A insatisfação com os administradores levou algumas IMFs e ONGs a criarem centros de processamento internos, o que reduz os atrasos nas aberturas de sinistros e no tempo total de sua administração. Tais esforços requerem uma colaboração mais estreita com as seguradoras a fim de garantir a integração contínua do processo.

– **Distribuição alternativa:** a próxima onda de canais de distribuição pode ser a mais promissora – incluindo as cadeias de abastecimento agrícola, correspondentes bancários, quiosques com acesso à Internet e varejistas locais com dispositivos de ponto de venda – todos focados em facilitar o acesso e reduzir os custos de operação dos clientes. Os incentivos são mais bem alinhados quando os distribuidores têm um interesse em parcerias, tais como leiterias, que querem garantir a previsibilidade do fornecimento de leite, ou empresas de sementes, que fornecem benefícios em espécie.

5) *Produtos especializados*

– **Coberturas da carteira:** com um enorme mercado inexplorado, os principais desafios do setor de microsseguro têm sido o de entrar no mercado, ou seja, alcançar as famílias que antes não tinham acesso a seguro. Produtos que são leves e podem facilmente se tornar "virais" têm recebido maior atenção dos profissionais. O custo de operação é uma parte importante dos produtos de microsseguro, sendo bastante alto, representando 40 por cento do prêmio, tornando o seguro formal indesejável para as famílias. O pouco conhecimento em seguro, agravado ainda pela falta de formação do

canal de venda, torna a venda direta cara e expõe o cliente a possível venda enganosa. Uma abordagem alternativa, mais acessível para a entrada no mercado, é oferecer coberturas de toda a carteira, ou parte da carteira, para intermediários, conforme testado pela BASIX para sua carteira de crédito agrícola, que contorna o custo da educação do cliente e ajuda a cobrir o risco segurável a taxas acessíveis.

- **Produtos compostos:** com a conectividade fraca da última milha disponível para famílias de baixa renda, companhias de seguros de vida e de seguros gerais enfrentam problemas de distribuição. Embora a regulamentação do microsseguro permita produtos compostos, poucas seguradoras oferecem tais produtos. O produto composto SBI Life destinado a segurar o risco de vida e propriedade reduz à metade o custo de operação para a família e, portanto, pode ser um passo na direção certa de uma cobertura mais viável financeiramente e compreensiva.
- **Produtos para riscos moderados:** muitas iniciativas oferecem produtos baratos, que cobrem eventos de baixa probabilidade para torná-los mais acessíveis. Esses produtos tendem a gerar poucos sinistros, levando a baixas taxas de renovação de adesão, o que é um importante parâmetro para medir o valor para o cliente. Para aumentar valor, os produtos podem dar às famílias a opção de escolher entre coberturas moderadas e catastróficas, aumentando a conscientização das famílias sobre cobertura e exclusões.
- **Oferta de serviços de valor agregado:** o modelo preferido de combinação de serviços seria quando o pacote adicional reduz o risco segurado, alinhando o interesse da seguradora (ou do intermediário) na entrega de tal pacote. Por exemplo, os intermediários podem oferecer itens adicionais de vacinação e forragem no seguro de pecuária. Outro exemplo é a oferta de cupons ambulatoriais ou acampamentos de saúde para reduzir eventos de internação. Tais arranjos asseguram que os clientes recebem algo tangível por seu prêmio, mesmo se não apresentarem uma reclamação de sinistro, aumentando o valor do produto percebido.

As realizações indianas ao longo da última década para proteger o pobre por meio do envolvimento de todos os setores da sociedade têm sido nada menos do que notáveis.

Com certeza, a Índia não solucionou tudo. Há uma necessidade de se reconhecer que a pobreza e a vulnerabilidade são fenômenos urbanos, bem como rurais, e considerar intervenções que beneficiarão moradores de favelas e migrantes. A natureza compulsória de muitos produtos subsidiados pelo Estado não permite o *feedback* para melhoria do produto. Além disso, a dependência do programa de crédito e da rede bancária reduz a capacidade das seguradoras de controlar a qualidade de suas carteiras. Há, certamente, espaço para melhorar em educação do consumidor e proteção do consumidor para apoiar as vendas, evitando uma crise no setor de microsseguro igual ao no de microfinanças. E as restrições regulatórias que impedem as seguradoras de vender seguro e cobrar prêmio por telefone celular estão impedindo a próxima onda de inovação.

Independentemente dos desafios que permanecem, o sucesso da Índia, envolvendo uma diversidade de abordagens e *players*, combinando inclusão financeira e proteção social, serve como motivo de inspiração.

21 Precificação de produtos de microsseguro

Denis Garand, Clémence Tatin-Jaleran, Donna Swiderek e Mary Yang

Os autores querem agradecer aos diversos revisores por seus comentários, incluindo Nigel Bowman (IAA), Eamon Kelly (consultor), Caroline Phily (OIT), Kelly Rendek (consultor atuarial) e Pedro Wrede (OIT).

O prêmio ou o preço de um produto de microsseguro é uma característica importante que afeta o valor e a viabilidade para o cliente. Se o prêmio é muito baixo, o plano pode falir; se é muito alto, a aceitação pode ser baixa *(ver Caixa de Texto 21.1)*. Um entendimento claro de cada componente do prêmio permite que se avalie a validade do preço proposto ao negociar com uma seguradora ou ao vender para os clientes.

O preço de um produto de microsseguro não pode ficar isolado do contexto em que o produto é oferecido ou do desenho do produto em si. O preço é extremamente influenciado pelo estado socioeconômico do mercado alvo, a forma como o produto é distribuído, os processos operacionais que sustentam o produto e a gestão global do programa. Embora as etapas necessárias para precificar um produto de microsseguro sejam semelhantes àquelas de um produto de seguro convencional, especialistas em precificação devem se adaptar à pouca quantidade de dados disponíveis, levar em consideração diferentes fatores e avaliar as tendências estimadas para atribuir um preço lógico para um mercado com capacidade limitada de pagar. Para manter a relevância, a experiência com o produto deve ser continuamente monitorada e a estrutura de preços aperfeiçoada, considerando que tenham sido feitas observações suficientes.

A precificação adequada é fundamental para a viabilidade de longo prazo de um produto. Provedores de microsseguro devem procurar assistência na precificação por especialistas com habilidades atuariais. Talvez o mais importante, as microsseguradoras devem desenvolver um conhecimento profundo de como o preço é afetado pelas características do produto e pelo comportamento do mercado, bem como pelos processos operacionais e administrativos. Especialistas em precificação de sucesso lutam para alcançar um equilíbrio entre acessibilidade e viabilidade conhecendo o mercado alvo, trabalhando em estreita colaboração com a equipe de desenho do produto e atuando em conjunto com outras partes interessadas que influenciam o desempenho do produto.

Este capítulo, que complementa Wipf e Garand (2006), apresenta o ciclo de precificação, discute a manipulação de dados limitados e se estende aos fatores adicionais a serem considerados quando da precificação de um produto de microsseguro. O capítulo conclui demonstrando as experiências de duas organizações e sugerindo um trabalho adicional que pode ser realizado pela comunidade atuarial para enfrentar os desafios atuais em precificação.

Caixa de Texto 21.1

Consequências de erros crassos em precificação

É importante conhecer as possíveis consequências de erros na precificação de um produto de microsseguro. Tais erros afetam não apenas os resultados financeiros do provedor, mas também o mercado de microsseguros nascente.

Se o prêmio é fixado muito alto:

– A baixa aceitação pode ocorrer se os clientes potenciais percebem um produto como inviável financeiramente ou oferecendo pouco valor. Se a aceitação é baixa ou não aumenta com o tempo, não se alcança escala nem sustentabilidade.
– A antisseleção pode aumentar porque um produto caro atrairá apenas clientes que enxergam valor em um produto cujo prêmio é alto, ou seja, aqueles mais propensos a apresentar sinistros.

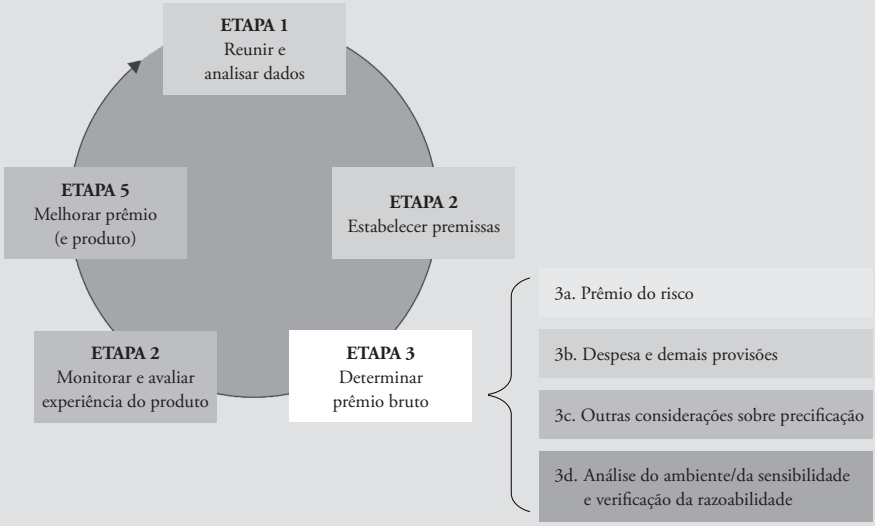
Se o prêmio é fixado muito baixo:

– Os prêmios cobrados não serão suficientes para cobrir os sinistros e outras despesas, levando a resultados financeiros ruins para o provedor.
– Grandes aumentos no preço podem ser necessários em curto prazo para corrigir precificação inadequada e manter a solvência. Como resultado, os segurados atuais podem não renovar suas apólices, o esforço em vendas pode ser desperdiçado e a população alvo pode perder a confiança no provedor de microsseguro. Por exemplo, o Karuna Trust na Índia oferecia um produto de seguro saúde altamente subsidiado. Quando se tirou a subvenção, a taxa de renovação caiu para 10 por cento.
– A insolvência pode ocorrer, levando ao cancelamento do produto, o que pode afastar a população alvo do seguro como uma ferramenta de gerenciamento de risco financeiro.

21.1 O ciclo da precificação

Igual ao processo de precificação de produtos de seguro convencional, um especialista em precificação de microsseguro deve melhorar o prêmio com o tempo por meio de um processo iterativo, que inclui reunir informações, estabelecer premissas, calcular um prêmio, analisar a experiência passada e ajustar o preço *(ver Figura 21.1)*.

Figura 21.1 **Processo iterativo do ciclo de precificação**



Etapa um

Antes de passar para o exercício de precificação, é importante conhecer o cliente alvo e o contexto do produto de seguro. Esta informação ajudará a determinar os tipos de dados a serem coletados, as fontes dos dados necessários e como a aplicabilidade dos dados deve ser avaliada.

Etapa dois

Com base nos dados e no julgamento atuarial, hipóteses adequadas são definidas. O exercício de precificação consiste em incorporar informações quantitativas e qualitativas sobre população-alvo, frequência de sinistros, custo médio de sinistros, despesas (levando em consideração os processos de implementação e gestão de produtos), uma margem de lucro e outros carregamentos. Outras hipóteses podem precisar ser incorporadas, dependendo, por exemplo, da aceitação.

Etapa três

Utilizando tais premissas, regras de subscrição e desenho do produto, o especialista em precificação modela a experiência estimada do produto para chegar ao prêmio do risco. Assim como acontece com os preços de um produto de seguro convencional, para produzir o prêmio, também conhecido como prêmio bruto (mencionado neste capítulo simplesmente como "prêmio"), elementos adicionais serão incorporados.

Uma análise de sensibilidade para testar o impacto ajustando uma variável em particular – seja uma estimativa, uma característica do produto ou um custo associado a uma etapa no processo operacional – pode ajudar a identificar fatores que

impulsionem o desempenho financeiro do produto. Também pode indicar o efeito de experiências reais diferentes sobre o desempenho financeiro do produto.

Neste ponto, desenhos de produto alternativos podem precisar ser considerados, por exemplo, reduzindo ou mudando a estrutura do benefício para tornar o produto mais viável financeiramente. O prêmio inicial também deve ser verificado com os clientes alvo para apurar se é razoável e aceitável para eles e se as características do produto são adequadas.

Várias iterações do processo descritas na etapa dois e na etapa três podem ser necessárias para se chegar a um prêmio aceitável.

Etapa quatro

Uma vez que o produto é lançado, é essencial coletar dados sobre sinistros reais e experiência de despesa, de modo que as anomalias possam ser investigadas, e estimativas, prêmio, características de produtos e processos possam ser melhorados. Além de uma análise da experiência quantitativa, o *feedback* da principal equipe de campo do produto e dos processos relacionados tanto à distribuição quanto à manutenção pode levar a aperfeiçoamentos que, por sua vez, afetam o prêmio. Entrevistas com segurados e futuros clientes também podem ajudar a verificar os dados qualitativos e confirmar o conhecimento pela equipe de projeto da percepção do valor de mercado que o produto de seguro oferece.

Etapa cinco

Com base na análise da experiência e no *feedback* sobre o produto, estimativas e prêmio podem ser melhorados. As lições devem se basear em sustentabilidade do prêmio e adequação das características do produto. Se necessário, as características do produto e/ou processos operacionais podem precisar ser ajustados para corresponder às expectativas da população e garantir a sustentabilidade do programa.

A falta de dados continua a ser a principal limitação na precificação dos produtos de microsseguro. Em muitos casos, isso pode ser superado com estimativas informadas no início a partir de dados sobre a população geral e de dados qualitativos sobre a população-alvo. É importante lembrar que o processo não termina com o preço inicial. Para se chegar ao preço correto, é necessário coletar dados uma vez que o produto tenha sido lançado, monitorar resultados e melhorar estimativas se necessário. As etapas no ciclo de precificação são discutidas em mais detalhes nas seções seguintes.

21.2 Coletar e analisar dados

21.2.1 Conhecer os clientes alvo

Precificar um produto de microsseguro é semelhante a ser a primeira seguradora a desenvolver um produto novo em um mercado emergente. Ele apresenta desafios que surgem a partir da falta de informações sobre o risco subjacente e da ausência de concorrentes para estabelecer um parâmerto do produto ou avaliar o mercado. Outras dificuldades podem ocorrer se a subscrição e os especialistas em precificação não tiverem experiência em microsseguro.

Existem diferenças marcantes entre os clientes que uma seguradora comercial normalmente atende e o segmento de baixa renda da população. Este segmento não tem as mesmas prioridades ou recursos financeiros e não pode ser alcançado pelos mesmos canais de distribuição. Atender à base da pirâmide (BoP, na sigla em inglês) requer uma abordagem diferente em desenho de produto, distribuição e entrega. É lógico, portanto, que, na precificação de produtos de microsseguro, novos fatores relacionados ao contexto e abordagens diferentes precisam ser levados em consideração.

Antes de desenvolver e precificar um produto de seguro, a equipe de projeto, incluindo o especialista em precificação, deve examinar o segmento de cliente ao qual o produto se destina. As informações obtidas não apenas influenciam as características do produto que podem atender às necessidades do segmento, mas também como a utilização potencial do produto pode afetar a precificação. Reunir dados quantitativos e qualitativos sobre os aspectos a seguir ajuda a equipe de projeto a identificar e priorizar as necessidades de seguro dos clientes alvo:

- o tipo e faixa de despesa das famílias de baixa renda, como resultado de um evento de risco;
- como elas têm enfrentado os choques financeiros resultantes dos diferentes tipos de eventos;
- o que elas percebem como as principais causas dos choques financeiros.

Esta pesquisa de mercado pode inclusive lançar uma luz sobre outros aspectos de desenho do produto; por exemplo, como o mercado alvo define a unidade "família". Em um mercado emergente, a família pode incluir avós, múltiplos cônjuges e outros membros agregados da família. Esta informação afetará a estimativa da composição de família para fins da precificação das coberturas para família.

Dependendo do tipo de seguro, também é possível determinar o valor em causa obtendo, por exemplo, dados sobre valor do gado, valor da cultura ou valor de outros ativos detidos. Esta informação dá pistas à equipe do projeto sobre valores de cobertura adequados e severidade estimada de sinistros.

Um dos principais entraves para um cliente de microsseguro potencial é a limitação em recursos financeiros. A renda é muitas vezes irregular e insuficiente. Combinado com pouca ou nenhuma poupança, orçar as necessidades básicas da família se torna extremamente difícil. Embora a necessidade de proteção possa ser reconhecida pela família, a capacidade de pagar (ATP, na sigla em inglês) e a vontade de pagar (WTP, na sigla em inglês) são os principais fatores na decisão de optar por seguro como uma ferramenta de gerenciamento de risco *(ver Capítulo 7)*. Ao atender ao mercado de baixa renda, um preço adequado é ainda mais importante, visto que isso terá um impacto significativo na aceitação do produto.

Ao reunir dados sobre os padrões de renda das famílias, a equipe de projeto pode ter a dimensão do nível de pobreza e de ATP. Por meio de discussões em grupo (FGDs, na sigla em inglês) ou de pesquisas, a equipe de projeto pode acumular informações sobre WTP e as alternativas disponíveis para o seguro formal. Os entrevistados costumam superestimar o valor que eles estão dispostos a gastar com seguro e sua produção deve ser considerada com cautela. Não é possível transferir os resultados para outros países, ou mesmo regiões do mesmo país, devido às diferenças de atitude e culturas *(ver Caixa de Texto 21.2)*. Embora coletar informações sobre ATP e WTP seja um exercício difícil, isso ajuda a equipe do projeto a compreender tanto as restrições em estrutura do prêmio quanto à "competição" que há no produto de seguro proposto, e assegura que o prêmio estará situado em uma faixa de preço financeiramente viável e aceitável para a população-alvo.[1]

Caixa de Texto 21.2

Barreiras culturais para WTP

A WTP não é apenas um fator de economia doméstica pura, mas também uma orientação cultural. Nas Filipinas, um período de luto de uma semana observado pela família é a forma pela qual os entes queridos demonstram respeito pelos seus mortos. O valor gasto no funeral e os eventos afins melhoram o *status* da pessoa que faleceu. Portanto, os filipinos enxergam valor no seguro funeral. Por outro lado, na Índia, custos e costumes são diferentes. Cerimônias fúnebres não têm a mesma importância social como ocorre nas Filipinas. Assim, o seguro funeral pode não ser tão importante na Índia, e a WTP para este tipo de produto pode ser muito menor. Além disso, em muitas culturas existe uma aversão em comprar seguro, por se acreditar que isso atrairá o acontecimento: uma comunicação adequada pode ajudar a superar as barreiras culturais e promover a aceitação.

As restrições em ATP e WTP não devem ofuscar a necessidade de cobertura adequada. Se as famílias de baixa renda não enxergam valor no produto oferecido, elas não gastarão seu dinheiro suado com isso. É, portanto, crucial comparar o prêmio inicial com a cobertura a fim de determinar se o produto oferece valor para o dinheiro.

[1] Para mais detalhes sobre desenho de produto e pesquisa sobre demanda, ver Wipf et al., 2006; Cohen e Sebstad, 2006.

Os níveis de benefícios podem precisar ser ajustados para garantir o equilíbrio entre viabilidade financeira e cobertura *(ver Caixa de Texto 21.3)*.

Caixa de Texto 21.3

Limitações financeiras e de liquidez de famílias de baixa renda

Em Chennai, Índia, um morador de favela, como outros da sua comunidade, tem a parca economia de US$2 à sua disposição para emergências. Quando precisa se consultar com um médico, ele pede a seus parentes e vizinhos um empréstimo para pagar os medicamentos (casos ambulatoriais, em geral, custam de US$2 a US$7). Se o tratamento ultrapassar US$10, ele recorre a um empréstimo com agiota para custear os serviços ambulatoriais ou de internação.

Com base em observações de vários grupos de discussão sobre clientes urbanos de IMF, as famílias de baixa renda, normalmente, têm acesso a uma rede social de apoio às despesas de valor pequeno (US$10). A participação no empréstimo social desse tipo de rede é uma obrigação extremamente enraizada na cultura da comunidade. Apesar do financiamento limitado acessível pelas redes sociais, eles são valorizados por sua flexibilidade. Como alternativa, os agiotas podem fornecer ajuda de emergência, mas cobram taxas de juros exorbitantes.

Tais detalhes servem como pistas para um tipo de produto e desenho de produto adequado para um morador de favela em Chennai. O desenho de produto aliado a informações, por exemplo, sobre fundos de emergência à disposição, renda e WTP, podem ajudar a verificar se o prêmio sugerido é cabível.

21.2.2 Prudência ao utilizar dados com limitações

O prêmio de risco de qualquer produto de seguro deve ser determinado a partir de uma base quantitativa. Infelizmente, se o produto ou o mercado é novo, é provável que não existam dados históricos. A frequência do evento, da perda e da severidade, além dos dados demográficos a partir dos quais podem ser feitas estimativas, muitas vezes são documentados de forma insuficiente a permitir uma precificação correta. Exceto no caso de um produto maduro para o qual um volume suficiente de dados do risco tenha sido devidamente coletado, os dados de sinistro muitas vezes não estão disponíveis, não podem ser utilizados com facilidade ou não são tão confiáveis quanto os de um produto de seguro convencional. A primeira etapa é, então, determinar o tipo de dados necessários e as fontes de dados disponíveis. Após a coleta de dados, a qualidade dos dados deve ser avaliada e analisada para definir as hipóteses adequadas.

As fontes de dados podem variar de dados públicos (por exemplo, dados de censo ou acadêmicos) até registros do canal de distribuição *(ver Tabela 21.1)*. Esses dados, em geral, não são iguais aos dados de sinistros mantidos por uma seguradora comercial. No caso de um produto de saúde, as informações sobre a média de despesas médicas anuais da família ou a frequência de uma doença em particular podem estar

disponíveis, mas seria difícil obter um registro completo de doenças que afetam o segmento alvo. Dependendo do tipo de risco, a disponibilidade de dados irá variar. Outro exemplo: os registros sobre sinistros de gado, normalmente, são difíceis de obter.

Apesar de as informações demográficas sobre o segmento alvo poderem ser limitadas, os canais de distribuição que atendem a este segmento podem ser uma fonte para esse tipo de dados. Por exemplo, se um produto de seguro de vida é compulsório para clientes de uma instituição de microfinanças (IMF), então é possível usar a base de dados da IMF.[2] Tais informações podem não ser totalmente precisas, porque alguns clientes de IMFs podem não saber sua idade ou a organização pode não ter coletado essas informações corretamente. Se o produto é voluntário, a incerteza é ainda maior, e um melhor conhecimento do segmento alvo definido é necessário para estabelecer os pressupostos demográficos iniciais, como distribuição etária, gênero e ocupação.

Tabela 21.1 **Fontes potenciais de dados para precificar um produto de saúde para uma cooperativa de agricultores**

Tipo de dados	*Fonte de dados*	*Conteúdo*
Demográficos	Registros de membros mantidos por IMFs e cooperativas que atuam como canais de distribuição	Idade, gênero, composição familiar, nível de renda
Socioeconômicos	Levantamento da população-alvo e FGDs	Nível de renda, WTP, ATP (bem como informações demográficas)
Gastos com saúde, custos e acesso ao serviço	Estudos sobre quaisquer programas anteriores ou registros destes. ONGs e outras organizações locais que trabalham na saúde ou na agricultura também podem dispor de informações valiosas	Dados sobre a saúde dos agricultores e de seus familiares
	Prestadores de serviços	Condições de saúde e custos de tratamento frequentes, inflação nos custos médicos
	Dados nacionais	Pesquisas e dados do Ministério da Saúde podem fornecer informações, como, por exemplo, sobre frequência de internação, custo médio de internação em um hospital público. O Committee for Public Health Surveillance pode fornecer informações sobre a incidência das doenças mais frequentes
	Estudos de caso e documentos acadêmicos	Um estudo médico pode descrever se este grupo tem acesso aos serviços e/ou programas de prevenção de saúde. Um documento da área econômica sobre saúde pode fornecer dados sobre serviços acessados
Econômicos	Dados nacionais	Taxa de juros, inflação geral

[2] Uma IMF em Fiji queria adicionar um produto funeral à sua carteira. O prêmio foi obtido a partir de uma companhia de seguros que podia assumir o risco. O prêmio foi comparado às informações do cliente mantidas pela IMF. Uma análise indicou uma sinistralidade estimada de 40 por cento, apontando para um valor ruim para o cliente. Dessa forma, a IMF não prosseguiu com este produto de seguro.

Embora os dados públicos sejam uma alternativa razoável, eles devem ser validados por comparação com dados de outras fontes. Isso significa que a qualidade dos dados limitados disponíveis deve ser conhecida. Considerando que os dados sobre os quais a precificação do microsseguro se baseia muitas vezes não se destinam a cálculos de seguros, deve ser dada atenção à sua definição e qualidade ao considerar seu uso para computar o prêmio de risco.

Dados de censos, pesquisas e estudos nacionais, bem como de indicadores de desenvolvimento internacional, muitas vezes oferecidos por organizações públicas, podem estar disponíveis. No entanto, sua qualidade pode ser inconsistente. Além disso, dados de pesquisa nacional normalmente não são representativos de clientes alvo de microsseguro. Detalhes suficientes podem não estar disponíveis se apenas a informação em termos macro é publicada. Outras informações, como, por exemplo, dados climáticos utilizados para desenvolver indicadores meteorológicos não existem em um escala suficientemente grande para ser útil aos profissionais. É necessário que se tenha um cuidado especial quando as comparações se baseiam em programas de regiões geográficas e países diferentes.

Considerando que dados quantitativos de qualidade suficiente podem não estar disponíveis, e que obter dados mais detalhados e confiáveis pode ser caro e demorado, os dados quantitativos disponíveis devem ser complementados com dados qualitativos coletados por FGDs e entrevistas com as principais fontes que tenham um bom conhecimento da população-alvo (por exemplo, ONGs, assistentes sociais e pessoal de IMF). Referências a condições de vida (por exemplo, saneamento, habitação), ocupações (por exemplo, riscos, fluxo de renda, nível de renda), acesso aos serviços de saúde e financeiros, instrução e cultura são todas informações úteis para avaliar o potencial de aceitação, frequência de sinistros e severidade dos sinistros de uma cobertura de seguro. Por exemplo, que tipo de acesso a população-alvo tem aos serviços de saúde ou, no caso de seguro de pecuária, a veterinários? Quando e com que frequência eles acessam esses serviços? Que percentual da população-alvo tem contas poupança? Tais informações podem ajudar a determinar a cobertura necessária, a disposição de comprar um determinado tipo de seguro e o risco da população-alvo em relação aos dados disponíveis para a população em geral.

Pressupostos sobre a perda estimada precisarão ser estabelecidos com base em informações disponíveis limitadas. Dados qualitativos podem melhorar a precificação verificando se as premissas são reais. A precificação do microsseguro não deve se basear apenas em dados concretos, mas também deve considerar informações adicionais, tais como costumes e cultura, fatores demográficos e econômicos locais, qualidade da saúde e práticas agrícolas, e, em particular, como o plano será administrado.
Uma vez que os dados tenham sido avaliados, as lacunas de dados precisam ser identificadas e discutidas pela equipe do projeto. Uma abordagem sistemática para preencher a lacuna de dados pode, então, ser desenvolvida e implementada para monitorar a experiência real depois que o produto é lançado.

Os dados nacionais não podem ser um bom substituto para a experiência do segmento de baixa renda, porque não representam, necessariamente, a experiência

do segmento cliente-alvo. Dados nacionais incluem seguro saúde privado e a experiência do segmento próspero da população. As características específicas de uma região e/ou segmento da população estarão dentro da visão nacional. Pressupostos baseados em dados nacionais podem levar a uma precificação a maior ou a menor. Na falta de mais informações sobre a distribuição das despesas de saúde, o uso apenas dos dados apresentados na Tabela 21.2 não permite conclusões com base em um limite de cobertura que exclua perfis caros muito arriscados, mas ainda cobrem a maioria dos custos de tratamento de saúde do segmento-alvo. Média e distribuição são dois tipos diferentes de dados e não podem ser usados alternadamente.

Tabela 21.2 **Erros comuns ao produzir estimativas de seguro saúde a partir de dados limitados**

Dados regionais e limite de cobertura	*Índia*	*Bangladesh*
Percentual de produto interno bruto gasto em saúde	4,9	3,8
Percentual pago em termos privados	75	64
Despesas *per capita* pagas por conta própria	INR1,540 (US$ 31)	Tk487 (US$ 7)

21.3 Definir premissas

As premissas subjacentes a um cálculo de prêmio de risco podem parecer complicadas, mas realmente se limitam à frequência dos eventos de risco, distribuição dos custos de sinistros e características da população segurada. As premissas sobre as quais os prêmios de risco em geral se baseiam – maturidade do programa, controles, tamanho da carteira e diversificação do risco – muitas vezes não são atendidas. Devido à natureza dinâmica dos riscos subjacentes, a experiência real provavelmente será diferente das premissas subjacentes. O objetivo de um exercício de precificação deve incluir redução frequente e ajustes significativos nos prêmios de risco apresentados aos clientes alvo. Esta seção aponta áreas a considerar ao definir as premissas nas quais se baseiam os cálculos do prêmio de risco, de modo a evitar ajustes de prêmio problemáticos.

Ao definir premissas, o especialista em precificação deve considerar o horizonte de tempo sobre o qual o prêmio de risco será válido e as tendências de fatores que afetam a frequência e a severidade dos sinistros. Por exemplo, a frequência de sinistros inicial de um programa de saúde pode ser baixa, imediatamente após o lançamento do produto, devido ao pouco conhecimento do processo de sinistros. Mais tarde, ela pode aumentar drasticamente à medida que os segurados ficam mais bem informados sobre os procedimentos de sinistros e ganham confiança para acessar a saúde. Neste caso, se a premissa é analisada com base nas primeiras observações, o prêmio de risco não será suficiente para cobrir o desembolso real ao longo do tempo. Para alcançar sustentabilidade em médio e longo prazo, as premissas devem incluir algum elemento de tendências na experiência estimada que pode variar com o tempo.

Os riscos cobertos por um produto vendido em uma área geográfica pequena podem estar correlacionados. Os clientes alvo podem ficar expostos aos mesmos riscos. Por exemplo, um desastre natural pode atingir a área e desencadear muitos sinistros de saúde ou de pecuária. No início, e dependendo da distribuição e do modelo de aceitação do risco, esta correlação pode afetar adversamente os preços. Em vez de carregar ainda mais o prêmio de risco, uma cobertura de resseguro adequada pode ajudar a manter o prêmio em um nível financeiramente viável. O resseguro terá, sem dúvida, um custo; no entanto, pode ser necessário tornar o programa viável em longo prazo.

Mais ainda no microsseguro do que nos produtos de seguro comercial convencional, a precificação depende muito da abordagem utilizada para inteirar o mercado sobre o uso do produto e para administrar e controlar o produto. A cobertura compulsória que é mal informada ao segurado muitas vezes resulta em sinistralidade baixa. Em contrapartida, se um provedor de saúde está envolvido em um programa de seguro, o excesso de oferta de serviços pode ser observado se o controle adequado não é feito. Para melhorar o acesso e o valor para o cliente, alguns mecanismos de controle de fraude são adaptados para o microsseguro. Estas diferentes abordagens de implementação e mecanismos de controle podem afetar potencialmente os preços e devem ser levadas em consideração ao se estabelecerem as premissas.

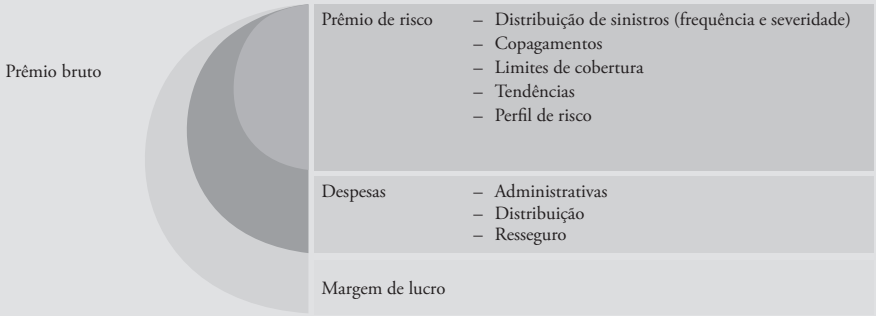
O especialista em precificação deve verificar as premissas iniciais contra as informações qualitativas por questões de plausibilidade. Por exemplo, mesmo se houver clínicas públicas acessíveis pela população-alvo, os trabalhadores de baixa renda doentes não podem tirar um dia de folga do trabalho para ir ao médico, porque seriam descontados. Um trabalhador pode esperar até que a situação se agrave antes de procurar socorro. Além disso, a cobertura por um produto de seguro pode afetar o comportamento do trabalhador. O especialista em precificação deve levar em consideração esses fatores observados durante o intercâmbio com a população-alvo e mudanças comportamentais percebidas nas premissas frequência e gravidade. Além do possível baixo número de apólices vendidas nos estágios iniciais, o que leva à variabilidade nos dados da experiência, a falta de informação também gera maior incerteza para o especialista em precificação. Por conseguinte, é ainda mais difícil avaliar a perda estimada e prever os resultados financeiros.

Mais uma vez, ao definir premissas, o especialista em precificação precisa se lembrar de que a viabilidade financeira é um dos principais limitadores com os quais eles terão de trabalhar. Ao atender os clientes na BoP, é fundamental dar prioridade às práticas comerciais éticas sobre precificação conservadora.

21.4 Determinar o prêmio

O prêmio inclui essencialmente três componentes – um prêmio de risco equivalente aos sinistros estimados; 2) despesas operacionais; e 3) uma margem de lucro – conforme ilustrado na Figura 21.2.[3] Esta seção leva em conta esses três itens, e outras considerações sobre precificação, de forma mais detalhada.

Figura 21.2 **Determinar o prêmio**



21.4.1 Calcular o prêmio de risco

Uma vez que as premissas tenham sido definidas para a frequência e severidade de sinistros estimada, o prêmio de risco pode ser calculado, levando em consideração os itens. O prêmio de risco representa o custo estimado de sinistros durante um determinado período e, em sua forma mais simples, é calculado utilizando a fórmula a seguir, conforme ilustrado na Tabela 21.3.

Prêmio de risco = severidade de sinistros estimada × frequência de sinistros estimada

Tabela 21.3 **Amostra dos cálculos do prêmio de risco**

Produto vida	Benefícios (severidade)	10.000
	Taxa de óbitos estimada (frequência)	5%
	Prêmio de risco	10.000 × 5% = 50
Produto saúde	Custos do tratamento	2 níveis: 5.000 ou 10.000; 75% dos casos, o custo incorrido é 5.000; 25% dos casos é 10.000
	Frequência	4 por cento
	Prêmio de risco	(5,000 × 75%) + (10.000 × 25%) × 4% = 250

[3] Neste capítulo, o termo "prêmio" é usado para se referir ao prêmio bruto; o "prêmio de risco" é especificamente mencionado quando aplicável.

Devido às sérias limitações de dados e à incerteza inerente à quantificação do risco subjacente, o especialista em precificação não deve exagerar na projeção da modelagem da distribuição dos sinistros. O especialista em precificação precisa fornecer uma melhor estimativa, levando em conta as particularidades relativas ao contexto, embora conscientes das limitações do conjunto inicial de premissas.

21.4.2 Calcular as despesas

Uma vez que um prêmio de risco foi calculado, um coeficiente de despesas, normalmente indicado como um percentual do prêmio de risco, é, então, definido. Esse coeficiente de despesa, em geral, cobre custos de venda e distribuição do produto, custos de administração, resseguro e outras despesas. Os custos relacionados à distribuição e administração do microsseguro são significativamente diferentes dos produtos de seguro tradicionais. Esforços para ensinar a BoP sobre o uso do seguro como uma ferramenta de gerenciamento de risco, desenvolvendo canais de distribuição não convencionais e atendendo a populações dispersas e remotas, podem contribuir para custos mais altos do microsseguro.[4]

Como parte do exercício de precificação, as implicações no custo da estrutura administrativa em particular apoiada por processos aplicáveis ao produto devem ser quantificadas. Uma análise do custo-benefício do processo deve ser realizada para identificar motores do custo e motores da aceitação. Por exemplo, uma estratégia de comunicação pode ser cara de se implementar, mas pode aumentar muito a aceitação e melhorar os resultados financeiros. Se o custo de administração é substancial, as alternativas devem ser exploradas como inovações por meio de tecnologia *(ver Capítulo 24)* e simplificações de processos (por exemplo, papelada, autenticação, validação). A equipe do projeto deve sugerir abordagens alternativas e trabalhar com o especialista em precificação para avaliar o efeito sobre preços e resultados financeiros.

Além disso, pode haver regulamentos específicos que devem ser considerados, tais como restrições sobre comissões para agentes de microsseguro. O regulamento específico e os custos de remuneração reais devem ambos ser levados em consideração ao se determinar o coeficiente de despesa.

No total, essas despesas podem representar um grande percentual da receita bruta de prêmio e, portanto, devem ser monitoradas. O sistema contábil utilizado pelo provedor deve ser adaptado de forma ideal para alocar as despesas às linhas de produtos e facilitar a separação nas várias categorias descritas anteriormente. A implementação e gestão de um programa de microsseguro tem um grande impacto nas despesas e nos resultados financeiros, conforme ilustrado na Caixa de Texto 21.4. A análise dessas despesas é uma parte integrante da precificação e análise do produto subsequente. O coeficiente de despesa deve ser analisado e as práticas administrativas devem ser melhoradas a fim de reduzir as despesas a níveis razoáveis, de preferência abaixo de 30 por cento do prêmio bruto.

[4] Para mais detalhes sobre custos de distribuição e administração, ver McCord et al., 2006.

Caixa de Texto 21.4

Processos influenciam despesas

O valor das despesas varia muito de produto para produto e depende dos processos utilizados. Por exemplo:

1) Um produto dotal na África Ocidental tem o total de despesas e comissões de 7,1 por cento do prêmio. Houve um esforço para melhorar a eficiência do processo manual por meio de automatização, com expectativa de reduzir as despesas para 4 por cento.
2) Em muitos programas de saúde, níveis de despesa tão altos quanto 30 por cento do prêmio foram observados.
3) Cartões de adesão podem ser emitidos para identificar os membros de um programa de microsseguro saúde e agilizar o processamento dos sinistros. Esta é uma forma de armazenar informações, autenticar adesão e, potencialmente, reduzir fraude. O cartão, se equipado com um *chip* ou uma fita magnética ou foto, pode ter um custo baixo (menos de US$1). Embora esta despesa represente um pequeno percentual do prêmio para uma política individual convencional, pode representar uma parcela significativa, por exemplo, de uma apólice com um prêmio de US$12 por ano.

21.4.3 Margem de lucro

Para a viabilidade de longo prazo, além de levar em consideração as despesas de administração, todos os produtos de microsseguro devem ter uma margem de lucro. Mas o que é um lucro razoável? Ele deve ser calculado com base no risco e no capital exigido. Para a maioria dos produtos, estes cálculos produzem uma série de percentuais de rentabilidade entre 2 e 10 por cento de prêmio bruto, o que é um retorno cabível sobre as exigências de capital baseado no risco. Um princípio no atendimento da BoP é que os lucros do mercado de baixa renda devem se basear em volume alto, e não em margens altas. Este é um ponto a ser levado em consideração, visto que o provedor de microsseguro constrói margens de lucro sobre os prêmios dos produtos que ele oferece.

21.4.4 Outras considerações sobre precificação

Precificação comunitária

Embora a segmentação baseada no cliente e o conhecimento das diferenças nos perfis de risco dos indivíduos de um segmento-alvo sejam importantes, um objetivo prioritário é oferecer proteção de seguro a um preço justo, acessível e adequado, para um grande número de pessoas de baixa renda. A precificação comunitária, semelhante à precificação de uma apólice em grupo, é a abordagem preferida por três razões principais:

- **Inclusão financeira:** a proteção financeira deve ser acessível para um grande número de pessoas que estão atualmente carentes e sem proteção. Se os prêmios de risco são determinados atuarialmente para cada subgrupo de uma população-alvo, alguns subgrupos podem não conseguir pagar o produto. O subsídio cruzado é, portanto, aceitável desde que a antisseleção não se torne uma ameaça para a sustentabilidade do programa; por exemplo, os membros mais antigos da cooperativa podem ser excluídos (de fato ou devido a prêmios mais elevados) de uma cobertura de seguro de vida se a precificação não é feita com base na comunidade.
- **Simplicidade:** a estrutura de prêmio simples será mais fácil de administrar, e mais fácil para explicar para a população-alvo, aumentando, assim, o conhecimento do produto, o que pode levar a uma aceitação maior.
- **Escala:** se um grande número de pessoas compra o produto em razão da sua viabilidade financeira e simplicidade, então será mais fácil de distribuir os custos fixos e tornar o programa mais sustentável em longo prazo. Se a escala é alcançada, a incerteza quanto à precificação e outros critérios financeiros é reduzida.

Em longo prazo, a precificação comunitária permite um melhor desenvolvimento dos objetivos e permite que a seguradora alcance escala e melhor rentabilidade. As desvantagens da precificação comunitária podem ser atenuadas com regras de subscrição (por exemplo, condições de elegibilidade). Embora a precificação seja conduzida na comunidade ou em termos de grupo, fatores como idade e gênero devem ser levados em consideração na análise detalhada e no acompanhamento dos resultados. A análise em termos granulares garante que não há antisseleção e que o prêmio de risco continue justo.

Análise do ambiente e verificação da razoabilidade

Uma vez que um prêmio foi calculado, uma análise de sensibilidade testando o impacto das variações em uma única premissa pode ajudar a identificar a variável à qual o desempenho financeiro do produto é mais sensível. Considerando que os resultados financeiros irão variar de acordo com a aceitação, a maturidade do programa, o comportamento da população e a incerteza relacionada a esses fatores, ambientes com experiências diferentes devem ser explorados para entender a gama de resultados financeiros possíveis para o programa precificado.

Uma vez que o especialista em precificação chegou a um prêmio sugerido, este deve ser conferido em relação à ATP e à WTP a fim de garantir que é cabível. Um grande desafio da equipe do projeto é oferecer proteção que corresponda às necessidades das famílias de baixa renda a um prêmio financeiramente viável que cubra sinistros, outras despesas e quaisquer exigências de reserva e margens de lucro necessárias para que o produto seja sustentável. É provável que várias iterações do processo de precificação sejam consideradas para se chegar a um equilíbrio aceitável, de modo que seja valorizado pelos clientes e acessível para eles. Para fazê-lo, pode ser

necessário analisar o desenho do produto, reduzindo ou alterando a estrutura de benefícios, no intuito de tornar o produto mais acessível, ou explorando a implementação do programa e melhorias no processo.

21.5 Monitorar e avaliar a experiência do produto

Uma vez que o produto está pronto para ser lançado, é essencial criar um sistema de informações gerenciais (MIS) para coletar dados sobre a experiência real de sinistros e despesas, de modo que premissas, prêmio, características dos produtos e processos possam ser melhorados. Isso apoiará o monitoramento de perto das premissas iniciais contra a experiência real, de forma que os ajustes necessários nos preços podem ser feitos se preciso. Os dados devem incluir detalhes demográficos do segurado, das reclamações de sinistro apresentadas e das finanças do produto para que os principais indicadores de desempenho (KPIs, na sigla em inglês) possam ser calculados e a análise subsequente, realizada. A análise de sensibilidade/cenário realizada na etapa três do ciclo ressaltará quais são os KPIs que requerem monitoramento regular (ou seja, aqueles aos quais a viabilidade financeira do produto é mais sensível). É muito importante monitorar continuamente os padrões de sinistro e investigar as anomalias. Este exercício pode ser apoiado por um MIS e um sistema contábil que seja suficientemente robusto e bem administrado para permitir que todos os processos administrativos sejam monitorados.[5]

21.6 Melhorar o prêmio

Os prêmios devem ser ajustados ao longo do tempo, com base em observações suficientes. Embora as companhias de seguros tradicionais, em geral, tenham grandes carteiras, com a aceitação de um único produto alcançando centenas de milhares, um produto de microsseguro pode não atingir massa crítica em seus primeiros anos, dependendo do país e do canal de distribuição utilizados. A aceitação, muitas vezes, é limitada no início de um programa, uma vez que um grande esforço de comunicação é necessário para criar consciência e educar um segmento alvo que não está familiarizado com o seguro. A aceitação inicial terá um impacto sobre o seguinte:

- **A frequência de sinistros** pode variar de período a período, mas a frequência intrínseca que representa uma média ao longo de vários períodos pode permanecer a mesma. Portanto, esta hipótese deve se basear em uma expectativa de longo prazo e ser ajustada quando evidências convincentes o suficiente sugiram uma mudança material.
- **Despesas de administração:** se o número de apólices vendidas é baixo, o valor das despesas fixas alocado para essas apólices será alto. No entanto, em longo prazo, o

[5] Ver Wipf e Garand, 2010, e Wipf e Garand, 2006 para mais detalhes.

valor da despesa fixa alocado para cada apólice deve diminuir à medida que as vendas aumentam. Despesas administrativas elevadas aumentam o prêmio, reduzindo a viabilidade financeira. Portanto, um coeficiente de despesa médio de longo prazo estimado deve ser utilizado a partir do lançamento do produto.[6]

– **As despesas de marketing e distribuição** alocadas por apólice serão mais altas nos primeiros anos devido ao pequeno número de apólices vendidas. Os custos de educação e conscientização também podem ser maiores nos primeiros anos, uma vez que os esforços para ensinar a população são a chave para gerar vendas. De modo semelhante às despesas administrativas, esses custos devem ser amortizados durante a vida estimada da linha de produto ou, por exemplo, em cinco anos.
– **A credibilidade de dados/experiência coletados:** uma pequena amostra de sinistros e segurados não tem muita credibilidade. Ajustar as premissas muito cedo ou com base em uma pequena amostra pode conduzir a outros erros. As premissas sobre custos de sinistros devem ser analisadas apenas quando dados de experiência suficientes tiverem sido reunidos. A experiência observada pode ser diferente das estimativas, mas isso não deve, necessariamente, conduzir a um ajuste na precificação ou na estimativa porque, para eventos de baixa incidência, há necessidade de uma grande quantidade de dados.

Além de uma análise da experiência quantitativa, o *feedback* das principais pessoas de campo sobre o produto e os processos relacionados tanto à sua distribuição quanto ao seu serviço poderia levar a aprimoramentos no produto e no processo que, por sua vez, mudam o prêmio. Entrevistas com segurados e potenciais clientes também podem ajudar a verificar a experiência e na percepção que a população-alvo tem do produto.

21.7 Exemplo resumo

Para ilustrar o ciclo da precificação e os desafios de precificar com dados limitados, este seção fornece dois exemplos reais do mesmo país, descritos nas Caixas de Texto 21.5 e 21.6.

Caixa de Texto 21.5

Precificação: Organização A

A organização A entrega serviços de apoio rural em todo o país. Em colaboração com uma seguradora e com um mínimo de insumos diretos de seus membros, a Organização A desenvolveu e forneceu para seus membros uma cobertura compulsória por um prêmio de US$1,18 acrescido de uma taxa para cobrir as despesas de administração. O plano cobre indivíduos de 18 a 65 anos com um benefício de internação de US$294; o benefício de maternidade está excluído.

[6] O custo no início das operações deve ser amortizado durante um período adequado.

Caixa de Texto 21.6

Precificação: Organização B

A Organização B se concentra em uma região do país e tem organizações irmãs que oferecem serviços de microfinanças, saúde e apoio técnico na agricultura. A organização realizou uma pesquisa sobre necessidades do cliente, obteve assistência especializada com o desenvolvimento do produto e a criação de processos, encontrou um parceiro de seguro e estabeleceu operações administrativas em apoio à administração do programa. Um programa de seguro saúde voluntário é oferecido para uma aldeia na condição de que 50 por cento da aldeia participe. As famílias que participam são obrigadas a segurar todos os membros da família. O programa oferece aos membros segurados de todas as idades um benefício de internação que não envolve dinheiro, cujo valor equivale a US$400, cobertura para parto, vales para consulta ambulatorial e uma cobertura de seguro de vida de US$350 por segurado.

A organização A experimentou taxas de incidência abaixo de um por cento e uma média de sinistros de US$140 por vários anos. No entanto, o contato com os membros apontou que eles não têm conhecimento desta cobertura de seguro saúde e não sabem como acessar os serviços de saúde. Além disso, a liquidação dos sinistros com base em reembolso pode ser um obstáculo para a obtenção dos serviços pelos membros.

A Organização B, por outro lado, apresenta um conjunto de questões diferentes. Ela tinha premissas iniciais, conforme resumido na Tabela 21.4.

Tabela 21.4

Organização B, sinistros de saúde estimados

	Incidência (%)	*Média de sinistros (US$)*	*Prêmio de risco (US$)*
Sem parto	3,60	51,44	1,85
Seção C	0,33	209,50	0,69
Parto normal	1,87	29,29	0,55
Total			3,09

Embora a experiência média de sinistros real estivesse dentro dos 4 por cento da média de sinistros estimada para o primeiro ano e dentro de 20 por cento para o segundo ano, a experiência de incidência real foi substancialmente diferente:

Tabela 21.5

Organização B, resultados de incidência

	Estimada (%)	*Real ano um (%)*	*Real ano dois (%)*
Sem parto	3,60	9,40	9,70
Seção C	0,33	0,40	3,00
Parto normal	1,87	2,80	4,90

Quais foram as razões para a divergência na experiência da Organização B? Parece haver duas questões principais:

1) A solidariedade esperada da comunidade não se concretizou. A população-alvo alcançou apenas 3 por cento, indicando um grave caso de seleção adversa.
2) Os provedores de serviços de saúde provavelmente ofereceram mais e cobraram mais. Cerca de 54 por cento dos sinistros foram para internações de um dia. O custo médio por sinistro de parto foi maior do que em outras regiões na área. Os provedores de saúde admitiram para um participante externo que o programa de seguro saúde era uma máquina de fazer dinheiro.

O principal ponto ilustrado por esses dois exemplos é que os programas podem experimentar uma enorme divergência entre experiência real e estimativas se eles não:

– tomarem medidas para conhecer o mercado alvo;
– desenvolverem processos adequados para oferecer o produto; e
– educarem o cliente sobre o uso do produto.

No entanto, não implementar e gerenciar o produto orientado para as necessidades de uma forma cuidadosa também pode contribuir para a divergência de experiência das estimativas. Além disso, o especialista em precificação não pode fazer estimativas para uma determinada situação a partir da experiência de outra sem considerar as diferenças em contexto, implementação e gestão. Conforme demonstrado por esses dois exemplos, produtos semelhantes podem apresentar experiências muito diferentes, mesmo que sejam oferecidos no mesmo país.

Por fim, o exercício de precificação deve considerar como várias partes interessadas, incluindo os segurados e os prestadores de serviços, responderão ao programa de modo que a experiência não se desvie drasticamente das estimativas. Isso também indica a importância de gerenciar e monitorar a experiência para que uma ação corretiva possa ser empreendida.

21.8 Conclusão

Este capítulo se concentrou na precificação de produtos de seguro para mercados de baixa renda, incluindo o processo de precificação básico e a importância de contar com um especialista qualificado para realizar o exercício. Os provedores de microsseguro devem procurar especialistas em precificação (internos ou externos) para assegurar que o prêmio seja apropriado e que os processos e as características do produto sejam adequados para alcançar sustentabilidade e oferecer serviços de seguro de valor para o cliente. Estes peritos devem entender como o desenvolvimento e a implementação do produto e dos processos de apoio, bem como o comportamento do mercado, afetam os preços.

As premissas iniciais e o prêmio não serão perfeitamente corretos. Por causa das sérias limitações de dados e das incertezas na quantificação do risco subjacente, o especialista em precificação não deve supervalorizar o projeto de modelagem da distribuição dos sinistros. O especialista em precificação precisa fornecer uma melhor estimativa, levando em conta as particularidades do contexto, embora ciente das limitações das estimativas iniciais. As lacunas de dados precisam ser identificadas para que a equipe do projeto possa trabalhar sistematicamente para preenchê-las depois que o produto tiver sido lançado.

Uma vez que os resultados da precificação sejam somente tão bons quanto os dados e as premissas que alimentaram o exercício, o especialista em precificação deve garantir que a equipe do projeto e as principais partes interessadas trabalhem com as iterações do ciclo de precificação. Isso pode ajudar a melhorar a qualidade dos dados coletados, a implementação de melhorias e a comunicação com o mercado.

Para os atuários, precificar com poucos dados em mercados novos pode ser um novo desafio. Atuários podem contribuir, em primeiro lugar, conhecendo esses novos mercados, conhecendo a cultura e aprendendo a se remontar ao básico. Além disso, os atuários podem ajudar a:

- construir a capacidade de seguro dos *players* do mercado em desenvolvimento, por exemplo, melhorando as demonstrações financeiras para permitir que os gestores se concentrem nas principais questões;
- prestar assistência técnica no desenvolvimento do MIS para projetos de microsseguro, concentrando-se em capturar os dados essenciais e reunir as informações necessárias para gerenciar o produto (em uma perspectiva de coleta do valor correto de dados – nem muito ou nem pouco);
- facilitar a coleta e o compartilhamento de dados em termos da indústria até que bancos de dados suficientemente robustos tenham sido desenvolvidos; comparando programas e ajudando na implementação de organizações para conhecer seu desempenho comparado aos planos de melhor desempenho;
- analisar as tendências e tirar lições para a comunidade do microsseguro; e
- oferecer assistência técnica/seminários sobre reservas e resseguro.

VII Canais de distribuição e intermediários

22 Novos obstáculos na distribuição do microsseguro

Anja Smith, Herman Smit e Doubell Chamberlain

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 8, publicado pela Facility Inovação em Microsseguros da OIT. Os autores gostariam de agradecer a Aparna Dalal (OIT), Jeremy Leach (Hollard), Brandon Mathews (Zurich), Michael J. McCord (Micro Insurance Centre), Pranav Prashad (OIT) e Dirk Reinhard (Munich Re Foundation) pela revisão que fizeram. Os estudos de caso que contribuíram para este capítulo foram financiados pela Swiss Development Corporation e pelo FinMark Trust.

Alcançar escala por meio de distribuição rentável é um dos maiores desafios para o desenvolvimento de produtos viáveis, a prêmios baixos. Para alcançar efetivamente a maior base de clientes possível, está sendo dada ênfase cada vez mais aos modelos de distribuição inovadores, em alternativa à distribuição do microsseguro tradicional, o que normalmente fica a cargo de instituições de microfinanças (IMFs).

Durante a última década, provedores de seguros e parceiros de distribuição experimentaram formas inovadoras de estender o seguro às famílias de baixa renda. Este capítulo considera as experiências de 14 grupos de inovadores em microsseguros do Brasil, da Colômbia, Índia e África do Sul que usam parcerias para distribuir seguro por meio dos seguintes canais:[1]

- **varejistas que vendem em dinheiro**, incluindo supermercados e varejistas do ramo de vestuário, que oferecem produtos de seguro de acidentes pessoais e funeral simplificados;
- **varejistas que vendem a crédito**, como, por exemplo, lojas de móveis e eletrônicos que oferecem produtos de seguro prestamista, de garantia estendida, acidentes pessoais e vida;
- **companhias de serviços públicos e de telecomunicações**, que oferecem produtos de seguro de invalidez, desemprego, acidentes pessoais e, em alguns casos, seguro da estrutura residencial; e
- **prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados** que oferecem produtos de seguro de acidentes pessoais e vida.

Estes modelos foram escolhidos devido às suas abordagens originais e interessantes, relativas tanto ao desenvolvimento de produto quanto ao processo de distribuição. Estudos de caso sobre suas experiências foram realizados com base em entrevistas com provedores de seguros, seus parceiros de distribuição e, em alguns casos, com admi-

[1] Os exemplos descritos neste capítulo são extraídos dos estudos de casos disponíveis em www.cenfri.org: Smit e Smith, 2010a, 2010b; Smith e Smit, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d; Smith, Smit e Chamberlain, 2010; Zuluaga, 2010.

nistradores terceirizados ou corretores. As informações coletadas nas entrevistas foram complementadas por evidências extraídas de *websites* da empresa e relatórios anuais, bem como de reportagens disponíveis na mídia e outros documentos de pesquisa. Considerando que os estudos de caso são documentos públicos, os dados que podem fornecer uma visão mais detalhada sobre o sucesso e o valor de diferentes modelos e produtos, tais como o número de apólices vendidas, coeficientes de sinistro, tempo de vigência da apólice e lucro gerado, nem sempre podem ser incluídos.

Este capítulo está estruturado da seguinte forma: a primeira seção analisa o conceito de distribuição alternativo no contexto do microsseguro e apresenta os estudos de caso. A seção 22.2 se concentra nas categorias emergentes de distribuição alternativa e seus respectivos pontos fortes e fracos. A terceira seção considera temas e questões importantes que surgem a partir desses novos modelos de distribuição. A seção 22.44 conclui com uma breve análise sobre o futuro da distribuição do microsseguro.

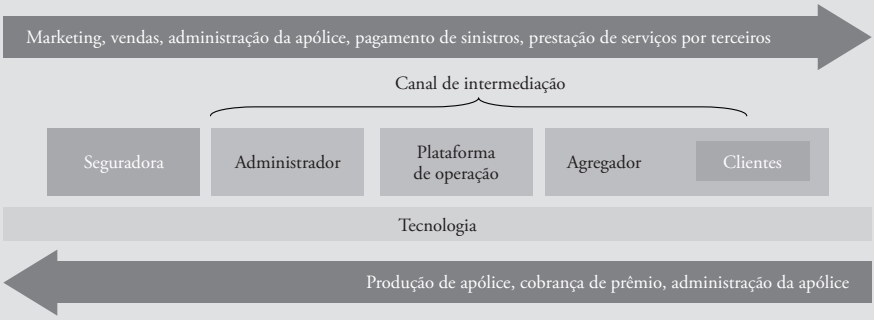
22.1 Repensar a distribuição

Para o propósito deste estudo, a distribuição alternativa foi definida vagamente como modelos de seguro voluntários que utilizam parcerias com instituições que tradicionalmente não têm envolvimento com seguro, para alcançar famílias carentes, de baixa renda. Esses modelos, normalmente, compartilham as seguintes características:

- **Escala por meio de agregação:** Capacidade para atingir escala, visando grandes concentrações de clientes, por exemplo, grupos de clientes específicos fora da área de seguros, incluindo clientes de varejistas, empresas de telefonia móvel e companhias de serviços públicos.
- **Existência de pegada em infraestrutura:** Ao firmar parcerias com organizações que têm grandes concentrações de clientes, modelos de distribuição alternativa, em geral, contam com a existência de uma comunidade que é maior do que aquilo que uma companhia de seguros poderia alcançar por conta própria. A infraestrutura pode ser física, como edifícios, ou virtuais, como uma rede de telefonia móvel.
- **Plataforma de operação:** O canal de vendas, normalmente, dobra como uma plataforma de cobrança de prêmio. Um exemplo é incluir os prêmios em uma conta de serviço público.
- **Produto independente voluntário:** Modelos, com frequência, distribuem produtos voluntários por "inclusão", em vez de por "exclusão". Comprar seguro é, portanto, uma escolha explícita do cliente, em vez de uma inclusão automática de outro produto ou serviço.
- **Marca de confiança:** A maioria dos modelos confia em uma parceria de distribuição, cuja marca seja bastante confiável. Quando os modelos não contam com este benefício, isso causa um impacto negativo no sucesso do modelo.

Distribuição é um conceito muito mais amplo do que simplesmente entregar o produto de seguro para o cliente. Na Figura 22.1, a distribuição se refere a todas as interações que ocorrem entre o segurador do risco e o cliente final, o que inclui produção da apólice, cobrança do prêmio e administração da apólice, assim como todas as atividades de marketing, vendas e pagamento de sinistros. Este processo pode envolver várias empresas diferentes, incluindo: 1) companhias de seguros (tomadores de risco); 2) administradores terceirizados; 3) prestadores de serviços de pagamento terceirizados (que, em alguns casos, também são clientes agregados); e 4) cliente agregador ou parceiro de distribuição. Ao analisar o desempenho em distribuição, há de se considerar todas as atividades e entidades diferentes na cadeia de valor.[2]

Figura 22.1 **Inovação em todo o processo de distribuição**



Fonte: Bester et al., 2008a; Leach, 2005.

22.1.1 O que é o sucesso?

O desempenho de um modelo de distribuição em particular precisa ser avaliado pela perspectiva tanto do cliente quanto da empresa, pois o que funciona para a seguradora e o parceiro de distribuição pode não funcionar para o cliente. A Tabela 22.1 apresenta algumas das perspectivas da empresa e do cliente sobre o que pode ser considerado sucesso em distribuição. A tabela indica uma falta de alinhamento entre a perspectiva da empresa e do cliente em relação ao aspecto mais importante do processo de distribuição. Embora a aquisição e a cobrança de prêmio possam ser mais importantes para as empresas, a fase de processamento de sinistros é o que mais importa para o cliente. Em curto prazo, as empresas têm mais incentivo para investir e inovar em vendas e cobrança de prêmio, e menos incentivo para mudar e otimizar o processamento de sinistros. No entanto, em longo prazo, uma prestação de serviços e um sistema de processamento de sinistros eficientes e convenientes são do interesse dos parceiros de negócios, uma vez que isso aumentará a fidelidade do consumidor e fará com que os clientes voltem.

[2] Para mais informações sobre este assunto ver Bester et al., 2008.

22.1.2 Vendas ativas ou passivas

O aspecto vendas da distribuição pode ser a primeira exposição do cliente a um determinado produto de seguro. Portanto, é importante que o processo de vendas permita ao cliente tomar uma decisão de compra informado. Os 14 exemplos de distribuição analisados neste capítulo se caracterizam por diferentes níveis de interação com o cliente em potencial durante o processo de vendas. A interação com o cliente pode ser pensada como uma sequência contínua, em que um extremo da interação do cliente durante o processo de vendas pode ser pensado como um processo "passivo", enquanto o outro extremo pode ser pensado como um processo "ativo".

Tabela 22.1 **Perspectivas sobre sucesso em distribuição**

	Perspectiva da empresa	*Perspectiva do cliente*
Características do produto	– Precificação realista – Facilidade de administração	– Atender necessidades – Simplicidade
Vendas	**Mais importante para a empresa** – Ter aceitação – Retenção e conservação do cliente	– Decisões de compra informadas – Compreender proposta de valor e custos – Compreender como alcançar valor do produto com sucesso (prestação de serviços e sinistros)
Cobrança de prêmio	– Baixo custo – Integração no sistema de gerenciamento da seguradora	– Facilidade/conveniência – Flexibilidade – Baixo custo de operação
Prestação de serviços e administração	– Informação e relatórios em tempo real para acompanhar desempenho – Baixo custo	– Fácil acesso – Facilidade/conveniência – Baixo custo de operação
Processamento de sinistros	– Pagar somente sinistros legítimos – Avaliação e administração de sinistros eficazes em termos de custo – Monitoramento e administração do risco	**Mais importante para o cliente** – Capacidade de obter sucesso em reclamações de sinistros – Fácil acesso – Baixo custo de operação – Simplicidade (poucos documentos exigidos) – Recuperação rápida

Em uma abordagem de vendas passiva, não é oferecido qualquer estímulo para um cliente potencial comprar seguro, nem há qualquer comunicação verbal sobre o produto. Um exemplo é quando os produtos de seguros estão na prateleira de um varejista e os clientes compram o produto junto com os comestíveis sem qualquer incentivo por parte dos funcionários da loja. Por outro lado, a venda ativa envolve um representante da seguradora ou do parceiro de distribuição, que informa ao cliente sobre os benefícios de um produto específico, e também sobre as características do produto importantes para o cliente. Na maioria dos exemplos de venda passiva, a compra é iniciada pelo cliente, enquanto na venda ativa, esta é iniciada pelo intermediário.

A maioria dos exemplos, resumidos na Tabela 22.2, pode ser representada em qualquer posição entre os dois extremos da escala. O conceito de venda passiva *versus* ativa é importante por ter implicações na aceitação do produto e nos custos de distribuição, especialmente produtos complexos ou menos conhecidos, assim como manutenção do

Tabela 22.2 **Resumo dos modelos de companhias de seguros consideradas**

Seguradora	*Parceiro(s) de distribuição*	*Classificação do canal*	*Descrição e distribuição do produto*	*Aceitação*	*Manutenção de apólice & gestão de sinistros*
Hollard Insurance (África do Sul)	Pep Stores	Varejistas que vendem em dinheiro	Seguro funeral individual e família, lançado em março de 2006, vendido pela Pep, loja do varejo de vestuário e pequenos utensílios para população de baixa renda. O produto é vendido nas prateleiras em embalagens semelhantes às de telefone celular, sem venda ativa pelos funcionários da Pep. Prêmios mensais são pagos na loja em dinheiro.	Grande aceitação: 215.000 apólices em vigor (2009)	Administrador terceirizado responsável pela manutenção de apólices e gestão de sinistros. A Pep é responsável pela cobrança de prêmio em dinheiro.
	Take-it-Eezi	Prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados	Cobertura de seguro funeral individual e família, lançada em janeiro de 2007, vendida na rede de fornecedores de produtos agrícolas, Take-it-Eezi. As lojas Take-it-Eezi (normalmente pequenos lojistas informais) estão localizadas em pequenas cidades (estabelecimentos informais) e usam tecnologia sem fio Serviço Geral de Pacote por Rádio (GPRS, na sigla em inglês) para facilitar as vendas de crédito para celular, eletricidade e seguros. Prêmios mensais são pagos nas lojas em dinheiro.	Baixos níveis de aceitação com 1.800 apólices em vigor (2009)	Administrador terceirizado responsável pela manutenção de apólices e gestão de sinistros. Take-it-Eezi é responsável pelo registro do cliente e pelas cobranças de prêmio em dinheiro.
Metropolitan Cover2go (África do Sul)	Shoprite	Varejistas que vendem em dinheiro	Cobertura funeral família, lançada em novembro de 2008, vendida no Shoprite, supermercado para população de baixa renda. O produto é comprado na prateleira "sem qualquer instrução". O produto oferece um componente de reembolso caso o evento de risco não ocorra durante 5 anos de cobertura. Prêmios mensais são pagos na loja em dinheiro.	Baixos níveis de aceitação	A Shoprite é responsável pelo registro de clientes e pela cobrança de prêmios à vista. A Cover2o é responsável pela manutenção da apólice e pelos sinistros.
	Wiredloop	Prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados	Produto funeral família, lançado em novembro de 2008, vendido na Wiredloop, rede de fornecedor de produtos agrícolas, com o uso de terminais de ponto de venda (POS) com GPRS. Os produtos são vendidos de forma passiva.	Baixos níveis de aceitação: menos de 1.000 apólices vendidas (2010)	A Wiredloop é responsável pela cobrança de prêmios. A Cover2go é responsável pela manutenção da apólice e pelos sinistros.
	Acessível por todos os prestadores de serviços de telefonia móvel sul-africanos	Prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados	Produto de seguro de acidentes pessoais, lançado como piloto durante a Páscoa de 2007, cujo alvo são passageiros de táxi e micro-ônibus. O produto é anunciado em *outdoors* e panfletos. As pessoas obtêm a cobertura enviando uma mensagem SMS com um código abreviado para conhecer o valor do prêmio que será deduzido do crédito do celular. A conversão do crédito do celular em dinheiro é facilitada por um provedor de acesso sem fio (WASP, na sigla em inglês).	Baixos níveis de aceitação	A WASP é responsável pela cobrança de prêmios. A Cover2go é responsável pela manutenção de apólices e pelos sinistros.

Seguradora	*Parceiro(s) de distribuição*	*Classificação do canal*	*Descrição e distribuição do produto*	*Aceitação*	*Manutenção de apólice & gestão de sinistros*
Old Mutual (África do Sul)	Shoprite	Varejistas que vendem em dinheiro	Cobertura funeral família e morte acidental, lançada em novembro de 2007. O produto é vendido na prateleira sem qualquer instrução na Shoprite, loja de varejo para população de baixa renda. O produto é desenvolvido para trabalhadores sazonais e permite flexibilidade no pagamento do prêmio, com um intervalo de até no máximo 6 meses entre os pagamentos do prêmio. Prêmios são pagos na loja em dinheiro.	Baixos níveis de aceitação	A Old Mutual é responsável pela manutenção de apólices e gestão de sinistros. A Shoprite é responsável pelo registro de clientes e pela cobrança de prêmio em dinheiro.
MAPFRE (Colômbia)	CONDENSA	Companhias de serviços públicos e de telecomunicações	Seguros separados de vida, acidentes pessoais, funeral, residencial e automóveis, com a primeira oferta lançada em 2001, vendidos pela Codensa, provedor de energia elétrica. O produto é vendido por vários canais de distribuição – incluindo uma central de atendimento fora do país, venda direta e correio de massa – usando sistema de pagamento de contas da Codensa para cobrar prêmios.	Grande aceitação: 300.000 apólices vendidas (2008)	Administração e manutenção do produto realizada por ambas as partes. Sinistros direcionados para a central de atendimento da Codensa. A Mapfre administra aspectos operacionais da gestão de sinistros.
Alico Chartis (Colômbia)	gasNATURAL	Companhias de serviços públicos e de telecomunicações	Coberturas de acidentes pessoais, câncer, doenças graves, residencial e para pequenas e médias empresas, vendidas pela gasNatural, companhia de serviços de gás. Produto lançado em 2003, vendido via diversas centrais de atendimento, e por correio de massa e vendas diretas, usando o sistema de pagamento de contas da gasNatural para cobrar prêmios.	Grande aceitação: 783.224 apólices da Chartis e 59.892 apólices da Alico em vigor (2009)	Administração realizada pela Alico e Chartis. Reclamações de sinistros podem ser apresentadas tanto à central de atendimento da gasNatural quanto diretamente à Alico e à Chartis.
Colseguros (Colômbia)	Carrefour	Varejistas que vendem em dinheiro	Seguro de acidentes pessoais vendido no balcão do Carrefour, loja de varejo, desde 2007. O produto é oferecido para clientes Carrefour depois de terminada a operação de compra. O prêmio de seguro equivale ao troco que o cliente recebe da sua compra em comestíveis, com cobertura oferecida na proporção do prêmio.	Grande aceitação: 2,8 milhões de apólices vendidas (2008)	Cobrança de prêmio e registro realizada na loja pelo Carrefour. Manutenção das apólices feita pela ColSeguros. Sinistros administrados pela ColSeguros.

Seguradora	*Parceiro(s) de distribuição*	*Classificação do canal*	*Descrição e distribuição do produto*	*Aceitação*	*Manutenção de apólice & gestão de sinistros*
MAPFRE (Brasil)	Casas BAHIA	Varejistas que vendem em dinheiro	Seguros de vida, desemprego e acidentes pessoais vendidos pelas Casas Bahia. A primeira oferta do produto foi lançada em agosto de 2004. Benefícios adicionais da apólice incluem um bilhete de loteria e desconto em farmácia. Seguro oferecido e explicado aos consumidores pelo pessoal de vendas da Casas Bahia durante o processo de vendas.	Grande aceitação	Manutenção e administração de apólice feitas em conjunto. As Casas Bahia providenciam no local após suporte em vendas por seus agentes de vendas e auxiliam a Mapfre na administração de apólice em termos administrativos. Sinistros administrados pelas Casas Bahia.
	Vivo	Companhias de serviços públicos e de telecomunicações	Seguro contra roubo de celulares – lançado em 2006 – oferecido pelas lojas de varejo da Vivo, empresa de serviços de telecomunicações. O produto de seguro é apresentado aos clientes da Vivo durante a compra de um celular.	Grande aceitação: 300.000 apólices vendidas até hoje (2010)	Manutenção e administração de apólice feitas em conjunto. Sinistros administrados pela Mapfre.
QBE (Brasil)	Brasil Telecom	Companhias de serviços públicos e de telecomunicações	Plano de indenização hospitalar individual e famíia – lançado em 2006 – vendido para clientes da Brasil Telecom, operadora de linha telefônica fixa por uma central de atendimentos. O sistema de pagamento de conta da Brasil Telecom é usado para cobrar prêmios de seguro.	Grande aceitação: 600.000 apólices vendidas até hoje (2009)	Manutenção e administração de apólice e sinistros são predominantemente feitas pelo corretor Aon Affinity.
ACE (Brasil)	AES Eletropaulo	Companhias de serviços públicos e de telecomunicações	Seguro combinado que oferece apólices de seguro de estrutura doméstica, acidentes pessoais e vida. O produto foi lançado em 1999 e é oferecido para clientes da AES Eletropaulo por mala direta e os prêmios são cobrados usando o sistema de contas da AES Eletropaulo.	Grande aceitação	Manutenção e administração de apólice e sinistros são predominantemente feitas pelo corretor Aon Affinity.
Max New York Life (Índia)	Max Vijay Varejistas formais e informais, IMFs, cooperativas, bancos, ONGs, etc.	Canais múltiplos	Max Vijay é uma apólice de seguro de vida associado à poupança lançada em 2008 e vendida por diversos canais de vendas envolvendo tanto canais de incentivo (ativos) quanto de dissuasão (passivos, por exemplo, varejistas). Esses canais de vendas e cobrança de prêmio incluem o uso de fornecedores de produtos agrícolas e aparelhos móveis de GPRS. O produto é estruturado como um produto de poupança com flexibilidade no prêmio com um depósito de pouçança inicial exigido, que pode ser de apenas 10 rúpias (US$0,21).	Aceitação moderada: 900.000 apólices vendidas (2010)	Manutenção e administração de apólice e sinistros são predominantemente feitas por Max New York Life.

prêmio e proteção do consumidor. A decisão sobre qual abordagem de vendas utilizar muitas vezes é influenciada por razões regulatórias. Processos de venda passiva tendem a evoluir em países como a África do Sul, onde a regulação sobre conduta de mercado é relativamente rigorosa sobre quem pode ser um intermediário e como os produtos de seguro devem ser vendidos *(ver Capítulo 25)*. Este tipo de regulação torna mais cara a venda ativa de seguro.

22.2 Comparar canais de distribuição

Ao considerar os exemplos na Tabela 22.2, surgem quatro categorias de canal de distribuição: 1) varejistas para pagamento em dinheiro; 2) varejistas para pagamento a crédito; 3) companhias de serviços públicos e empresas de telecomunicações; e 4) empresas terceirizadas de pagamento de conta. Tais categorias refletem o principal negócio do parceiro de distribuição e a natureza de suas interações com os clientes. As semelhanças entre tipos de produtos vendidos, interação em vendas e cobrança de prêmio e processo de sinistros de cada tipo de canal de distribuição estão resumidas na Tabela 22.3. Uma análise dessas quatro categorias fornece uma série de informações úteis sobre sua respectiva eficiência.

Tabela 22.3 **Características dos canais de distribuição**

		Produtos	*Vendas*	*Cobrança de prêmio*	*Sinistros*
1	**Varejistas que vendem em dinheiro** Por exemplo, supermercados e varejistas de roupas	Apólices de seguro simplificado de acidentes pessoais e vida (funeral)	Interação em vendas limitada e sem incentivo entre funcionários do varejista e cliente	Prêmios pagos na loja em dinheiro, com pagamento por ordem de débito opcional disponível em alguns casos	Sinistros direcionados para a companhia de seguros e não para o varejista
2	**Varejistas que vendem a crédito** Por exemplo, loja de móveis e produtos da linha branca	Seguro prestamista, de garantia estendida, acidentes pessoais e vida	Vendas ativas, incentivadas e diretas pelo pessoal de vendas do varejista; vendas passivas na África do Sul devido à regulação sobre conduta de mercado	Cobrança de prêmio e quitação de crédito combinados	Sinistros facilitados na loja
3	**Companhias de serviços públicos e de telecomunicações** Por exemplo, de eletricidade, gás e companhias de telecomunicações de linha fixa	Seguro de invalidez, desemprego, acidentes pessoais e, em alguns casos, de estrutura doméstica	Diversos canais de vendas, incluindo correio, centrais de atendimento ativo e vendas diretas	Os prêmios são incluídos nas contas de telefone ou de serviços públicos do cliente, usando sistema de pagamento de contas existente	Sinistros direcionados para a companhia de seguros; em alguns casos, o pagamento do benefício é efetuado diretamente para a conta de serviço público ou de telefone do cliente
4	**Prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados** Incluindo provedores de serviços de acesso sem fio (WASPs)	Seguro de acidentes pessoais e vida	Interação em vendas limitada (sem incentivos) entre empregados das operadoras de pagamento de contas e cliente	Ponto de cobrança eletrônica ou em dinheiro	As reclamações de sinistros são apresentadas diretamente à companhia de seguros

Uma diferença importante entre esses canais é o tipo de práticas de vendas utilizadas, o que tem implicações para o produto que eles podem oferecer, o volume de clientes que eles atendem e o valor que eles podem oferecer às famílias de baixa renda.

Os membros da equipe de varejistas que vendem em dinheiro, em geral, não se envolvem ativamente com clientes ou marketing "de incentivo" durante a operação de venda, tornando difícil melhorar o desempenho da força de vendas existente. A falta de venda ativa pelo pessoal do varejista levou os varejistas que vendem em dinheiro a confiarem principalmente em vendas passivas ou "de prateleira". Como resultado, sua linha de produtos é limitada a apólices de seguro de acidentes pessoais e funeral simples, subscritas em grupo *(ver Capítulo 10)*.

Manter a continuidade de suas apólices é um desafio para os varejistas que vendem em dinheiro, porque o varejista, muitas vezes, não tem um mecanismo de cobrança de prêmio automático, de modo que os clientes devem se dirigir até a loja para renovar. Consequentemente, o varejista tem de firmar sua oferta de valor e sua marca para atrair clientes novamente para cada operação. Qualquer produto de seguro deve somar à proposta de valor que a loja utiliza para motivar os clientes a retornar para novas compras. Varejistas que vendem em dinheiro, portanto, têm de alterar seus modelos de negócios ou implementar mecanismos inovadores para superar tais desafios.

Varejistas que vendem a crédito, muitas vezes, têm uma força de vendas dedicada na loja para vendas de mercadoria associadas ao crédito. A força de vendas oferece consultoria, simula planos de quitação do crédito e oferece seguro ao cliente. O seguro é vendido ativamente e, em geral, está associado ao contrato de crédito ou às mercadorias vendidas, incluindo seguro prestamista e de garantia estendida. Na maioria dos casos, o prazo da apólice corresponde ao da quitação do crédito. A força de vendas no varejo que vende a crédito também é responsável pelo acompanhamento da consultoria e auxilia os clientes com os sinistros.

A distribuição por varejistas que vendem a crédito é um bom modelo de negócios, entretanto, oferece um valor questionável para os clientes. Esses canais, normalmente, alcançam uma grande aceitação devido às vendas incentivadas, baixas taxas de caducidade de apólice em função da obrigação contratual entre varejista e cliente, e presença de um sistema de cobrança de prêmio já existente. Por causa da familiaridade do varejista com serviços financeiros, ele, muitas vezes, já conta com sistemas de informações gerenciais e pessoais para assumir a responsabilidade pela administração da apólice e pelo atendimento aos clientes. No entanto, tendo em vista os critérios de qualificação básicos para crédito, isso significa que os clientes de baixa renda são muitas vezes excluídos. Além disso, os baixos coeficientes de sinistros sobre esses produtos associados ao crédito indicam um valor ruim para o cliente. Uma exceção são as apólices de seguros isoladas que não estão associadas à compra e/ou ao financiamento de bens, como as apólices vendidas na loja brasileira de varejo, a Casas Bahia ou apólices isoladas vendidas na loja mexicana de varejo de móveis e produtos da linha branca, Elektra.

As companhias de serviços públicos e as empresas de telecomunicações, em geral, têm informações detalhadas sobre sua ampla base de clientes que podem ser usadas para desenvolver apólices precificadas corretamente e campanhas de marketing direcionadas. O seguro vendido por essas empresas está, muitas vezes, associado à relação principal entre cliente e provedor de serviço (por exemplo, de energia elétrica ou telefonia), e cobre a obrigação contratual do cliente para com o provedor em caso de morte, doença, desemprego e/ou invalidez. Esses canais têm uma enorme aceitação do seguro, particularmente se os produtos são vendidos ativamente por uma força de vendas da empresa. No entanto, eles sofrem com os altos custos de distribuição atribuídos ao esforço de venda ativa, a comissão que precisa ser paga aos agentes e a participação na cadeia de valor de muitas entidades, que têm de ser todas remuneradas.

Prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados foram criados em muitos países a fim de permitir que as organizações (por exemplo, companhias de serviços públicos, empresas de telefonia e municípios) terceirizem a cobrança de pagamentos, muitas vezes por uma rede de varejistas. Tal infraestrutura também pode ser utilizada para outros fins, por exemplo, venda de seguros. Esse canal tende a oferecer seguro de vida e acidentes pessoais simplificados, embora a complexidade do produto possa ser aumentada quando os sistemas de pagamentos são operados por pessoas, em comparação com outros sistemas sem interação do homem, como a distribuição de telefonia móvel usando uma mensagem SMS enviada para um código abreviado de prêmio.[3]

Os prestadores de serviços de pagamento terceirizados tiveram sucesso limitado na obtenção de escala. Isso se deve principalmente à ausência de uma marca confiável e da dependência de práticas de venda passiva. Além disso, o uso de códigos abreviados para taxar o prêmio da distribuição por telefone móvel é um método de cobrança caro, uma vez que o provedor de serviços de acesso sem fio (WASP) que converte créditos do telefone para uma moeda forte, muitas vezes, exige uma comissão alta.

A Tabela 22.4 resume os principais pontos fortes e fracos desses canais de distribuição.

[3] Códigos abreviados de taxa de prêmio são códigos, em vez de números de telefone, para os quais uma mensagem SMS pode ser enviada. O remetente paga um valor maior do que o da SMS padrão. Isso é comumente utilizado para pagar por bens e serviços, participar de concorrências ou fazer doações.

Tabela 22.4 **Pontos fortes e fracos dos canais de distribuição**

		Pontos fortes	*Pontos fracos*
1	**Varejistas que vendem em dinheiro**	– Oferecem acesso fácil, de baixo custo à base de clientes existente – Varejistas têm bom conhecimento das necessidades do cliente – Motivados para oferecer produtos de melhor valor para manter/fortalecer marca	– Cobrança de prêmio em dinheiro pode sofrer devido a taxas de caducidade iniciais mais altas – Não orientados para prestação de serviços financeiros
2	**Varejistas que vendem a crédito**	– Altos níveis de continuidade devido à cobrança de prêmio em conta – Pontos de venda podem operar como um escritório de serviços e sinistros – Informações sobre clientes existentes disponíveis (na quitação do crédito) auxilia desenho do produto e abordagem da distribuição – Familiarizados com prestação de serviços financeiros	– Venda de seguro associado a crédito, mesmo quando voluntária, muitas vezes entrega pouco valor para clientes – Venda de produtos de seguro não associado ao risco de crédito não pode ser vista como relevante para negócios principais – Vigência da cobertura de seguro associada ao prazo de quitação do crédito
3	**Companhias de serviços públicos e de telecomunicações**	– Informações sobre clientes existentes auxilia desenho do produto e venda do seguro pretendido – Cobrança do pagamento eficaz devido à presença de relação de conta com cliente	– Taxas de sinistros baixas sobre produtos de acidentes pessoais oferecidos por esses canais indica proposta de valor ruim para clientes – Grande envolvimento do corretor/administrador, do canal de distribuição e dos operadores terceirizados pode aumentar custos de administração
4	**Prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados**	– Rede de distribuição grande com excelente alcance formal e informal – Facilitam uso de dinheiro eletrônico para pagamento do prêmio	– Baixa aceitação devido à venda passiva – Cobrar prêmio usando crédito do celular como moeda é muito caro – Ausência de marca confiável no ponto de venda – Companhia de seguros tem pouco controle sobre operadores informais de pagamento de conta terceirizados

22.3 Temas emergentes

Esta seção analisa os temas recorrentes mais importantes observados nos diversos canais de distribuição.

22.3.1 Redirecionar o foco da inovação

As experiências destacadas neste capítulo demonstram que a inovação no processo de distribuição se concentrou, principalmente, na venda e cobrança de prêmio, e não na prestação de serviços e no processamento de sinistros. Isso é lamentável, uma vez que é no processo de sinistros que o valor do produto é demonstrado aos clientes e, portanto, é um aspecto importante da cultura de um mercado de microsseguro.

Embora alguns dos canais inovadores utilizem informações detalhadas sobre o cliente no desenvolvimento de produtos, eles ainda mantêm exigências de documentação complexas para sinistros, que, em geral, não são processados no mesmo local conveniente onde o produto é vendido, e o tempo de processamento demora um

pouco. Apenas um dos modelos analisados, a parceria entre a Mapfre e as Casas Bahia, loja de varejo de móveis e mercadorias da linha branca, permite o processamento dos sinistros na loja, o local onde a apólice foi comprada.

Para oferecer valor aos clientes, os canais de distribuição podem querer considerar se tornar lojas do tipo "balcão único", para vender e renovar apólices, receber prêmios e processar sinistros a partir de um local. Os canais mais apropriados são aqueles onde há um ponto de serviço central perto do cliente, ao qual o canal de distribuição também tenha acesso eletrônico aos sistemas de administração da apólice. O ponto de venda inicial pode ser utilizado para o pagamento rápido de sinistros, caso o pessoal do canal de distribuição possua experiência em tecnologia de informação básica e esteja bem treinado. Tendo em vista os pontos fortes e fracos dos canais de distribuição apresentados na Tabela 22.4, o varejista que vende a crédito parece mais adaptado a essa abordagem de serviço completo.

Um passo importante para oferecer maior valor são as adaptações feitas por seguradoras e seus canais de distribuição em relação à capacidade de seus clientes de pagar, tanto valor absoluto quanto frequência de pagamento. A Shoprite, varejista da África do Sul, e a Old Mutual oferecem um produto com flexibilidade nos prazos de pagamento de prêmio, entre um e seis meses. Na Colômbia, o Carrefour permite que os indivíduos comprem níveis de cobertura variados, determinados pelo troco disponível ao encerrarem a compra no caixa. Além disso, a apólice de seguro de vida associado à poupança da Max Vijay oferece aos indivíduos cobertura de vida contínua, sem a necessidade de contribuir com prêmios todo mês. Após o pagamento inicial no início de vigência da apóice, a apólice de seguro não caducará enquanto vigorar o acordo de poupança. Os clientes da Max Vijay podem colocar em dia suas economias em pequenas parcelas, como e quando tiverem fundos disponíveis.

Apesar dessa sensibilidade em relação à capacidade de pagar dos clientes, o mercado de baixa renda ainda não foi efetivamente atendido por esses canais alternativos. Para os produtos em questão, aqueles que atendem grupos de renda um pouco mais alta experimentaram uma aceitação maior. Na África do Sul, a Take-it-Eezi, que tem índices de aceitação baixos, tem como alvo um segmento de mercado ligeiramente mais pobre do que exemplos mais bem-sucedidos da Pep e Shoprite. A localização geográfica desses estabelecimentos e a natureza de seus respectivos mercados alvo afetam a aceitação do produto, uma vez que clientes com renda um pouco maior apresentam maior exposição relativa ao seguro. Da mesma forma, o sucesso da aceitação de seguro pela empresa brasileira de telecomunicações e pelas companhias brasileira e colombiana de serviços públicos é, em parte, atribuído à sua clientela mista, que inclui famílias menos pobres.

A natureza intangível do seguro, por vezes, torna difícil informar seu valor para o mercado de baixa renda. Para resolver essa questão, algumas seguradoras reforçaram a tangibilidade dos benefícios do produto. Este estilo de marketing se apresenta de duas principais formas:

1) **Proporcionar benefícios auxiliares**, por exemplo, a apólice de funeral da Cover2go que devolve prêmios após cinco anos de não ocorrência de sinistros e acesso à assistência de serviços de emergência (como, por exemplo, de hidráulica e elétrica) com apólices de seguro compradas do provedor de energia elétrica AES Eletropaulo. No Brasil, capitalização é outro benefício auxiliar ligado à maioria das apólices de microsseguro, em que segurados têm a chance de ganhar um prêmio na loteria.
2) **Pagamentos (não à vista) tangíveis** foram observados em vários exemplos. A AES Eletropaulo oferece uma cesta básica mensal para os beneficiários do falecido durante 12 meses. A Vivo telecomunicações e a Mapfre substituem o celular do segurado por outro telefone. A apólice de seguro funeral da Codensa paga na forma de um serviço funeral, sem opção de pagamento em dinheiro. Na África do Sul, os indivíduos ganham desconto em um funeral com a compra de uma apólice de funeral nas lojas Shoprite.

22.3.2 Evolução de produtos e canais

A natureza da relação entre parceiro de distribuição e companhia de seguros evolui ao longo do tempo, à medida que o canal começa a perceber os benefícios de incluir seguro na sua gama de serviços. Com o tempo, significa que o canal terá um incentivo para desempenhar um papel maior no desenvolvimento do produto. Isso é particularmente evidente na Colômbia, onde a Codensa, depois de ter vendido produtos de seguro subscritos pela Mapfre por alguns anos, dedica-se ao desenvolvimento de novos produtos para melhor atender às necessidades de seus clientes. Além disso, os parceiros de distribuição contam com um incentivo para se comprometerem mais devido ao possível risco reputacional a suas marcas, caso eles não forneçam bons produtos para seus clientes. Alguns dos exemplos mais bem-sucedidos são aqueles em que os parceiros de distribuição consideravam a oferta de seguro como uma estratégia explícita de retenção do cliente.

Os produtos oferecidos pelos parceiros tendem a evoluir de duas maneiras:

- ajustes no preço, cobertura e exclusões para melhorar valor ou administrar coeficientes de sinistros; e
- a introdução de produtos de seguros que não estejam relacionados à oferta do produto primário do canal de distribuição.

Exemplos de ambos os casos são encontrados no Brasil, quando as Casas Bahia ajustaram seu seguro oito vezes em um período de cinco anos e a AES Eletropaulo deixou de vender apenas apólices de proteção financeira (para se proteger da inadimplência dos clientes em caso de invalidez ou desemprego) para seguro de conteúdo residencial. Um exemplo de processo de ajuste no produto é dado pelo produto de seguro funeral da Pep subscrito pela Hollard. O produto foi alterado e

relançado depois que uma taxa de mortalidade inesperadamente elevada foi aplicada a um segmento desconhecido do mercado de baixa renda.

A seguradora e, em alguns casos, o corretor ou administrador, ajustará o processo de distribuição, uma vez acumulados dados suficientes sobre os índices de aceitação e desistência, e custos associados a um canal específico. Isso, em geral, envolve acrescentar mais canais de distribuição, ou diferentes canais, enquanto outros são desativados. Esse período de avaliação antes que as mudanças sejam feitas leva, normalmente, de 6 a 12 meses. Por exemplo, a Old Mutual inicialmente distribuía uma apólice de seguro funeral, pela Shoprite Money Market Counter, e posteriormente iniciou a distribuição por outros canais, como fornecedores de produtos agrícolas, utilizando prestadores de serviços de pagamento de conta terceirizados para cobrar prêmios.

Muitos dos casos analisados neste capítulo envolvem grandes multinacionais, criando o potencial para ocorrer uma evolução transfronteiras *(ver Capítulo 19)*. No caso da Aon Affinity, uma corretora multinacional, determinadas lições sobre microsseguro foram aprendidas no Brasil e exportadas para o restante da América Latina. Seguradoras multinacionais, como Hollard, Mapfre e Allianz operando como ColSeguros na Colômbia, têm vários produtos de microsseguro ao redor do mundo. Por fim, a empresa francesa do setor de varejo, Carrefour, oferece produtos de seguro em suas lojas situadas em muitos países, incluindo Colômbia e Tailândia.

22.3.3 Impacto da regulação

Um tema recorrente nestes estudos de caso é o impacto da regulação sobre o processo de distribuição. A regulação afeta todos os aspectos da distribuição, mas, particularmente, desenvolvimento de produto (por exemplo, tipo de cobertura e desenvolvimento de benefícios complementares) e vendas, incluindo a natureza das parcerias para distribuição e interações em vendas com os clientes. Obstáculos regulatórios, muitas vezes, tornam difícil para as companhias de seguro e seus canais de distribuição alcançarem uma abordagem de distribuição equilibrada quando as necessidades tanto da empresa quanto do cliente recebem a mesma ênfase *(ver Capítulo 25)*.

A relação entre companhia de seguros e parceiro de distribuição é afetada pela regulação sobre corretor, regulação específica sobre comissão, legislação trabalhista e regulação sobre conduta de mercado. Por exemplo:

- **Regulação restritiva sobre corretor,** conforme observado no Brasil, onde uma combinação da competência do corretor e da lei trabalhista levou à distribuição do seguro sem que a participação de um corretor seja desencorajada, aumentando os custos de intermediação.
- **Níveis mínimos de escolaridade para corretores e agentes** (regulação sobre conduta de mercado) impedem os agentes potenciais de participarem na distribuição do seguro e, consequentemente, aumentar os custos das vendas. Tal impacto é, em particular,

evidente nos casos sul-africanos. Na África do Sul, exigências mínimas de escolaridade para corretores e agentes foram fixadas a um nível elevado e têm catalisado a introdução de modelos de distribuição passiva que não oferecem qualquer divulgação ou explicação direta sobre o produto.

– **Regulação específica para operações que não são de seguro** também pode reduzir a disposição das companhias de seguros de atenderem ao mercado de baixa renda. Por exemplo, no Brasil, a legislação trabalhista obriga as seguradoras a estabelecerem relações de trabalho sem conflitos de interesse. Embora as seguradoras, tecnicamente, possam recorrer a agentes associados, ao realizar venda direta e não por intermédio do corretor, elas relutam em fazê-lo devido às condições de negociação coletiva no setor financeiro, o que encarece usar funcionários como pessoal de vendas.

22.3.4 Práticas de vendas

Enquanto a maioria dos modelos de distribuição passiva na África do Sul não tem explicação direta dos produtos de seguro devido à regulação restritiva sobre intermediação, os exemplos que são na maior parte de distribuição passiva em outros países contam com algum tipo de interação verbal no ponto de venda. Isso inclui um balcão de seguros em um supermercado onde haja alguém que possa fornecer informações sobre os produtos ou um agente de seguro na loja no Carrefour. No caso de modelos de distribuição puramente passiva, os clientes dependem da central de atendimento da seguradora para prestar informações sobre o produto após a compra e também têm de entrar em contato com a central de atendimento para qualquer prestação de serviço ou assessoria em reclamações de sinistros. Nesses modelos, a interação na prestação de serviços e nos sinistros é retirada do ponto de venda.

Alguns agregadores de cliente, como a Codensa, usam várias estratégias de distribuição, e distribuição passiva pode ser uma abordagem. Por exemplo, a empresa fornece informações sobre produtos de seguro na sua conta de luz. As pessoas interessadas podem telefonar para a central de atendimento ou preencher um formulário solicitando que alguém retorne o contato. Além disso, a Codensa vende ativamente seguro para sua base de clientes por uma central de atendimento ativo e uma força de venda ativa.

Alguns modelos de distribuição usam informações disponíveis sobre o cliente a fim de alcançar de forma eficiente e eficaz esforços de vendas para melhorar a aceitação. Esse uso inovador da informação ocorre pelo menos de duas formas:

– **Usando bases de dados de clientes dos parceiros de distribuição para ajustar produtos.** Um exemplo disso é a utilização pela Aon Affinity dos bancos de dados de informações de cliente do seu parceiro de distribuição de serviços públicos e de telecomunicações no Brasil. As informações são utilizadas para avaliar as necessidades de seguro dos clientes e desenvolver apólices adequadas às necessidades do mercado alvo específico.

– **Concentrar esforços em vendas.** A Mapfre na Colômbia e a QBE no Brasil utilizam dados de clientes dos parceiros de distribuição para informar e visar estratégias de vendas de forma eficiente, como, por exemplo, centrais de atendimento ativo, agentes de vendas em domicílio, ou uma combinação delas, com base em clientes cujas necessidades mais se aproximam dos benefícios oferecidos pelo produto seguro.

A experimentação com vários canais de venda permite que as companhias de seguros identifiquem o canal mais eficaz. Por exemplo, o Max New York Life concluiu que canais tradicionais "de incentivo" (ou venda ativa) proporcionaram níveis mais altos de aceitação, porém apresentaram a desvantagem dos custos de aquisição de apólice serem mais elevados, uma vez que se gasta mais tempo interagindo com o cliente. Canais "de dissuasão" (ou venda não ativa/passiva) alcançaram algum sucesso como canais de cobrança de prêmio; entretanto, apresentaram índices de aceitação significativamente menores na fase inicial de compra do que os canais de incentivo. Em termos de benefício líquido, sua experiência indicou que os canais "de incentivo" oferecem a melhor opção para a venda do produto inicial, enquanto os canais "de dissuasão" são a abordagem mais eficiente para continuar com os pagamentos após a fase inicial de compra do produto.[4]

Os incentivos para a equipe de vendas são fundamentais para o êxito na aceitação dos produtos de microsseguro. Isso se comprova pelo baixo nível de vendas do seguro funeral pela rede Wiredloop, fornecedor de produtos agrícolas, onde a equipe de vendas, muitas vezes, não é remunerada diretamente, em comparação ao sucesso das Casas Bahia, onde comissões formais e significativas sobre as vendas contribuem com uma parcela substancial do total da remuneração do pessoal.

O alto grau de confiança que o mercado tem no canal de distribuição e em sua equipe de vendas pode, no entanto, mascarar produtos de seguros de baixo valor. No Brasil e na Colômbia, por exemplo, o seguro de acidentes pessoais tende a registrar coeficientes de sinistros baixos, muitas vezes inferiores a 15 por cento dos prêmios brutos. No entanto, o mercado está comprando porque há confiança no parceiro de distribuição.

A questão de confiança em relação ao valor também é destacada pela experiência na África do Sul, onde o seguro funeral vendido por canais diferentes tem níveis de sucesso distintos. O fornecedor de produtos agrícolas Take-it-Eezi teve muito menos aceitação do que a confiável loja Pepe, que vende roupas de baixo custo e pequenos utensílios. Embora a Pep tenha conseguido acumular um alto nível de confiança no mercado de baixa renda, a Take-it-Eezi é uma marca menos conhecida utilizada para formar várias redes de fornecedores informais de produtos agrícolas em um sistema de pagamento terceirizado.[5] Isso também pode ser uma consequência direta da natureza

[4] Conforme descrito no Capítulo 8, Max Vijay é um produto de poupança que permite aos segurados somar fundos adicionais disponíveis à sua apólice de poupança. Tais contribuições adicionais são denominadas "top-ups".

[5] Convém notar, no entanto, que as apólices de seguro funeral subscritas pela Hollard e distribuídas pela Take-it-Eezi e Pep não registram os mesmos coeficientes de sinistros baixos, conforme observado no Brasil e na Colômbia.

diferente dos mercados alvo dos dois parceiros de distribuição – a Pep tende a atender a um mercado de renda um pouco mais alta do que a Take-it-Eezi.

22.3.5 Gestão da parceria

Dizer que "microsseguro pertence ao canal de distribuição" é verdade na maioria dos casos em que varejistas e companhias de serviços públicos e de telecomunicações afirmam seu domínio e poder em todos os aspectos do processo de distribuição. O poder de barganha maior que os canais de distribuição têm em relação às companhias de seguros permite a eles negociarem uma proporção maior do prêmio como remuneração do que os distribuidores tradicionais de seguro seriam capazes de negociar.

Um tema crítico emergente na história da distribuição é a necessidade de alinhar os incentivos do canal de distribuição aos da companhia de seguros. A Aon Affinity no Brasil conseguiu fazer isso criando produtos que cobrem a responsabilidade civil (por exemplo, conta de eletricidade ou telefone ou financiamento do pagamento) do parceiro de distribuição caso seu cliente seja afetado por um evento segurado (por exemplo, desemprego, acidentes pessoais ou invalidez). Além disso, ela remunerava o canal de distribuição para fornecer informações sobre o cliente e cobrar prêmios.

A relação de remuneração entre a seguradora e o parceiro de distribuição pode assumir diferentes formas. Em alguns casos, como na relação da Hollard com a Pep, a remuneração é na forma de participação nos lucros por intermédio de uma empresa consorciada, além da comissão recebida pela Pep. Em outros casos, o parceiro de distribuição recebe apenas uma comissão fixa. O modelo de remuneração é afetado pelo valor atribuído à marca dos parceiros de distribuição – quanto maior o nível de confiança e reconhecimento da marca, maior o poder de barganha do canal de distribuição.

Canais de distribuição confiáveis enfrentam o enorme risco reputacional e, por conseguinte, também optam por estarem envolvidos no desenvolvimento de produtos e no processo de análise, porque conhecem seus clientes e querem garantir que oferecem valor para eles. Além disso, parceiros de distribuição com níveis maiores de informações sobre os clientes existentes, como companhias de serviços públicos e varejistas que vendem a crédito, querem usar tais informações de forma otimizada e, portanto, também se veem envolvidos no processo de desenvolvimento e gestão do produto.

Formar um canal de distribuição bem-sucedido requer investimento significativo, tanto pela seguradora quanto pelo parceiro de distribuição, em capital humano e plataformas de tecnologia da informação (TI) específicas para seguros. Por exemplo, a Mapfre teve de treinar o pessoal de vendas das Casas Bahia para vender seguros e melhorou o sistema de TI para facilitar as vendas. As Casas Bahia administram o banco de dados do cliente e somente repassam os dados para a Mapfre para fins de relatório e facilitar a gestão dos sinistros. Outros exemplos de investimento alto

podem ser encontrados na Colômbia, Índia e África do Sul, onde companhias de serviços públicos, varejistas e empresas de telecomunicações vendiam seguros, muitas vezes pela primeira vez, de modo que as seguradoras também tiveram de treinar pessoal e melhorar os sistemas de TI.

22.4 Daqui para frente

A atual onda de inovação em microsseguros é caracterizada por companhias de seguros que trabalham em parceria com canais de distribuição não tradicionais para alcançar suas bases de clientes não atendidos ou com coberturas de seguro mal dimensionadas. A inovação em distribuição ocorre, principalmente, no desenvolvimento de produtos, vendas e cobrança de prêmio, com menos ênfase em manutenção, administração e sinistros.

Dado o número de entidades envolvidas nestas parcerias, o processo de distribuição se tornou mais complexo. Onde tradicionalmente o seguro é distribuído por um agente ou corretor que negocia diretamente com a seguradora, muitos dos exemplos analisados neste capítulo incluem um corretor que facilitou a relação entre a seguradora e o parceiro de distribuição, os administradores terceirizados e, em alguns casos, uma plataforma de pagamento. Todas essas entidades têm de ser remuneradas. O fato de muitas entidades estarem envolvidas tem, em alguns casos, levado a um aumento nos custos de distribuição. O problema se agrava se os canais de distribuição contam com um elevado grau de confiança por parte do cliente e são capazes de negociar níveis de comissões mais altos.

O que esta onda de inovação significa para as seguradoras e seus parceiros de distribuição?

- **É necessário maior eficiência em distribuição.** Daqui para frente, alcançar eficiência em microsseguros exigirá, provavelmente, mais foco na redução dos custos de distribuição. Tal controle de custos pode exigir um esforço combinado a fim de limitar o número de entidades na cadeia de valor, o que costuma ter implicações interessantes pela forma como as companhias de seguros organizam suas parcerias com entidades. As seguradoras e seus parceiros de distribuição terão de considerar, com muita cautela, seus níveis de comissão e participação nos lucros.
- **Compromisso dos parceiros com questões de valor para o cliente.** Os parceiros de distribuição estão se envolvendo cada vez mais no desenvolvimento de produtos. Na maioria dos casos, isso interessa ao cliente quando o parceiro de distribuição está tentando limitar sua exposição ao risco de reputação, garantindo que ele ofereça bom valor. Em vez de simplesmente aumentar os preços de seus produtos de seguro funeral, a varejista Pep e a Hollard Insurance, por exemplo, desenvolveram e relançaram um novo produto quando elas perceberam que haviam subestimado, de forma significativa, as taxas de mortalidade. Isso foi feito para garantir que a marca da Pep não sofresse danos. Contudo, também há casos em que o parceiro de distribuição não tem

grande interesse de proteger sua marca, e a participação no processo de seguro pode ser, simplesmente, maximizar sua receita. As seguradoras precisam pensar cuidadosamente sobre quem escolhem como parceiros e se essas entidades priorizam o interesse dos clientes.

– **Imaginar distribuidores como "lojas de conveniência".** Para continuar oferecendo valor para os clientes, modelos alternativos de distribuição terão de se interessar pelos componentes de distribuição, manutenção e processamento de sinistros. As seguradoras terão de começar a usar parceiros de distribuição como "lojas de conveniência" que não vendam somente apólices e cobrem prêmios, mas também permitam aos clientes fazer alterações em suas apólices e participar até os sinistros serem pagos. Nem todos os canais de distribuição analisados neste capítulo serão capazes de fazer isso, e é provável que os canais que podem atender aos clientes de uma forma mais abrangente serão mais bem-sucedidos do que outros.

O que podemos esperar da próxima onda de inovação em microsseguros? Tendo em vista as experiências com a onda atual, estima-se que os reguladores começarão a trabalhar a questão do valor para os clientes. Embora coeficientes de sinistros possam ser algo comum nos estágios iniciais do desenvolvimento de produtos e modelo negócios, isso deve melhorar com o tempo. Uma redução nos coeficientes de sinistros pode exigir abordagens interessantes e inovadoras para informar aos clientes sobre características e exclusões do produto, comunicação contínua com clientes para garantir que eles estão conscientes de que possuem um produto de microsseguro e, por fim, processos de sinistros simples e eficientes. A última palavra cabe ao cliente e, se as companhias de seguros são incapazes de oferecer valor onde e quando ele é mais necessário, o sucesso do microsseguro estará ameaçado. O sucesso inicial associado à aquisição de novos clientes de microsseguro por intermédio de canais de distribuição alternativa não se sustentará, caso as seguradoras e seus canais de distribuição sejam incapazes de inovar em processamento de sinistros e prestação de serviços. Tais inovações em microsseguros podem propiciar lições em todos os segmentos do mercado de seguros.

23 Intermediários de microsseguro

Alex Bernhardt, Roland Steinmann e Michael J. McCord

Os autores agradecem as informações úteis dos revisores, que incluem Sabrina Regent (PlaNet Guarantee), John Pott (ex-AKAM), Richard Leftley (MicroEnsure) e José Luis Contraras (Aon Bolívia).

As seguradoras enfrentam uma série de desafios à medida que operam em um mercado em baixa *(ver Capítulo 19)*. Entre eles, está a falta de conhecimento sobre seguro em meio a uma crescente diversidade de canais de distribuição potenciais *(Capítulo 22)*. Intermediários de microsseguro têm surgido para unir esses dois grupos essenciais.

Para fins deste capítulo, intermediários de microsseguro são qualquer organização que facilita, mediante uma taxa, a transferência do risco de microsseguro de um cliente original de baixa renda – em geral um grupo de pessoas pobres, muitas vezes representado por um canal de distribuição, como uma instituição de microfinanças (IMF), cooperativa ou outro grupo de compra – para uma companhia de seguros. O cenário do microsseguro está sendo cada vez mais ocupado por estas organizações que desempenham funções vitais para o desenvolvimento do microsseguro. Os intermediários de microsseguro podem ter vários formatos institucionais, desde empresas multinacionais comerciais até pequenas organizações não governamentais (ONGs). Não apenas esses intermediários atuam como "formadores de mercado", utilizando sua rede e experiência para desenvolver produtos e cadeias de valor de transferência de risco partindo do zero, mas eles também oferecem uma variedade de serviços administrativos para complementar e melhorar os aspectos únicos do processo de transferência de risco nos mercados de baixa renda.

Este capítulo começa definindo o papel dos intermediários de seguro e compara e contrasta abordagens tradicionais com intermediários que atuam no mercado de baixa renda. A segunda seção descreve os resultados obtidos por três intermediários especializados em microsseguros – MicroEnsure, First MicroInsurance Agency (FMIA) no Paquistão and PlaNet Guarantee. O capítulo considera, então, as experiências preliminares de intermediários comerciais que operam em microsseguro, incluindo Aon, Marsh e Guy Carpenter. O capítulo termina com uma análise da proposta de valor dos intermediários e percepções sobre os desafios que se avizinham.

23.1 Intermediação de seguro: Convencional *versus* micro

23.1.1 Intermediários convencionais

Em mercados de seguros, há dois tipos de intermediários: corretores e agentes. A principal diferença entre os dois é a representação. Corretores representam segurados e compram em seu nome. Muitas vezes, eles negociam com várias seguradoras para aproveitar as condições de mercado favoráveis e da concorrência em subscrição. Agentes, por outro lado, representam as seguradoras. Dependendo das leis do país, eles podem representar uma ou várias seguradoras. Nas Filipinas, por exemplo, os agentes podem representar uma seguradora de vida e até sete seguradoras não vida. Agentes, em geral, concentram-se em uma área geográfica ou linha de negócios únicas. Agentes e corretores podem ser pessoas físicas, empresas de pequeno ou de grande porte, novamente dependendo das leis do local.

Em algumas jurisdições, em especial na Índia, as licenças regulatórias permitem agregadores, como, por exemplo, IMFs e instituições similares, que têm contato direto com o pobre, para distribuir apólices via seu pessoal de campo, sem obter licenças para cada funcionário que vende seguros. Concessões regulatórias como essas são essenciais para o microsseguro em jurisdições onde o "modelo parceiro-agente" direto prevalece. Seria impraticável para as IMFs exigir que todo o seu pessoal obtivesse licenças individuais para trabalhar com seguros. No Vietnã, onde cada vendedor de microsseguro deve ser licenciado, a Agriculture Bank Insurance Company gastou mais de US$1 milhão e vários meses treinando milhares de agentes locais.

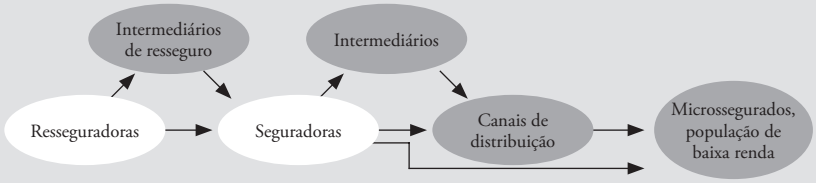
Em mercados de seguros desenvolvidos, os intermediários se distinguem pela sua posição na cadeia de suprimento. Muitos se concentram em distribuição do varejo, vendem apólices diretamente aos consumidores (pessoas físicas ou jurídicas). Outros intermediários trabalham no atacado, distribuindo apólices por intermédio de fontes de produção do varejo. Esses atacadistas, conhecidos como agentes gestores (MGAs[1], na sigla em inglês), atuam como importantes agregadores de mercado e, muitas vezes, também cumprem funções essenciais na manutenção da apólice. Os MGAs atuam como uma extensão de uma companhia de seguros desempenhando papéis cruciais na administração do programa, por exemplo, em subscrição, regulação de sinistros e controle de risco. Os MGAs, muitas vezes, podem receber comissões mais importantes do que outros agentes devido ao seu grau de integração maior no processo, embora estejam geralmente sujeitos à supervisão e aprovação por parte de seus parceiros da companhia de seguros nos processos de subscrição e sinistros.

Os MGAs, em geral, especializam-se em nichos ou ramos de seguro especiais. Esses intermediários do atacado fornecem aos consumidores informações úteis sobre produtos e as acessam, o que seria difícil de oferecer em uma outra condição. Permitem que as seguradoras se beneficiem das economias de escala, reduzem as

[1] Esses agentes do atacado também são conhecidos por uma variedade de outros nomes, incluindo seguradores gestores, agências gestoras, administradores de programas e agentes gerais.

dificuldades da subscrição e ajudam no gerenciamento do risco. Os intermediários de microsseguro abordados neste capítulo compartilham muitas características de MGAs em mercados desenvolvidos em razão de seu foco específico, sua habilidade de atuar como agregadores de apólices de muitas fontes sujacentes e sua posição na cadeia de suprimento do microsseguro, que está a um passo do consumidor final *(ver Figura 23.1)*. Diferentemente dos atacadistas, os intermediários de microsseguro não distribuem seus produtos por intermédio de agentes tradicionais do varejo que tenham sido formados para a função explícita e exclusiva de distribuição de seguros.

Figura 23.1 **Cadeia de suprimento da distribuição do produto**



23.1.2 Canais de distribuição

O microsseguro depende, em grande parte, de esforços dos canais de distribuição. Canais de distribuição, normalmente, têm acesso direto e regular aos consumidores pobres e trabalham com seguradoras para distribuir produtos de microsseguro para eles. Embora algumas companhias de seguros trabalhem com seus próprios agentes cativos para chegar diretamente ao pobre, tais acordos são incomuns. Uma abordagem mais comum é o modelo parceiro-agente, pelo qual as seguradoras trabalham com canais de distribuição para vender produtos aos seus clientes. Os produtos são entregues por pessoal de campo de uma ONG, funcionários de crédito de uma IMF, caixas em um ponto de venda do varejo ou pessoas da igreja onde o microsseguro seja oferecido. Estima-se que o canal de entrega atuará como um intermediário, representando seus clientes, identificando produtos adequados, abastecendo a seguradora e atendendo o cliente.

Na prática, porém, muitos canais de distribuição ainda não preencheram esta função mais ampla efetivamente. Suas habilidades em seguro são muitas vezes limitadas e sua motivação confusa. Seu objetivo é tanto fornecer valor para seus clientes quanto maximizar o crescimento de seus balanços patrimoniais. Portanto, pode haver um lugar para intervenção do corretor em microsseguro para unir seguradoras e canais de distribuição, caso o corretor:

- tenha um interesse maior em fornecer qualidade e valor para os mercados de baixa renda do que os canais de distribuição atuais;
- seja qualificado para trabalhar com o mercado de baixa renda;
- possa fornecer serviços administrativos abrangentes; e
- possa fazer tudo isso a um preço mais competitivo do que as seguradoras que vendem diretamente.

Para seguradoras que utilizam o modelo parceiro-agente, as IMFs estão "ao alcance das mãos" no cenário do canal de entrega do microsseguro e podem ser caracterizadas como o caminho direto mais óbvio de distribuição de produtos de microsseguro. No entanto, as IMFs são limitadas em escopo. Em termos coletivos, as IMFs alcançam apenas 190 milhões de mutuários em todo o mundo (Reed, 2011). Esse número é inferior à metade do alcance atual do microsseguro *(ver Capítulo 1)* e uma fração do mercado de microsseguro global potencial.

Descobrir, desvendar ou criar caminhos alternativos de acesso direto ao pobre é fundamental para a expansão do mercado do microsseguro. Conforme ilustrado na Figura 23.2, uma série de recursos em organizações e métodos podem ser usados para acessar o mercado de baixa renda, mas o desenvolvimento desses canais pode ser um trabalho árduo e complicado. Com exceção das IMFs, alguns canais de distribuição potenciais mantêm relações financeiras existentes com o pobre, e o conhecimento financeiro da administração dos canais de distribuição potenciais pode ser limitado. Intermediários podem, portanto, desempenhar um papel importante no sentido de facilitar o processo de desenvolvimento dos canais de distribuição.

Seguradoras e canais de distribuição, muitas vezes, têm problemas com comunicação. As duas partes têm motivações, sistemas, conhecimento das necessidades do cliente e conhecimento dos conceitos de seguro muito diferentes. No entanto, elas concordam que ninguém quer fazer muito trabalho além do necessário para vender o produto de forma direta. Aqui, o conhecimento do mercado de baixa renda pelo intermediário e os recursos do operador podem desempenhar um importante papel, unindo a lacuna de conhecimento e capacidade entre clientes de microsseguro e seguradoras. Embora intermediários de microsseguro tenham outras capacidades, a função de preencher esta lacuna é um componente importante da sua proposta de valor.

Figura 23.2 **Canais de distribuição**

23.1.3 Intermediação de microsseguro

Vender e gerir microsseguro pode exigir uma abordagem extremamente diferente para intermediários. Em mercados tradicionais, os produtos são bem definidos, os clientes entendem os conceitos de seguro, a quantidade de apólice é limitada e os processos operacionais são bem estabelecidos. As peculiaridades do microsseguro escondem aspectos confortáveis da entrega do produto de seguro atrás de uma névoa de ambiguidade.

Para atender ao mercado de baixa renda, um novo paradigma é necessário porque o conhecimento empírico de clientes potenciais e suas demandas é limitado. Abordar este vazio da experiência muitas vezes exige uma extensa pesquisa, desenvolvimento de produto, educação de mercado e treinamento de pessoal do canal de entrega, a fim de se preparar para gerenciar enormes volumes de transações oriundas de novos produtos com controles diferentes e limitados. Isso tudo leva tempo, exige pessoal e pode ser caro. Ainda que o intermediário faça mais este trabalho, seu pagamento ou sua comissão por apólice é mínima. Mais trabalho e menos receita por apólice torna o negócio questionável e, com certeza, requer um gestor muito qualificado. Uma vez que tais questões são consideradas, não é de estranhar que apenas alguns poucos corretores tradicionais tenham entrado nesse mercado.

A Tabela 23.1 identifica algumas das principais diferenças entre intermediação tradicional e de microsseguro. Intermediários tradicionais são, fundamentalmente, mediadores, combinando demanda com a oferta existente. Intermediários de microsseguro, no entanto, devem ser frequentemente formadores de mercado, identificando necessidades não atendidas, desenvolvendo produtos e supervisionando sua entrega por meio de treinamento prático do pessoal do canal de entrega, e adaptando ou criando sistemas para gerir a apólice e de administração de sinistros. O papel do formador de mercado em microsseguro é muito mais importante do que simplesmente o de um mediador.

Para formar um mercado, cada componente de uma cadeia de valor do microsseguro, incluindo identificação da base de clientes-alvo e parceiro de entrega, desenvolvimento de produto, educação do cliente e motivação das seguradoras para que entrem neste novo segmento de negócios, tem de ser construído. Para fazê-lo de forma eficaz, formadores de mercado devem ter um profundo conhecimento sobre famílias pobres e restrições e demandas afins. Dessa forma, os intermediários de microsseguro não são comumente comandados por um cliente coletivo, um canal de entrega ou por uma seguradora, mas atuam por conta própria, visando construir um mercado e uma base econômica para subsistir.

Tabela 23.1 **Principais diferenças entre intermediação de seguro e de microsseguro**

Principal atividade	*Intermediário tradicional*	*Intermediário de microsseguro*
Necessário ter conhecimento em vendas	Profundo conhecimento dos produtos de seguro tradicionais e das necessidades e demandas dos mercados de renda média e alta	Conhecimento claro das necessidades e demandas do mercado de baixa renda, bem como conhecimento daquilo que é necessário para conseguir que eles comprem seguro
Estudo de demanda de mercado	Demanda geralmente medida passivamente em resposta às solicitações diretas dos clientes	Pesquisa de mercado de diferentes magnitudes realizadas para conhecer a demanda, que, muitas vezes, é latente
Marketing e educação	Normalmente, folhetos e apresentações básicas são suficientes para um mercado que já conhece seguro	Normalmente, requer abordagens inovadoras, tais como histórias em quadrinhos, "aulas" sobre microsseguro, papel desempenhado/ações empreendidas e comercialização, em geral, com um foco em educação do consumidor
Desenvolvimento de produto	Uma vez que a maioria dos produtos básicos são bem conhecidos e compreendidos, o desenvolvimento do produto a partir do zero raramente ocorre; até mesmo produtos novos tendem a se beneficiar de uma profusão de dados subjacentes, que podem ser utilizados na precificação e no desenho da apólice	Uma vez que os produtos costumam ser completamente novos para um mercado e dados subjacentes são escassos, há uma necessidade de reformulação do produto, testes piloto e monitoramento intensivo para assegurar o sucesso do produto
Treinamento de pessoal do canal de entrega	Vendas diretas são comuns; quando "canais de venda" do varejo (normalmente agentes ou corretores licenciados) são usados, muito pouco treinamento é necessário	Treinamento e supervisão intensos do pessoal do canal de vendas que não possui licença e experiência
Gerenciamento do escritório de apoio	Administrar volumes moderados com sistemas tradicionais; obter uma grande quantidade de informações importantes para cada apólice	Gerenciar grandes volumes de várias pequenas transações; reunir informações limitadas para cada apólice
Sinistros	Acompanhar processo com controles significativos, em geral, reduz o tempo do pagamento de sinistros; volumes limitados	Grandes volumes de transação, processamento rápido e pagamento necessários; controles limitados
Administração de numerário	Gerindo e agregando tradicionalmente operações em dinheiro entre segurado e seguradora por meio de débito no contracheque ou outras transações simples de pessoas jurídicas	Gerenciar cobrança de prêmio e pagamento de sinistro por intermédio de organizações que venham a exigir transações individuais com seus clientes e que não podem, normalmente agregar transações financeiras

23.1.4 Intermediários convencionais e de microsseguro

Apesar dessas diferenças significativas entre intermediação convencional e de microsseguro, algumas corretoras e agentes tradicionais fizeram incursões no mercado de baixa renda. Na verdade, a World Federation of Insurance Intermediaries (WFII), que representa agentes e corretoras de mais de 100 associações nacionais, manifestou preocupação sobre aqueles que promovem o microsseguro desejarem o fim das restrições para permitir legalmente a venda de microsseguro por agentes não licenciados, de modo que, em 2010, a WFII elaborou um documento com diretrizes sobre microsseguro *(ver Caixa de Texto 23.1)*. A Federação criticou a falta de controle regulatório sobre intermediários de microsseguro e procurou promover a importância de um mercado profissional, regulamentado. O documento aponta que não há motivos para tratar o microsseguro diferente do seguro.

Em muitos países, no entanto, quando os intermediários vão mais fundo no microsseguro, muitas vezes, concluem que não há nenhuma perspectiva comercial para eles neste campo. Esta postura geral pode agora estar começando a mudar à medida que os casos de sucesso de intermediários são mais comuns. Por exemplo, conforme melhor discutido mais adiante no capítulo, algumas filiais locais de grandes corretoras comerciais, como a Aon na Bolívia, têm demonstrado um interesse acentuado em microsseguro e identificado papéis funcionais para eles desempenharem. O sucesso da Aon na Bolívia deu origem a um interesse maior em microsseguro na Aon em termos globais.

Caixa de Texto 23.1

Posição política da WFII sobre microsseguro

O documento da World Federation of Insurance Intermediaries (WFII) convida os segurados a considerarem as principais áreas de preocupação dos membros:

"1. Há confusão em alguns mercados com relação à diferença entre microsseguro e mercado de massa ou produtos de seguro com prêmio de valor baixo.
2. A comercialização do microsseguro está acontecendo mais rápido do que a implementação de regulação e supervisão adequadas.
3. Onde o microsseguro é regulado, os efeitos sobre o mercado de intermediação e os princípios sobre regulação da intermediação são muitas vezes negligenciados ou não considerados o suficiente."

Para responder a essas questões, a WFII conclui "que seus Princípios para Regulação da Intermediação de Seguros devem ser aplicados da mesma forma ao Microsseguro. A WFII apela aos supervisores e reguladores, onde a regulação do microsseguro é cogitada, a fim de estabelecer um diálogo com as associações nacionais de intermediários de seguros em seus respectivos países para encontrar soluções adequadas".

A Federação encoraja seus membros a: "1) Promover os Princípios da WFII para Regulação da Intermediação de Seguro; 2) Participar no debate sobre propostas regulatórias e de supervisão e sua implementação da regulação para intermediação do microsseguro; e 3) Estimular o crescimento do microsseguro fornecendo informações e referências pertinentes aos membros que incentivariam sua participação neste segmento de mercado."

Fonte: WFII, 2010.

23.2 Intermediários somente de microsseguro

Para ser bem-sucedido na intermediação de microsseguro, corretores e agentes devem ter a capacidade de fazer a ponte entre os mercados de baixa renda e a comunidade de seguros. Entender o lado do seguro da equação não deve ser um problema para a maioria dos intermediários licenciados, embora reconhecer e avaliar as necessidades dos mercados de baixa renda seja uma habilidade em muito adquirida, da qual os intermediários existentes normalmente carecem.

Para preencher o vazio gerado por esta lacuna de conhecimento, pelo menos três organizações foram criadas entre 2002 e 2007 com um foco específico em intermediação de microsseguro: FMiA, MicroEnsure e PlaNet Guarantee. Esta seção apresenta um breve resumo das três instituições, de suas estratégias de negócios, e suas semelhanças e diferenças. Esta seção encerra com uma síntese de algumas das principais lições aprendidas até agora no que diz respeito ao modelo de negócios de intermediários de microsseguro independentes.

23.2.1 Aga Khan Agency for Microfinance (AKAM)

Em 2005, a Aga Khan Development Network (AKDN) criou a AKAM como uma agência de desenvolvimento sem fins lucrativos sob a lei da Suíça para prestar serviços de microfinanças para famílias de baixa renda. Isso resultou na consolidação de uma série de iniciativas em microcrédito e micropoupança da AKDN em países menores localizados, principalmente, no Oriente Médio e na Ásia.

As atividades de microsseguro da AKAM começaram em 2006, quando ela lançou a FmiA no Paquistão[2] para atuar como agente de seguros dedicado a atender famílias de baixa renda para o New Jubilee Insurance Group, que é membro da família de empresas AKDN. Um contrato de resseguro *stop-loss* foi proposto para proteger a seguradora da experiência de sinistros adversa estimada no início associado a tipos de produtos experimentais com os quais a FMiA estava ansiosa para trabalhar. Uma série semelhante de contratos foi criada na República Unida da Tanzânia, em 2009, porém sem qualquer *facility stop-loss*. Até o final de 2010, a FMiA tinha negócios ativos de microsseguro nesses dois países, com cerca de 400.000 vidas cobertas em vários programas de grupo.

Ao lançar o programa, a AKAM recebeu uma doação de US$5,5 milhões da Bill and Melinda Gates Foundation. Naquela época, o plano de negócios era cobrir 1,75 milhões de paquistaneses de baixa renda até 2010 e equilibrar receita e despesa em três anos, bem como expandir as operações em seis países onde o Aga Khan Network tinha operações importantes.

[2] A AKAM passou a ser acionista da FMiA do Paquistão por intermédio do Acumen Fund, uma empresa social norte-americana de fundo de capital de risco.

A intermediação de microsseguro da FMiA foi desenvolvida para complementar atividades e instituições já existentes e afins pertencentes à Aga Khan Development Network. O Paquistão é um país óbvio e promissor para se dar início às operações, sobretudo porque desenvolveu IMFs, postos de saúde e hospitais, uma companhia de seguros e um grande banco comercial, que estavam todos já conectados à AKDN no Paquistão.

A AKAM criou uma agência de microsseguro dedicada, em vez de desenvolver microsseguro na New Jubileu, com o objetivo de trazer novas ideias e energia dedicada que, quando bem-sucedidas, facilitariam sua replicação em outros países. Do ponto de vista da FMiA, a justificativa para uma parceria exclusiva com uma companhia de seguros, além do alinhamento de interesses de propriedade neste exemplo, reside na sinergia potencialmente melhor para desenvolver em conjunto produtos complexos: produtos de prêmio de valor maior com uma proposta de melhor valor para o usuário final em relação aos produtos prestamistas já estabelecidos no mercado. O conceito de trabalhar com um único grupo segurador parecia ser uma forma promissora de replicar o microsseguro em diferentes países.

A perspectiva de oferecer produtos de saúde compreensivos com sucesso, que era um objetivo principal da FMiA, parecia promissora tendo em vista a participação de mercado significativa da New Jubilee no mercado corporativo em seguro saúde em grupo e a experiência da AKAM na prestação de serviços de poupança e microcrédito para famílias de baixa renda. A FMiA deu início às operações no Paquistão com dois produtos: prestamista e internação. Oferecer cobertura de internação por intermédio de uma rede afiliada de unidades de saúde locais prometia beneficiar todos os parceiros desde que as clínicas estivessem funcionando abaixo da capacidade.

Na verdade, a ocupação hospitalar aumentou substancialmente. No entanto, os provedores de serviços de saúde se recusaram a oferecer descontos mais generosos nas taxas de serviço em troca do aumento do número de clientes. Tais reduções foram necessárias para manter a taxa do prêmio, o que comprovou ser insuficiente para cobrir os custos da FMiA e da Jubilee. Essa deficiência também estava relacionada ao prêmio que era inicialmente fixado em um valor muito baixo para um pacote compreensivo de seguro saúde, seleção adversa grave, especialmente para o benefício de maternidade, e ausência de protocolos para cirurgia com diária de baixo custo nas clínicas AKDN. Em suma, o que parecia ser uma base ideal para dar início a um novo serviço promissor para a população de baixa renda, na prática encontrou enormes dificuldades. Em 2010, a FMiA ainda contabilizava prejuízo e necessitava de financiamneto de capital adicional para continuar a atender à sua base de clientes estabelecida. Em 2009, as empresas AKAM/FMiA ingressaram no mercado da Tanzânia. Por uma variedade de razões, as operações nunca decolaram de fato. As negociações com os provedores locais de serviços de saúde foram infrutíferas e as IMFs de maior porte não estavam interessadas ou já estavam comprometidas com provedores de seguros. Surgiram também alguns desafios internos; desenvolver novos produtos com o parceiro de seguro envolvia processos burocráticos pesados.

A AKAM não conseguiu garantir uma *facility stop-loss*, e os funcionários mostraram comprometimento e iniciativa comercial apenas moderados. Basear-se na experiência da relação com a New Jubilee Life no Paquistão não demonstrou ser um benefício significativo na República Unida da Tanzânia. Além disso, levou quase um ano para a FMiA Tanzania receber uma licença de agência.

Tendo em vista os resultados limitados e os vários desafios encontrados, durante uma profunda análise estratégica de todas as operações da AKAM, decidiu-se por fundir as operações da FmiA no Paquistão com a base de clientes da New Jubilee. Essa medida foi vista como menos dispendiosa do que recapitalizar a FMiA como um intermediário independente. O processo de integrar a FMiA à New Jubilee e estabelecer um departamento de microsseguro teve início em maio de 2011. A FMiA Tanzânia foi fechada, e as atividades limitadas de microsseguro no país foram encerradas. A experiência das empresas AKAM/FmiA oferece muitas informações valiosas, mas também destaca as dificuldades locais enfrentadas por um intermediário de microsseguro na luta para construir negócios sustentáveis, em particular no que diz respeito à introdução de produtos de microsseguro de maior valor com um forte impacto social para o mercado.

23.2.2 MicroEnsure

A Opportunity International, uma organização sem fins lucrativos de apoio às microfinanças, começou a estabelecer as bases para operações de microsseguro em 2002. Três anos depois, constituiu uma empresa dedicada com fins lucrativos de intermediação de microsseguro, que vendeu sua primeira apólice no início de 2006. A lógica por trás de constituir uma empresa dedicada de intermediação de microsseguro em separado foi atender melhor aos clientes de microfinanças existentes da Opportunity International, inovar e alcançar maior escala. Inicialmente chamada de Micro Insurance Agency, essa empresa opera desde 2009 sob o nome MicroEnsure. Em 2007, a Bill & Melinda Gates Foundation fez uma doação de US$24,2 milhões para a Opportunity International pautada na premissa de que sua plataforma MicroEnsure daria margem a uma rápida expansão geográfica e ao desenvolvimento de novos produtos, levando a um aumento massivo no número de clientes de microsseguro. Em seu comunicado à imprensa relativo à doação, a Opportunity International declarou que isso permitiria o ingresso de sua subsidiária em 11 novos países, chegando a 21 milhões de pessoas pobres seguradas até 2012.

No final de 2010, a MicroEnsure tinha subsidiárias de microsseguro ativas em cinco países: Gana, Índia, Quênia, Filipinas e República Unida da Tanzânia, atendendo a 2,1 milhões de clientes finais (metade deles apenas nas Filipinas). Legalmente, a MicroEnsure está registrada em quatro desses países como corretora de seguros e como agente corporativo no quinto. Em cada um desses países, a MicroEnsure trabalha com pelo menos duas companhias de seguros. Além disso, a

MicroEnsure começou a experimentar um modelo[3] de franquia em Moçambique e Ruanda, o que permite à empresa realizar negócios nesses países, evitando muitos dos riscos potenciais associados ao registro legal.

A MicroEnsure mantém uma relação comercial especial com a Hollard Insurance (África do Sul), que oferece à MicroEnsure uma *facility* que funciona como uma célula cativa. Esse acordo permite que a MicroEnsure use a licença de seguros da Hollard e subscreva classes específicas de negócios nas carteiras da Hollard sem precisar solicitar novas capacidades ou injetar capital de risco. A Hollard se beneficia do aumento do volume de seguros, enquanto a MicroEnsure goza de 50% de participação nos lucros da subscrição.

Além disso, em alguns casos a Hollard atua como resseguradora, o que torna o modelo de franquia atraente. A MicroEnsure trabalha em termos locais, por intermédio de seguradoras registradas que atuam como empresas de frente canalizando negócios originados pela MicroEnsure para as carteiras da Hollard e mantendo total controle sobre dados de subscrição e sinistros. Nesse arranjo, a MicroEnsure recebe uma comissão por seu trabalho e uma participação nos lucros da subscrição.

Embora a MicroEnsure opere na maioria dos casos sob a estrutura legal de uma corretora, a empresa faz muito mais do que uma corretora de seguros tradicional faria. Trabalha ativamente para formar mercados desde a capacitação de parceiros de distribuição e desenvolvimento de produtos até subscrição, administração de sinistros e educação de mercado. Portanto, uma pessoa de fora observando a gama de serviços da MicroEnsure concluiria que ela se comportou um pouco como uma seguradora, exceto que ela não está exposta à subscrição de sinistros.

Começando com produtos prestamistas padronizados para as IMFs, a MicroEnsure passou a trabalhar com produtos mais complexos e além das IMFs como canais de distribuição. As mudanças surgiram a partir tanto de uma convicção social corporativa (em parte devido ao interesse não lucrativo da companhia) quanto de uma necessidade comercial. A administração da MicroEnsure acredita que o valor para o cliente é muito maior em produtos, como, por exemplo, seguro saúde ou agrícola e ao mesmo tempo percebe que o microsseguro prestamista está rapidamente se tornando um negócio de *commodities* que acabará por pressionar as corretoras, a menos que elas acrescentem valor à composição, ao processamento ou à administração de tais apólices.

A MicroEnsure participou do desenvolvimento do seguro com base em indicadores *(Ver Capítulo 11)*; entretanto, aprendeu que esta área apresenta muitos desafios para corretoras. O desenvolvimento de produtos é caro e demorado, e alcançar escala provou ser difícil – a combinação de desenhos de produtos complexos, os níveis de prêmio comparativamente altos e a proteção incompleta dificulta a aceitação. Tais realidades têm motivado a MicroEnsure a não desenvolver produtos de seguro com base em indicadores como um investimento inicial para um modelo em que

[3] Neste caso, o modelo de franquia reflete a utilização de sistemas e processos por companhias locais sem exigir gestão direta da MicroEnsure.

ela ofereça sua experiência como empresa de consultoria para desenvolvimento de produtos com base em indicadores. Embora essa mudança melhore claramente a situação financeira da MicroEnsure, isso não resolve os problemas práticos que o produto enfrenta no local.

Em poucos anos de operação, a MicroEnsure se deparou com vários desafios, os quais levaram a mudanças radicais em estratégia. Por exemplo, produtos prestamistas eram copiados e administrados muito facilmente, tornando-os impróprios enquanto uma base econômica para construir os negócios. Alguns ajustes incluíram reavaliar os programas nacionais. Em Uganda, por exemplo, uma relação não funcional com uma companhia de seguros culminou com o abandono do mercado inteiro, visto que o dano reputacional incorrido estava longe de ser reparado.

Sem dúvida, a MicroEnsure contribuiu significativamente para avançar no campo de várias formas, incluindo uma demonstração daquilo que deve ser feito em microsseguro. No entanto, os aspectos financeiros da corretagem de microsseguros a levaram a buscar fontes alternativas de receita para cobrir o desenvolvimento e os custos operacionais, bem como a fazer uma revisão drástica de seus planos e estratégias. Embora o crescimento no número de apólices tenha melhorado em 2011, em grande parte devido à cobertura associada ao celular, *(ver Caixa de Texto 24,7)*, o crescimento global foi aquém das expectativas, que eram claramente otimistas.

Para um futuro próximo, a MicroEnsure está se concentrando no desenvolvimento do valioso e financeiramente sustentável microsseguro saúde enquanto desenvolve a venda de microsseguro por redes de telefonia móvel. Com produtos prestamistas que não oferecem fluxo de caixa e rentabilidade substanciais, o seguro de celular tem o potencial para assumir esse papel. Com um forte gerador de lucros, a MicroEnsure pode se concentrar mais em produtos que possam fornecer melhor valor para os clientes, mas precisa de mais tempo para alcançar o sucesso.

23.2.3 PlaNet Guarantee

Em 2007, a organização francesa de microfinanças PlaNet Finance incluiu uma corretora de microsseguros a suas diversas atividades de microfinanças. A organização, PlaNet Guarantee, desenvolveu projetos de microsseguro em colaboração com a IMF afiliada ao grupo PlaNet Finance. A empresa, inicialmente, ofereceu apenas produtos prestamistas, mas, desde então, vem desenvolvendo uma série de outros produtos.

Originalmente criada como uma subsidiária de propriedade integral com vínculos estratégicos com o setor de resseguros, a PlaNet Guarantee abriu gradativamente seu capital para quatro acionistas estratégicos, cada um dos quais hoje detém 23,6 por cento da empresa: BNP Paribas Assurance, Hannover Re, Malakoff Médéric e Finaréa. Como resultado dessa mudança de propriedade, a PlaNet Finance hoje detém apenas uma participação minoritária na corretora.

No final de 2010, a PlaNet Guarantee tinha uma corretora de microsseguros ativa com 24 IMFs em 12 países.[4] Cabe ressaltar, porém, que o Senegal responde sozinho por sete IMFs parceiras. No final de 2010, a PlaNet Guarantee cobria cerca de 240.000 vidas, em grande parte de produtos prestamistas.

Outras atividades incluem a criação de um sistema de mútuas de saúde em Benin e Madagascar, o desenvolvimento de cobertura de saúde complementar para população de baixa renda nos subúrbios franceses (*banlieuex*) e, cada vez mais, atividades de corretora de resseguros predominantemente na Índia. Além disso, a PlaNet Guarantee criou um departamento de pesquisa, que realiza estudos sobre microsseguros com regularidade.

Até agora, a PlaNet Guarantee vem encontrando dificuldades para cobrir seus custos de corretagem de microsseguro primários com as respectivas taxas. O ponto de equilíbrio do intermediário neste segmento de negócios é estimado em dois milhões de clientes de baixa renda apenas no seguro prestamista. No entanto, suas principais atividades são possíveis principalmente pelo seu fundo de ações e contratos de pesquisa ad hoc, bem como corretagem de microrresseguro. Em 2010, a última atividade gerou cerca de quatro vezes mais receita do que as operações de corretagem da companhia.

No início, a estratégia da PlaNet Guarantee era expandir rapidamente para muitos países. Isso foi feito com base na premissa de reforçar sua imagem como uma empresa socialmente orientada trazendo produtos e ideias inovadores para mercados não desenvolvidos. Ao mesmo tempo, manter uma ampla rede de operações no país exigiu um grande investimento. Em muitos casos, a PlaNet Guarantee não conseguiu atender às necessidades de capital operacional de cada país.

Em termos de produtos, a PlaNet Guarantee se concentrará em três categorias: seguro agrícola, seguro de crédito e seguro saúde. Com o apoio da Global Index Insurance Facility da International Finance Corporation (GIIF), a PlaNet Guarantee é capaz de inovar criando a primeira plataforma de gestão regional dedicada a seguro com base em indicadores na África Ocidental. O projeto se localiza no Senegal com filiais satélites em vários outros países, incluindo Burkina Faso, Costa do Marfim e Mali.

23.2.4 Comparação e conclusão

Comparar os três exemplos de intermediários de microsseguro especializados discutidos anteriormente pode parecer um pouco injusto, considerando que todos os três começaram a partir de condições iniciais muito diferentes. No entanto, partindo de uma perspectiva global do mercado de microsseguros, emergem algumas observações importantes. Apesar das generosas subvenções (MicroEnsure e AKAM) ou

[4] Burkina Faso, Colômbia, Costa do Marfim, Egito, Gabão, Guatemala, Madagascar, Mali, México, Senegal, Sri Lanka e território sob a Autoridade Palestina.

dos investimentos focados no aspecto social (PlaNet Guarantee) terem permitido às três empresas criarem grandes projetos, nenhuma delas até agora construiu uma base comercial sólida para intermediação direta de microsseguro primário a partir da qual operem por um longo prazo. Embora tenha ficado óbvio que o ponto de equilíbrio em microsseguro tende a levar mais tempo para ser alcançado do que em operações de seguro tradicional, a evidência limitada, até agora, põe em questão a sustentabilidade de longo prazo dos modelos primários de corretagem atuais. Das três empresas:

- uma abandonou seu modelo de agente externo, fundindo essas operações com a companhia de seguros e interrompendo seu apoio dos escritórios principais internacionais;
- uma outra teve de fazer alterações substanciais no seu modelo de negócios duas vezes em três anos; e
- a terceira não vê rentabilidade que não seja através de subsídios cruzados de seus resultados de corretagem de microrresseguro.

Para as duas empresas com apoio significativo dos doadores, a impaciência e a promoção exagerada inicial de negócios futuros ou expectativas irreais podem ter contribuído para tais resultados preocupantes e desencadeado a missão parcial na busca de retornos financeiros mais rapidamente. Está claro que alcançar rentabilidade em microsseguro é demorado; porém, para os intermediários está longe de estar claro quanto tempo ainda ou em que configuração institucional. As três organizações também adotaram estratégias geográficas e de linha de produtos diferentes na fase inicial, que vão desde se concentrar em um ou dois países com um produto bastante complexo (FMiA) até trabalhar em mais de seis países com uma combinação de apólices prestamistas fáceis, de prateleira, e outros produtos mais exigentes (MicroEnsure), e trabalhar em mais de dez países oferecendo, principalmente, seguro prestamista com a intenção de adicionar produtos mais valiosos no futuro (PlaNet Guarantee). Em termos de número de clientes cobertos, a MicroEnsure parece ter produzido os melhores resultados. Ao mesmo tempo, também conta com o generoso apoio do doador, bem como com as relações institucionais com a maior rede de microfinanças entre as três. No entanto, nenhuma dessas organizações produziu resultados convincentes que permitam que um caso comercial seja apresentado para intermediação de microsseguro.

Essas organizações ainda não mostraram que intermediação de microsseguro paga o suficiente para sustentar uma empresa especializada. Continua incerto se há dinheiro suficiente na administração do microsseguro para elas adquirirem uma vivência comercial enquanto prestam um serviço a custo baixo e de alta qualidade. A história da intermediação do microsseguro ainda é jovem; logo, é prematuro tirar conclusões seguras. Com o tempo, essas instituições devem nos ajudar a entender melhor o que é necessário para construir um negócio rentável de corretagem de microsseguro.

23.3 Intermediários tradicionais com algumas atividades de microsseguro

Corretores comerciais, normalmente, realizam poucas operações e não têm a capacidade para fazer o trabalho necessário para tornar o microsseguro rentável, em especial considerando as exigências adicionais de formação de mercado, mas talvez a maré esteja começando a virar. Conforme descrito a seguir, alguns corretores de seguro e resseguro convencional testaram a maré do microsseguro e começaram a fazer nome sozinhos.

23.3.1 Aon Bolívia

Em 2008, a Aon Bolívia começou a participar de intermediação de microsseguro. Isso surgiu de uma convicção de que havia uma oportunidade de negócios, pautada na crença de que, sem um intermediário, o mercado de microsseguro na Bolívia realmente não decolaria (Contreras, 2009). A abordagem da Aon Bolívia em relação ao microsseguro é típica de um formador de mercado; ela fez a maior parte do trabalho de desenvolvimento de produto e identificou canais de distribuição dispostos a prover o acesso à sua base de clientes e uma seguradora pronta para assumir o risco de subscrição. A Aon Bolívia também continua participando ativamente das operações diárias, desde a venda até a cobrança de prêmio e serviços de sinistros. Muitas vezes, a seguradora permitirá que a Aon liquide os sinistros em seu nome. Em muitos casos, um funcionário da Aon Bolívia está fisicamente instalado na IMF parceira fazendo todo o trabalho de interação com o cliente.

A Aon Bolívia iniciou suas operações com apólices vinculadas a crédito, passou para apólices dotais e hoje está lançando um produto de seguro saúde direcionado a clientes do sexo feminino de uma IMF. No último trimestre de 2010, a Aon Bolívia trabalhou com nove IMFs para entrega cobrindo 390.000 vidas e gerando prêmio bruto de US$170,000 (ou um prêmio mensal médio de US$0.14 por apólice). Apólices compulsórias prestamistas e apólices voluntárias vinculadas a crédito (incluindo coberturas secundárias de produtos compulsórios e coberturas dotais) cada uma sendo responsável por 45 por cento da carteira e apólices de saúde não vinculadas a crédito por aproximadamente 10 por cento. Curiosamente, esse novo produto de seguro saúde não é subscrito por uma companhia de seguros, mas diretamente por uma rede de clínicas e hospitais. O prêmio é de cerca de US$10 por mês por família.

A sinistralidade acumulada dos negócios de microsseguro da Aon Bolívia nos últimos três anos é 46 por cento, e a comissão das IMFs como um canal de entrega é 20 por cento. Na Bolívia, a entrada da Aon no mercado de microsseguros ainda não oferece taxas de prêmio expressivamente reduzidas para os clientes finais. Entretanto, o mercado não se beneficia de um aumento em opções de produtos e, presumivelmente, de padrões de serviço mais elevados. De acordo com a Aon Bolívia, a questão da avaliação de uma proposta de valor do intermediário está

mal empregada, especialmente quando o intermediário está envolvido em um comportamento novo e inovador de formação de mercado. A questão mais ampla em jogo é se o intermediário ajudou a desenvolver um mercado de microsseguro, não se um mercado é mais eficiente graças à participação de um intermediário. Portanto, o valor do intermediário reside na sua capacidade de criar um mercado por meio de inovação e, para mudar a mentalidade de subscritores, de modo que eles tratem o microsseguro como uma linha de negócios independente, com suas características próprias e únicas, e não como uma mera extensão do seguro tradicional.

23.3.2 Marsh Índia

Na mesma linha, a Marsh Índia desenvolveu uma presença e uma carteira importante em microsseguro, atuando como um formador de mercado. Neste sentido, a Marsh Índia é capaz de oferecer tanto companhias de seguros, que estão interessadas em capitalizar negócios de microsseguro, quanto canais de distribuição, que, muitas vezes, não dispõem de recursos humanos ou capacidade financeira para implementar novos programas com serviços que lhes permitam iniciar ou expandir suas atividades de microsseguro. Em particular, a Marsh Índia desenvolveu um modelo de negócios que oferece serviços de assessoria e consultoria em apoio à gestão e implementação de muitos dos programas de microsseguro saúde patrocinados pelo governo que proliferam na Índia, como o RSBY *(ver Capítulo 20)*.

No caso do RSBY, o papel desempenhado pela Marsh Índia varia, mas tem início durante o processo de licitação periódica de cada estado ou distrito. A Marsh Índia trabalhará em parceria com seguradoras selecionadas interessadas na licitação de uma proposta do RSBY e atuará em caráter consultivo. Supondo que a seguradora seja selecionada como a seguradora do programa de licitação, a Marsh Índia, então, atuará como intermediária e prestará assessoria à companhia de seguros sobre a gestão e implementação do programa, incluindo cadastro do segurado, escolha do administrador de sinistros, auditoria e avaliação de desempenho do programa, e compra de resseguro, quando necessário. Ao cumprir a última função, a Marsh Índia, acompanhando a preocupação de Guy Carpenter, sua empresa-irmã, desenvolveu um mercado de resseguros para apoiar tais programas. Em alguns casos, a Marsh Índia trabalhou com seus clientes e resseguradoras para chegar a um preço a ser cobrado para uma licitação, e, se a empresa fosse bem-sucedida, o ressegurador ofereceria proteção quota-parte de até 70 por cento.

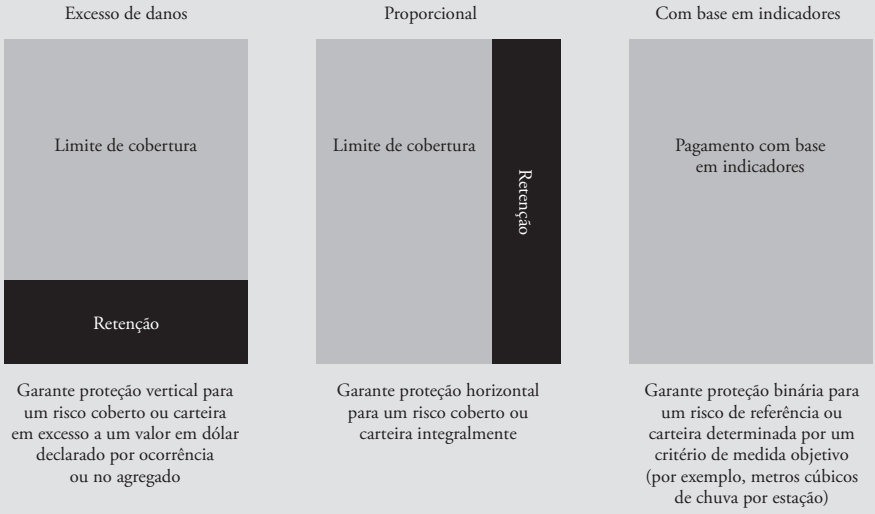
Até hoje, a Marsh Índia trabalha com sete programas de governo representando mais de 85 milhões de segurados. Além disso, a Marsh Índia trabalha com seguradoras parceiras e canais de distribuição importantes no país sobre o desenvolvimento de uma série de programas de microsseguro do setor privado que abrangem uma grande variedade de produtos, como, por exemplo, programas agrícolas, de catástrofes naturais e de vida.

23.3.3 Corretoras de resseguro e microsseguro

O resseguro, o seguro para as companhias de seguros, envolve a transferência de risco das seguradoras, ou cedentes, para as resseguradoras, que são um tipo especializado de companhias de seguros criadas para subscrever e proteger as carteiras das seguradoras. As operações de resseguro podem assumir muitas formas, incluindo excesso de danos, proporcional e com base em indicadores *(ver Figura 23.3)*, mas são, em geral, utilizadas pelas cedentes para obter um dos principais benefícios financeiros e não financeiros básicos a seguir: alívio de excedente de responsabilidade, ramos cujos riscos são de grande porte ou capacidade agregada, estabilidade de resultados, proteção de catástrofe ou acesso à experiência. No contexto de mercados de baixa renda, as microsseguradoras tendem a buscar apoio de microrresseguro para melhorar a experiência de subscrição interna (Garand e Wipf, 2006), para reforçar a tolerância ao risco limitada ou de capital, para gerenciar risco covariante ou minimizar riscos de precificação de produto novo.

Da mesma forma como ocorre nos negócios tradicionais, uma microsseguradora pode recorrer a uma corretora para estruturar um negócio de resseguro e preencher, efetivamente, a lacuna de conhecimento entre seguradoras e resseguradoras. Um intermediário, Guy Carpenter, criou uma unidade especial em 2008, a GC Micro Risk Solutions, para facilitar a transferência de vários tipos de riscos de microsseguro para o mercado de resseguros internacional em bases comerciais. As operações de microrresseguro até hoje incluem *stop-loss* no agregado (um tipo de cobertura de excesso de danos) e quota-parte (um tipo de resseguro proporcional) para várias cosseguradoras envolvidas em um grande programa de doença grave na Índia patrocinado pelo governo, uma quota-parte de vida para iniciar as operações de uma microsseguradora na África do Sul e um programa de catástrofe com base em indicadores beneficiando, em última análise, uma IMF no Haiti *(ver Caixa de Texto 4.5)*.

Figura 23.3 **Várias estruturas de cobertura de resseguro**



Como no caso de intermediários primários, a Guy Carpenter, muitas vezes, é obrigada a desenvolver um mercado. Isso significa apoiar projetos de microsseguro antes que eles possam ser ressegurados com serviços de desenvolvimento de produtos ou estabelecer parcerias com seguradoras primárias. A GC Micro Risk Solutions acredita que canais de distribuição, amplamente definidos como qualquer organização com uma relação financeira existente ou potencial com o pobre, exigiram cada vez mais tais serviços caso passem a operar em linhas de microsseguro mais complexas e arriscadas, como agricultura, saúde e propriedade. Ao mesmo tempo, muitas seguradoras primárias alcançarão rapidamente seus limites no que diz respeito ao *know-how* do produto e gerenciamento de risco, tornando o acesso ao capital de resseguro e à experiência cada vez mais importante para a expansão.

Por outro lado, o papel do resseguro no mercado de microsseguro, sem dúvida, mudará com o tempo. Em curto prazo, o resseguro pode ter um apelo relativamente amplo, uma vez que o risco associado aos negócios de microsseguro continue a ser demasiado grande para muitas seguradoras primárias locais ou inexperientes assumirem. No entanto, à medida que o mercado amadurece, as seguradoras primárias crescerão mais experientes e confortáveis com o risco de microsseguro. Quando isso acontece, a distinção entre microsseguro e seguro tradicional começará a ficar confusa como consequência natural do desenvolvimento econômico. Embora o prazo para esse processo de amadurecimento hoje não seja claro, é certo que agora é a hora para as companhias de resseguro afirmarem e manterem o valor no desenvolvimento de microsseguro.

A evidência limitada até agora indica que é possível cobrar comissões para intermediar proteção de resseguro de programas de microsseguro que sejam altas o suficiente para considerá-las como base para uma empresa comercial, embora não se saiba se Guy Carpenter já alcançou um equilíbrio entre receita e despesa. Tal questão fica mais interessante, considerando que o volume de prêmios de microrresseguro intermediados pela Guy Carpenter tem origem no programa de seguro saúde para o pobre patrocinado pelo governo, que é também o negócio mais importante para a PlaNet Guarantee. Resumindo, o número de negócios comerciais de microrresseguro é limitado atualmente.

A proposta de valor de um intermediário de microrresseguro, como a de um intermediário de microsseguro, não pode ser medida com precisão apenas pelos ganhos em eficiência, porque um mercado de microrresseguro direto ainda tem de desenvolver uma base adequada para comparação. É preciso que se tenha uma visão mais ampla. É importante considerar que melhores contribuições um intermediário de resseguro sozinho pode oferecer em relação àquelas oferecidas por outros formadores de mercado que trabalham para desenvolver inovações no campo.

23.4 O valor da intermediação de microsseguro

A questão do valor da intermediação de seguro deve ser abordada a partir da perspectiva tanto do cliente quanto de uma seguradora, levando em consideração o nível de desenvolvimento do mercado e a razão para constituir o intermediário. Durante o estágio de desenvolvimento do mercado, no entanto, a maioria dessas considerações são em grande parte teóricas, porque há muito pouca informação e poucos mercados disponíveis para serem comparados, o que limita as possibilidades de análise estatística.

No mercado de seguro tradicional, a maioria do valor gerado pela intermediação se refere aos serviços de mediação, ou seja, encontrar o melhor produto de seguro existente para atender às necessidades do cliente. A proposta de valor do intermediário é inteligência e eficiência de mercado para encontrar o produto certo, embora os intermediários também possam oferecer valor, assessorando o cliente sobre estratégias de gerenciamento de risco e forçando as seguradoras a inovarem na margem onde eles identificam uma demanda do cliente não atendida. A neutralidade do intermediário é importante, especialmente para o cliente, porque garantirá que os clientes consigam o melhor negócio. No entanto, é difícil alcançar a neutralidade total, porque os intermediários, muitas vezes, recebem comissões sobre os prêmios intermediados. Partindo da perspectiva de um cliente, o valor tende a ser maior quando o mercado de intermediários é competitivo. As seguradoras, por sua vez, se beneficiam quando recebem novos clientes trazidos pelos intermediários; os intermediários filtram clientes, apresentando somente aqueles aos quais a seguradora tem interesse em oferecer um produto. Essa prática costuma ser mais barata para as seguradoras do que contactar e fazer a triagem de novos clientes diretamente. Partindo da perspectiva de desenvolvimento de mercado, os intermediários podem aumentar a eficiência em um ambiente de mercado competitivo e desenvolvido, coletar e publicar dados, e oferecer uma "segunda opinião" sobre questões, por exemplo, modelagem de riscos naturais.

Diferentemente do mercado de seguro tradicional, muitos mercados de microsseguro não estão desenvolvidos o suficiente para permitir serviços de intermediação pura. Em vez disso, os intermediários têm de formar um mercado. A formação de mercado requer um conjunto de habilidades diferentes daquelas necessárias aos intermediários tradicionais, e a proposta de valor também é, decididamente, diferente no microsseguro. A resposta à questão de valor partindo da perspectiva do cliente de microsseguro precisa ser diferenciada; os clientes, muitas vezes, têm de aprender sobre microsseguro antes de pensar em comprar um produto deste tipo. Uma vez gerada a demanda, ao contrário dos mercados de seguros tradicionais, os clientes não necessariamente encontram uma grande variedade de produtos para escolher. Como resultado, o valor da atividade de intermediário de microsseguro, partindo da perspectiva do cliente, reside na formação de um mercado formal que atenda às suas necessidades. Isso é diferente de identificar o melhor produto e reduzir os custos gerais, visto que esta é uma função exercida pelos intermediários tradicionais. Nos mercados de microsseguro mais desenvolvidos, os intermediários podem oferecer uma combinação de formação de mercado e serviços de intermediação, o que inclui

ganhos em eficiência por meio de economias de escala em termos administrativos, promoção da inovação explorando suas múltiplas relações com as companhias de seguros de maior porte e aumentando a concorrência entre seguradoras.

Do ponto de vista de uma seguradora, o intermediário de microsseguro pode fornecer informações valiosas sobre o mercado em potencial. Essas informações indicam porte do mercado, estrutura de demanda e tipologia do cliente, dados específicos do risco e inteligência sobre a melhor forma de alcançar clientes. Por exemplo, a Weather Risk Management Services (WRMS), uma corretora exclusiva de seguro climático, ajudou a lançar o mercado de seguro com base em indicadores na Índia, não apenas facilitando contratos entre seguradoras e canais de distribuição, mas também digitalizando dados de estações meteorológicas não automatizadas e desenvolvendo modelos de risco necessários ao desenvolvimento de produto *(ver Capítulo 20)*. Um intermediário de microsseguro também pode oferecer vários serviços iniciais e de apoio administrativo, uma vez que muitas companhias de seguros carecem de capacidade técnica para lidar com grandes volumes adicionais de produtos de margem baixa.

As informações sobre o mercado coletadas por intermediários e seus vários recursos de transferência de risco podem ser extremamente úteis para representantes de microsseguradoras. Dos intermediários abordados neste capítulo, tanto a MicroEnsure quanto a PlaNet Guarantee reuniram conjuntos de dados públicos e privados e produziram informações com base nesses dados que são importantes para o mercado.

A percepção sobre desenvolvimento de mercado pode ser o mais importante na intermediação do microsseguro; gerar demanda e oferta, promover inovação em todos os aspectos e criar estruturas de serviços eficientes são ações extremamente importantes para o desenvolvimento do mercado *(ver Caixa de Texto 23.2)*. Os intermediários de microsseguro desempenham um papel único na realização de tais tarefas, porque possuem conhecimentos sobre as necessidades e exigências próprias do mercado de baixa renda e sobre o trabalho das companhias de seguros comerciais. O desenvolvimento do mercado é uma necessidade para os intermediários, uma vez que permite a eles estabelecerem base econômica própria.

Caixa de Texto 23.2

Intermediários como formadores de mercado: MicroEnsure nas Filipinas

As Filipinas têm testemunhado melhorias drásticas em sua abordagem do microsseguro, resultantes de um grande esforço coordenado entre agências governamentais, doadores, algumas seguradoras privadas e suas associações, associações mútuas de benefício (MBAs) e canais de distribuição, como a associação de banqueiros rurais. Este esforço levou a uma mudança de paradigma que ainda está em processo. Como intermediário que facilita as relações entre IMFs e seguradoras neste mercado, a MicroEnsure desempenhou um papel útil vencendo barreiras e promovendo bom valor do microsseguro.

Baseado inicialmente na sua relação com uma grande IMF, a MicroEnsure encontrou o sucesso financeiro nas Filipinas que é, até agora, o seu principal país de operação. A MicroEnsure conseguiu isso oferecendo às seguradoras locais serviços administrativos para gerir as apólices de suas bases de clientes existentes. Apoiada em uma base de clientes inicial de cerca de 240 mil vidas cobertas, bem como em efeitos positivos de demonstração, as operações expandiram rapidamente. No final de 2010, a MicroEnsure Filipinas tinha trabalhado com mais de 20 IMFs, atendendo a mais de um milhão de clientes.

Em sua primeira fase de ingresso no mercado, novas parcerias com IMFs foram firmadas visando ao crescimento. Com o tempo, a venda cruzada de diferentes produtos para clientes existentes cresceu em importância. Ambos os fatores podem estar começando a se nivelar, de modo que o crescimento futuro somente será possível se a MicroEnsure puder explorar novos canais de distribuição além de IMFs.

A abordagem da MicroEnsure envolvendo produtos simples, exigências de subscrição fáceis, benefícios orientados pela demanda a prêmios justos e procedimentos de sinistros simples serviu como um exemplo convincente e um reforço dos esforços de terceiros. Apesar de seu sucesso, a MicroEnsure enfrenta desafios de MBAs e algumas seguradoras, uma vez que elas se esforçam para melhorar sua proposta de valor, prestando um serviço mais simples, melhor e mais rápido para o mercado de baixa renda. A erosão potencial da participação de mercado da MicroEnsure demonstra que embora ela tenha contribuído para melhorar o mercado de microsseguro nas Filipinas, o mercado está mudando com rapidez e é fácil para uma corretora perder sua vantagem competitiva.

Daqui para frente, caso os intermediários sejam bem-sucedidos em suas atividades de formação de mercado, a proposta de valor pode mudar. Caso o intermediário de microsseguro continue a ter uma função, três desafios terão de ser enfrentados para garantir que os interesses das corretoras e clientes estejam bem alinhados:

1) **Aumentar a concorrência:** A falta de concorrência direta na área do intermediário primário significa que os clientes podem não ser capazes de fazer escolhas mais informados e capacitados ao decidirem entre diferentes prestadores de serviços de gerenciamento de risco. No entanto, tendo em vista o número limitado de atores na maioria dos mercados atuais, pode ser difícil para um intermediário secundário entrar e competir em nível de igualdade com aquele que já está estabelecido. O intermediário principal, se bem-sucedido, já terá relações estabelecidas com a maioria dos parceiros canais de distribuição de alto potencial, restringindo as opções do parceiro canal entrega disponível para o intermediário secundário. A incursão de corretores convencionais em microsseguro pode estimular a concorrência caso as experiências da Aon Bolívia e Marsh Índia sejam repetidas.

2) **Imutabilidade de canais de distribuição:** Além de vincular os canais de distribuição aos provedores de seguro, os intermediários de microsseguro também oferecem serviços de administração da carteira. Na maioria dos casos em que um intermediário administra a carteira, os clientes não estavam verdadeiramente livres para escolher tais serviços, porque estes, em geral, são oferecidos junto com o pacote de gerenciamento de risco global, vendido como parte integrante da proposta de valor total. Com as soluções de *softwares* especializados e o custo-benefício obtido com as economias de escala e um modelo de negócios focado em produção eficiente, os intermediários de microsseguro devem ser capazes de administrar a carteira de forma muito mais rentável do que as seguradoras. Isso é conveniente para todos os envolvidos, especialmente considerando que muitos *players* em microsseguro lutam com a escolha e implementação de soluções de *softwares* eficientes.

   No entanto, a possível desvantagem é o desafio potencial de migrar a carteira para um intermediário concorrente ou ir direto a uma data futura. Isso é válido também para canais de distribuição e microsseguradoras. Para ambos, a questão crucial é saber se eles querem investir em seus próprios negócios de microsseguro, construindo conhecimento e experiência internamente, e, por fim, impulsionando o próprio mercado, ou querem contar com um terceiro para fazer a maior parte deste trabalho. Para aqueles que querem testar a maré e tomar decisões de longo prazo mais tarde, trabalhar por meio de um intermediário, muitas vezes, é uma boa ideia. No entanto, canais de distribuição e microsseguradoras devem se certificar de que ainda há espaço para tomar decisões estratégicas mais tarde, inclusive transferir os negócios para outra seguradora ou outro provedor de serviços.

3) **Sem incentivo para reduzir prêmios:** De modo geral, a proposta de valor de um intermediário de microsseguro é tripla: primeiro, reunir inteligência de mercado e educar os potenciais clientes sobre o valor da transferência de risco; segundo, promover inovação através da comunicação, educação e negociação com companhias de seguros; e, terceiro, administrar carteiras com eficiência. Os dois primeiros serviços são particularmente interessantes para aqueles que estão ingressando no mercado de microsseguro, especialmente os que têm um desejo de participar vencendo as barreiras das microfinanças. Por fim, a administração de carteira é de especial importância para os pequenos *players* ou em mercados onde o intermediário tenha vantagens significativas em termos de economias de escala, o que justificaria terceirizar a administração da carteira, mesmo para grandes companhias de seguros. Embora essa administração da carteira possa permanecer sendo valiosa ao longo do tempo, as duas primeiras podem não ser tanto assim. A inteligência de mercado é de vital importância na fase de desenvolvimento de um mercado de seguros, mas nem todos os clientes estão sempre dispostos a mudar de provedor, uma vez que eles estão satisfeitos com os produtos e serviços recebidos. Da mesma forma, os canais de distribuição, clientes diretos do intermediário, não estão constantemente interessados em inovação de produtos.

   A maioria dos intermediários cobra uma comissão baseada no volume de seus serviços. Isso pode ser um valor fixo por transação ou apólice administrada ou um

percentual do total de prêmios gerados pelo negócio intermediado. Em ambos os casos, o intermediário tem um claro interesse de expandir os negócios, mas não necessariamente reduzindo ainda mais os custos, uma vez que um fluxo de prêmio foi estabelecido, principalmente se a comissão está positivamente correlacionada com o prêmio gerado. Isso implica que intermediários tenham interesse apenas em tratar um negócio mais rentável para um cliente quando sob o risco de perder o negócio. Como há pouca concorrência, os clientes dos intermediários de microsseguro podem considerar a inclusão de garantias em seus contratos, como, por exemplo, comissões com base no desempenho para se protegerem contra qualquer possível comportamento relapso.

Ademais, o preço é apenas um aspecto para determinar um bom negócio. O serviço pós-produção, a pontualidade no pagamento de sinistros e os serviços analíticos de valor agregado são fatores importantes ao decidir sobre o valor dos insumos recebidos. Os intermediários, normalmente, gastam muito tempo e esforço ao ingressar em um novo negócio muitas vezes gratuito. A maior parte do valor agregado através da inteligência de mercado e inovação de produto implica custos iniciais, embora a administração da carteira esteja associada a um fluxo de serviço constante. Os intermediários têm de recuperar os custos iniciais, mas que, em geral, não foram explicitamente pagos por eles, ou seja: eles têm de considerar tais custos em sua estrutura de preços com base no volume. Consequentemente, chegar a uma estrutura de remuneração razoável que motive os intermediários a buscarem continuamente o melhor negócio para seus clientes é importante. É também necessário assegurar que o serviço e as taxas de prêmio sejam renegociadas, especialmente depois de um determinado período durante o qual nenhuma mudança ou inovação favorável tenha sido implementada.

23.5 Conclusões

O microsseguro é uma indústria nascente e é uma porção relativamente pequena dos negócios da maioria das seguradoras comerciais e dos canais de distribuição. O foco limitado dessas partes vitais na cadeia de abastecimento do microsseguro pode explicar o lento desenvolvimento do microsseguro em alguns mercados. Em casos específicos, as seguradoras ou os canais de distribuição podem impulsionar a inovação de forma independente e desenvolver modelos de trabalho eficazes, embora, na maioria dos casos, não tenham motivação suficiente para vencer os limites dos produtos, serviços e processos de microsseguro. Isso não surpreende, considerando que o foco e a origem de tais organizações está em outras áreas, tais como seguro tradicional, microcrédito e varejo.

Pode ser demais esperar algo mais de seguradoras e canais de distribuição. Diante dessa realidade, os intermediários podem ser necessários como formadores de mercado para desenvolver, promover e inovar, de modo que o microsseguro possa alcançar seu pleno potencial. No entanto, é necessária uma abordagem diferente para a intermediação de seguro. Tendo em vista as exigências práticas de atender ao mercado

de baixa renda e de estimular uma mudança de paradigma no setor de seguros, os intermediários de microsseguro podem exigir soluções verticais completas para a formação de mercado a partir do desenvolvimento de produto, distribuição de base e administração de sinistros em relação à colocação da carteira de microrresseguro. Muitos dos intermediários abordados neste capítulo parecem bem preparados para integrar e implementar tais soluções.

Os desafios do microsseguro são exemplificados pelas necessidades conflitantes de participantes da cadeia de valor: seguradoras, intermediários e canais de distribuição precisam cobrir seus custos e ganhar uma margem justa enquanto, simultaneamente, oferecem aos consumidores prêmio baixo e produto de alto valor. Todos os intermediários focados em microsseguro experimentaram dificuldades financeiras e menos volume de negócios do que o originalmente previsto e tiveram de fazer grandes ajustes em suas estratégias a fim de encontrar uma forma de equilibrar receita e despesa. Desenvolver negócios de microsseguro sustentáveis leva tempo. Todavia, ainda não há comprovação de caso comercial para intermediários de microsseguro.

Os intermediários comerciais cujo pefil seja oferecer produtos combinados estão possivelmente melhor posicionados em relação à rentabilidade devido às economias geradas pela oferta de negócios no espectro do mercado de seguros.

A despeito da falta de caso comercial, fica evidente que existe um papel potencialmente importante para os intermediários. Se gerido de forma eficaz e eficiente, o papel do intermediário pode ser uma força motriz significativa para aumentar escala no microsseguro. Precisamos observar os esforços em curso atualmente para transformar essas entidades, visto que elas trabalham para encontrar o ajuste correto para o papel de formador de mercado de microsseguro com uma estrutura que possa ser rentável. É perfeitamente possível que a solução emergente resida nas seguradoras criando departamentos de microsseguro de certa forma independentes. Os resultados operacionais e os problemas iniciais podem ser "*ring-fenced*" a partir das operações principais da seguradora. Os acionistas e a Alta Administração da seguradora precisarão estender a este departamento a visão e a paciência que o mercado de microsseguro exige hoje de forma tão evidente para o sucesso de longo prazo.

VIII Infraestrutura e cenário para o microsseguro

24 A revolução da tecnologia em microsseguro

Anja Smith, Eric Gerelle, Michiel Berende e Grieve Chelwa

Este capítulo discorre sobre dados e comentários de Doubell Chamberlain (Cenfri). Os autores também agradecem os dados e a orientação recebida de Pranav Prashad (OIT) e Rupalee Ruchismita (CIRM).

O panorama da tecnologia nos países em desenvolvimento está mudando a um ritmo impressionante. Isso proporciona uma infinidade de oportunidades para *players* do setor financeiro que querem expandir para mercados não explorados anteriormente nesses países. O presente capítulo considera o papel da tecnologia na entrega do microsseguro para clientes de baixa renda no mundo inteiro. Embora a tecnologia possa ser definida como qualquer ferramenta que ajude na entrega de melhores serviços do que as alternativas disponíveis, este capítulo analisa, especificamente, o papel das tecnologias da informação e comunicação (TIC), em especial dispositivos eletrônicos e *softwares* associados.

A primeira seção faz uma breve análise dos benefícios associados à tecnologia, ao mesmo tempo chamando atenção para alguns dos riscos que isso implica. As próximas três seções descrevem como a tecnologia pode apoiar diferentes facetas dos processos de microsseguro: 1) funções de interface do cliente; 2) processamento de operações; e 3) análise de dados. A última seção traz uma análise atual e futura sobre celulares como uma categoria única de tecnologia em microsseguro.

24.1 Benefícios e riscos da tecnologia em microsseguro

A tecnologia tem o potencial de ajudar a atender vários desafios importantes na oferta de microsseguro, ou seja, melhorar a acessibilidade, alcançar clientes, especialmente em áreas remotas, cobrar prêmios pequenos e pagar sinistros válidos. Apesar de enfrentar estes desafios específicos, a tecnologia pode fornecer uma gama de benefícios ao longo da cadeia de valor do microsseguro, como, por exemplo:

Redução de custos de administração: Historicamente, seguro é um setor baseado em papel, com folhetos de marketing, formulários de propostas e sinistros, e documentos de apólice. Para racionalizar sistemas e diminuir custos, o microsseguro precisa ir além do papel, e isso pode ser viabilizado pela tecnologia. Cada vez mais, a TIC pode ser utilizada em processos administrativos eficientes, sem papel, diminuindo custos para o cliente. Com o tempo, o ganho em eficiência pode se refletir em prêmios menores, levando a uma quantidade maior de produtos vendidos, compensando alguns dos custos incorridos em tecnologia.

Alcance de novos mercados: Famílias de baixa renda, muitas vezes, não possuem conta em banco, o que tem sido um obstáculo para o acesso ao seguro. Isso está começando a mudar. Por meio de telefones celulares, *smart cards* e novos sistemas de pagamento, está sendo possível cobrar prêmios de clientes que não possuem conta bancária. As microsseguradoras também podem utilizar a tecnologia para se comunicar com os clientes por mensagem de voz ou texto, nos casos em que a comunicação regular não tenha sido possível, reduzindo custos de viagem tanto para o segurado quanto para a seguradora.

Combinação com diferentes operações: A TIC pode dar um apoio significativo para as microsseguradoras expandirem seus negócios, principalmente na conexão com grupos de clientes de outras operações existentes, tais como bancos (*bancassurance*), varejistas ou instituições de microfinanças (IMFs). Isso aumenta a quantidade e diversidade de canais que podem fornecer produtos de seguro.

Aprimoramento do atendimento ao cliente: Do ponto de vista dos clientes, o processo para recorrerem ao seguro e aos seus benefícios pode ser complicado. O microsseguro tem de vencer as barreiras e melhorar o acesso. Deve ser fácil compreender a cobertura, fazer a adesão, pagar os prêmios e apresentar as reclamações de sinistro. Neste aspecto, a tecnologia pode proporcionar um grande impulso, reduzindo os custos de operação dos clientes e tornando mais fácil para eles terem as respostas para suas perguntas e terem seus sinistros pagos com mais rapidez. Por sua vez, fomentará confiança no seguro.

Redução de fraude: A identificação de pessoas e bens segurados, em especial nos países onde não há sistemas de identificação nacional ou endereços funcionais, tem impedido o desenvolvimento do microsseguro. No entanto, a tecnologia está caminhando para ajudar a resolver esta questão, reduzindo a fraude com a utilização de meios mais eficazes para identificar clientes e seus bens segurados.

Melhor conhecimento do mercado: Várias tecnologias consideradas neste capítulo permitem que as microseguradoras avaliem e gerenciem melhor o risco. Ademais, muitas dessas tecnologias retêm dados do cliente, permitindo que as microsseguradoras e seus parceiros de distribuição conheçam detalhadamente clientes potenciais e atuais, bem como suas necessidades de produto. Capacidade de acessar informações detalhadas do cliente, utilização de produto, custos de serviços e outros dados essenciais ajudam no desenvolvimento, na gestão e precificação de produtos de seguro mais vantajosos em termos econômicos.

No entanto, há uma série de variáveis associadas a esses benefícios. Talvez, acima de tudo, a tecnologia somente pode entregar todos esses benefícios se estiverem sendo utilizados processos e sistemas comerciais apropriados. Outros cuidados incluem o seguinte:

- Há uma tendência a se ficar excessivamente animado com a próxima solução digital, mas é importante primeiro saber quais são os problemas que precisam ser resolvidos, e então analisar se a tecnologia é uma boa escolha.
- Aplicações em tecnologia têm de ser adaptadas para atender às necessidades dos parceiros de distribuição que operam em setores específicos (por exemplo, bancos e

IMFs), e também precisam estar associadas a medidas de desempenho claras a fim de permitir que os usuários da tecnologia monitorem se elas de fato agregam valor.

- A tecnologia precisa ser implantada em uma sequência que permita aprender e estar capacitado antes da implementação do próximo nível de tecnologia.
- O melhor uso de ferramentas de análise de dados exigirá maior padronização em formatação de dados e procedimentos de coleta de dados.
- Às vezes, soluções de alta tecnologia não podem resistir a ambientes expostos à temperatura e precipitação extremas, ambientes estes em que os clientes de microsseguro muitas vezes vivem e trabalham. A conectividade ruim também pode prejudicar o investimento em tecnologia.
- A falta de confiança dos provedores de tecnologia é outro desafio muitas vezes enfrentado por provedores de microsseguro que precisam de serviço contínuo para dar suporte à tecnologia.
- Os investimentos em tecnologia precisam ser acompanhados por investimentos complementares em capital humano, a fim de assegurar que o pessoal possa obter valor pleno da tecnologia recém-implementada.

Para ajudar os provedores de microsseguro a evitar riscos e aproveitar oportunidades, em 2008 o Grupo de Trabalho sobre Tecnologia da Microinsurance Network analisou o cenário de tecnologia em microsseguro *(ver Caixa de Texto 24.1* para informações sobre as atividades do Grupo de Trabalho). A análise identificou três categorias principais de tecnologias importantes para o microsseguro: 1) mecanismos de interface do cliente; 2) processamento da operação, incluindo sistemas de informações gerenciais (MIS); e 3) análise de dados, conforme resumido na Tabela 24.1. O âmbito e a natureza destas três categorias de tecnologia são questões abordadas mais detalhadamente ao final deste capítulo.

Tabela 24.1 **Principais tipos de tecnologia em microsseguro**

Interface do cliente		*Processameno da operação*	*Análise de dados*
Adesão e pagamento do prêmio	*Análise do sinistro*		
– Celular com sistema de posicionamento global (GPS) – Serviço de mensagem curta (SMS) – *Smart card* – Ponto de venda (POS) – Módulo de identificação do assinante (SIM) – Plataforma móvel de pagamentos – Provedor de serviço de acesso sem fio (WASP) – Serviços gerais de pacote por rádio (GPRS)	– Dispositivo de identificação por radiofrequência (RFID) – Biometria – Indicadores meteorológicos – Tecnologia de mapeamento espacial – Diagnóstico remoto	– *Software* como um serviço (SaaS) – Central de atendimento – Sistema de informações gerenciais (MIS) – Voz sobre protocolo de Internet (VOIP) – Padronização de dados	– Análise do banco de dados – Dados das estações meteorológicas – Dados das imagens de satélite

Fonte: Adaptado de Gerelle e Berende, 2008.

Caixa de Texto 24.1

Grupo de Trabalho sobre Tecnologia da Microinsurance Network

O Grupo de Trabalho sobre Tecnologia se concentra em coleta de dados, comunicação, sistemas de informações gerenciais e serviços de apoio aos profissionais e técnicos de microsseguro que trabalham com estas organizações. Em 2008, o Grupo de Trabalho e a Facility Inovação em Microsseguros da OIT fizeram um inventário das tecnologias de informação que poderiam ser aplicadas para estender os serviços de seguro às famílias de baixa renda (ver Gerelle e Berende, 2008). Os objetivos do estudo eram catalogar e demonstrar as tecnologias utilizadas ou possíveis de serem utilizadas em microsseguro.

Em 2010, o Grupo de Trabalho postou on-line um catálogo que analisa sistemas de *software* desenvolvidos especialmente para microsseguro. Os primeiros sistemas abordados nessa publicação entram na camada de processamento da operação da tecnologia em microsseguro. O *website* permite aos usuários buscarem, filtrarem e examinarem cada um dos produtos de *software* listados no catálogo por tipo, idioma, tamanho da instituição, características e localização do provedor.

Nos próximos anos, estima-se que o catálogo será ampliado para incluir a interface do cliente e os níveis de análise de dados, fazendo uma crítica das tecnologias, por exemplo, telefones celulares, *smart cards*, terminais de POS e dispositivos biométricos e RFID.

Fonte: Adaptado de www.microinsurancenetwork.org.

24.2 Tecnologia de interface do cliente

O sucesso dos produtos de microsseguro depende de, em grande parte, até que ponto as pessoas de baixa renda podem interagir perfeitamente com a seguradora ou seus intermediários, e a tecnologia pode facilitar este processo. Esta seção analisa duas dimensões da tecnologia de interface do cliente: 1) adesão e cobrança do prêmio; e 2) análise do sinistro e pagamento dos sinistros.

24.2.1 Adesão e cobrança do prêmio

A tecnologia pode dar uma contribuição importante para o processo de adesão do cliente e cobrança do prêmio. Tecnologias diferentes podem dar suporte a esses processos, incluindo celulares com GPS para adesão do cliente e uso de *smart cards*, créditos do celular e um sistema de pagamento móvel para pagar os prêmios, conforme resumido na Tabela 24.2 e descrito a seguir.

Tabela 24.2

Tecnologia em adesão do cliente e pagamento do prêmio

	Telefone móvel para adesão	*Smart card*	*Crédito do celular*	*Sistema de pagamento móvel*
Características	Vendedor usa celular com GPS para registar clientes e cobrar primeiro pagamento do prêmio (em dinheiro, com recebimento comunicado à seguradora via celular)	O valor armazenado nos cartões SIM pode ser utilizado para efetuar pagamento do prêmio	O pagamento do prêmio é efetuado por meio de dedução direta do crédito do celular; o crédito do celular precisa ser, então, convertido para moeda	Prêmio deduzido do aplicativo de carteira eletrônica móvel (*m-wallet*) do cliente; pagamento efetuado na forma de dinheiro móvel
Vantagens	Vendedores (ex.: proprietários de lojas de pequeno porte de comestíveis, fornecedores de insumos agrícolas) conectados por tecnologia oferecem uma rede de pontos de distribuição convenientes	Pagamentos podem ser efetuados mesmo com sistemas fora do ar; cartão pode funcionar como uma ID; possui capacidade de armazenamento (ex.: registros médicos)	Clientes não precisam ter conta em banco para efetuar pagamento do prêmio	Não é preciso conta em banco. *M-wallet* pode ser usada para pagar prêmio e liquidar sinistros
Desvantagens	Requer que o fornecedor esteja on-line ou conectado à rede; não é ideal para áreas rurais sem cobertura de rede	Caro para distribuir; leitores de *smart card* podem ser caros	Custo de tecnologia WASP exigida para converter crédito de celular em moeda real pode ser proibitivo	Plataforma de pagamento móvel, muitas vezes, é de manutenção cara; se um número errado é digitado e o dinheiro é creditado naquela conta, é muito difícil fazer o estorno
Exemplo	Take-it-Eezi e Hollard (África do Sul), Max Vijay (Índia)	HDFC Ergo Revive (Índia)	Cover2go (África do Sul), Safari Bima (Quênia) e AKSItext (Filipinas)	M-PESA (Quênia)

Fonte: Autores.

A parceria entre a companhia de seguros sul-africana, Hollard Insurance e a rede de fornecedores de produtos rurais, Take-it-Eezi, é um exemplo de **celulares utilizados na adesão do cliente** (Smith e Smit, 2010a). Take-it-Eezi é uma iniciativa da marca que permite a uma rede de 18 mil agentes independentes vender créditos de celulares pré-pagos, eletricidade e seguros em áreas que antes não tinham acesso a esses produtos. Cada fornecedor tem um celular com GPS. Para alcançar escala em seguro, uma vez que o fornecedor tenha cobrado o primeiro pagamento do prêmio do cliente, e desde que o cliente possua um pacote inicial de seguros, o vendedor transfere o número da apólice e da ID nacional do cliente para um servidor central utilizando a plataforma de pagamento da Take-it-Eazi operada pelo celular. As centrais de atendimento também participam da coleta de informações mais detalhadas sobre o cliente durante o processo de adesão. No caso da Take-it-Eezi, depois de receber os números da apólice e da identidade do segurado, uma central de atendimento operada por um administrador de seguros, a Best Funeral Society, telefona para o cliente para obter informações detalhadas sobre o beneficiário e/ou fornecer informações adicionais sobre o produto.

Da mesma forma, no Brasil, a empresa de tecnologia Vayon desenvolveu um sistema simples de adesão por celular que permite ao agente enviar uma SMS com o número de identificação do novo cliente para um banco de dados nacional, que em seguida preenche automaticamente o formulário de proposta com os respectivos dados, incluindo data de nascimento, emprego e estado civil e endereço. Esse sistema não apenas agiliza o processo de adesão, como também reduz erros na entrada de dados.

O advento da tecnologia ***smart card*** significa que os clientes podem pagar prêmios sem ter uma conta bancária. A tecnologia *smart card* permite que o dinheiro seja armazenado em um chip de circuito integrado, e os pagamentos podem ser efetuados sem o cliente precisar estar on-line ou conectado a uma rede. Isso é particularmente importante no caso de o microsseguro vir a operar efetivamente em áreas com conectividade limitada. Por exemplo, na Índia, os clientes da apólice de acidentes pessoais Revive da HDFC Ergo podem pagar seus prêmios utilizando tecnologia *smart card* fornecida pela FINO.[1]

Crédito comum de celular também está sendo usado para facilitar o pagamento do prêmio. Diferentemente dos *smart cards*, um pagamento com crédito do celular requer que o cliente esteja conectado à rede de telefonia móvel, de modo que o telefone do cliente possa se comunicar com o intermediário do pagamento (operador da rede móvel) ou com a companhia de seguros. Vários produtos de acidentes pessoais surgiram usando essa abordagem, inclusive pela Metropolitan na África do Sul (Cover2go), Kenya Orient (Safari Bima) e Philam Life nas Filipinas (AKSItext – *ver Caixa de Texto 24.2*). Estas apólices podem ter início via mensagem de texto, com pagamento do prêmio sendo efetuado por meio de uma dedução do crédito do celular.

Tanto no caso de produtos da Cover2go quanto da Safari Bima, um provedor de serviço de acesso sem fio (WASP) é responsável por converter o **crédito do celular** em moeda real. A experiência desses dois produtos indica que o WASP fica com uma grande parte do prêmio, uma vez que a comissão pode ser de até 40 por cento. Embora a tecnologia torne a distribuição do produto possível, permitindo que os prêmios sejam pagos, neste caso há um grande impacto no prêmio de risco real disponível para garantir cobertura para o cliente (Smith e Smit, 2010c).

[1] Financial Information Network e Operations Ltd (FINO) é um provedor de plataforma de pagamentos por meio de tecnologia da Índia *(ver Caixa de Texto 25.6)*.

Caixa de Texto 24.2

Pagamentos de prêmio por meio de dedução de crédito do celular: O caso do AKSItext

O produto de seguro de acidentes AKSItext da Philam Life é comprado por meio do envio de uma mensagem de texto contendo o nome, aniversário e endereço físico da pessoa para um número específico. A cobertura tem início 24 horas após o recebimento da mensagem de confirmação, contendo o número da apólice do indivíduo. Prêmios de US$0.25 garantem cobertura de aproximadamente US$250 por 15 dias e são automaticamente deduzidos do crédito disponível do celular, caso a conta seja pré-paga, ou incluídos na conta pós-paga do segurado. Os sinistros são pagos diretamente pelos escritórios da Philam Life por cheque que pode ser sacado em qualquer banco.

Fonte: Adaptado de Smith et al, 2009.

O quarto arranjo usa um aplicativo de carteira eletrônica móvel ou plataforma de dinheiro móvel para facilitar pagamentos de prêmio via celulares. A plataforma de dinheiro móvel, como M-PESA no Quênia *(ver Caixa de Texto 24.4)*, ultrapassa a tecnologia bancária tradicional e de transferência de dinheiro, e é particularmente relevante em regiões com pouca ou nenhuma infraestrutura, onde grande parte da população não possui conta em banco. Para o seguro, ela fornece um mecanismo conveniente de cobrança do prêmio, conforme ilustrado pelo produto de seguro com base em indicadores, Kilimo Salama, da Syngenta Foundation no Quênia *(Caixa de Texto 24.3)*.

Caixa de Texto 24.3

O papel da tecnologia em vendas e cobrança do prêmio: O caso do Kilimo Salama

A experiência do Kilimo Salama ilustra claramente como a tecnologia pode ser usada para diferentes funções tornando um produto de microsseguro viável. Kilimo Salama é um produto de seguro agrícola com base em indicadores que foi testado em março de 2009 cobrindo inicialmente apenas 200 agricultores de milho e baseado em dados coletados por duas estações meteorológicas. O projeto desde então vem crescendo e hoje usa 30 estações meteorológicas e cobre 22 mil agricultores que cultivam milho, sorgo, algodão, feijão e café.

O Kilimo Salama (que significa "Agricultura Segura" em Kiswahili) é uma parceria entre a Syngenta Foundation, Safaricom, a maior operadora de rede móvel do Quênia, e a UAP, uma grande companhia de seguros gerais. O produto cobre insumos agrícolas dos agricultores (por exemplo, fertilizantes, sementes e pesticidas) em caso de seca ou excesso de chuvas. O produto é baseado em indicadores, o que significa que os pagamentos são desencadeados pelo volume de chuva. Durante a época de plantio,

a precipitação real é medida utilizando uma estação meteorológica movida a energia solar em cada área. Ainda que a precipitação fique acima ou abaixo dos limites pré-estabelecidos, é efetuado um pagamento. O valor do pagamento depende de quanto a precipitação registrada se desviou do limite.

O Kilimo Salama é vendido por intermédio de dois canais: grandes contas e varejistas. No caso de grandes contas, o produto é vendido por intermédio de pessoas jurídicas, incluindo empresas de sementes, moleiros de algodão, bancos e instituições de microfinanças, que tenham interesse na segurabilidade de produções e/ou insumos agrícolas. Por intermédio do canal de varejo, o produto é vendido de forma voluntária por 110 revendedores de produtos agrícolas, que dependem da tecnologia para dar suporte aos processos de adesão e cobrança de prêmio.

A infraestrutura administrativa do Kilimo Salama é totalmente automatizada, com tecnologia desenvolvida pela Syngenta Foundation, que utiliza celulares com *software* Java adaptado como dispositivos de adesão nos pontos de venda. Os celulares transmitem informações do cliente para um servidor central utilizando tecnologia GPRS. O servidor, por sua vez, comunica-se com o agricultor segurado via SMS. A "espinha dorsal" da tecnologia está ligada à plataforma móvel de pagamentos M-PESA da Safaricom, a fim de facilitar o pagamento de prêmios e a liquidação de sinistros. As etapas a seguir ressaltam como a tecnologia dá suporte à adesão:

- Agricultores visitam o revendedor local de produtos agrícolas, que oferece o Kilimo Salama por um prêmio relativo à colheita esperada ou pelo custo dos insumos comprados no revendedor de produtos agrícolas.
- Se um agricultor decide comprar o Kilimo Salama, o negociante verifica um código de barras na embalagem de sementes, utilizando um aplicativo de celular especialmente desenvolvido.
- O aplicativo informa ao revendedor o prêmio que o agricultor deve pagar, que atualmente é entre 5 e 15 por cento do custo dos insumos.
- O fornecedor de produtos agrícolas captura detalhes do agricultor – nome, número do celular e valor da cobertura – no celular do fornecedor e transmite essas informações via GPRS para a seguradora por um servidor de comunicação central.
- O agricultor recebe uma mensagem de texto com o número da apólice e especificações da cobertura. Foi criado um mecanismo para agricultores que não possuem celular: o número da apólice e as especificações da cobertura são enviados para o telefone do revendedor, e este depois passa para o agricultor

Fonte: Adaptado de Goslinga, 2011.

24.2.2 Verificação da perda e pagamento de sinistros

A tecnologia pode ser utilizada também para facilitar os pagamentos na outra direção, de seguradoras para segurados na forma de sinistros. Processos de sinistros, às vezes, são uma reflexão posterior no desenvolvimento de novos produtos e testes-piloto, que tendem a estar mais focados em marketing, vendas e adesão. No entanto, procedimentos eficazes de sinistros são absolutamente importantes para o sucesso do microsseguro, que devem demonstrar para o mercado de baixa renda que as seguradoras cumprirão suas promessas de forma eficaz.

A operação financeira atual é uma parte do processo. Por exemplo, o sistema de dinheiro eletrônico móvel M-PESA é usado para efetuar pagamentos de vários produtos de seguro no Quênia *(ver Caixa de Texto 24.4)*. Em Gana, a parceria entre a Hollard e a UT Life levou a um produto de seguro de celular, Mi Life *(ver Caixa de Texto 24.7)*, que utiliza a plataforma de pagamentos móveis da MTN Ghana para cobrar prêmios e pagar sinistros.

A tecnologia também facilita o processo de sinistros tornando a verificação das coberturas de pecuária, agricultura e propriedade muito menos dispendiosa, e melhorando o acesso aos benefícios no caso do seguro saúde.

Caixa de Texto 24.4

Produto M-PESA de dinheiro móvel no Quênia

M-PESA é o nome do produto de uma plataforma de pagamento móvel operada pela Safaricom, a maior operadora de rede móvel do Quênia e uma subsidiária da Vodafone. O M-PESA, que significa dinheiro móvel ("M" significa móvel e "PESA" é dinheiro em Kiswahili) foi lançado em março de 2007 pela Safaricom com assistência do Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID).

Todo cliente M-PESA é obrigado a abrir uma conta de dinheiro eletrônico em um um ponto de venda de M-PESA autorizado no varejo. A conta de dinheiro eletrônico é vinculada a um número de celular e acessada por meio de um aplicativo de cartão SIM. Os clientes podem depositar e sacar trocando dinheiro por valor eletrônico em uma rede de lojas do varejo. Uma vez que os clientes tenham dinheiro em suas contas, eles podem usar seus telefones para transferir fundos para outros usuários M-PESA, pagar contas e comprar crédito para o celular.

Em maio de 2011, havia um total de 14 milhões de clientes M-PESA atendidos por uma rede de 28 mil pontos de venda.

Fonte: Adaptado de Mas e Radcliffe, 2010; M-PESA Resource Centre, 2011.

Pecuária

Em julho de 2009, a IFFCO-Tokio, uma companhia de seguros gerais da Índia, deu início a um projeto de seguro de pecuária direcionado a mais de 25 mil agricultores pobres. Conforme descrito na Caixa de Texto 12.2, o modelo IFFCO-Tokio usa tecnologia RFID para reduzir a ocorrência de fraude que é frequente em modelos tradicionais de seguro de pecuária, em que a identificação dos animais se dá por etiquetas auriculares, que podem ser facilmente perdidas ou removidas. O chip RFID, do tamanho de um grão de arroz, é injetado sob a pele do animal. Ajudando a reduzir sinistros fraudulentos, a tecnologia pode beneficiar agricultores com pagamento de sinistros mais rápidos e prêmios mais baixos. Embora o projeto ainda esteja em sua fase piloto, a sinistralidade de 35 por cento representa um quinto das taxas de sinistro experimentadas com etiquetas auriculares tradicionais, indicando que a nova tecnologia está funcionando e pode pagar por si própria (Facility Inovação em Microsseguros, 2011a).

Agricultura

O produto de seguro agrícola Kilimo Salama com base em indicadores meteorológicos, descrito na Caixa de Texto 24.3, usa o volume de chuva como um agente desencadeador de sinistros. Durante a época de plantio, a chuva é medida utilizando estações meteorológicas movidas a energia solar, que enviam dados da precipitação por uma conexão GPRS para a UAP. A seguradora acessa um aplicativo de indicadores meteorológicos que define as exigências de precipitação para cada cultura. O aplicativo calcula o percentual de sinistro, se houver, e a UAP transfere o valor do sinistro para a conta M-PESA do agricultor ou revendedor.

Embora o sucesso do Kilimo Salama seja principalmente atribuído à utilização de uma tecnologia familiar confiável, a plataforma de pagamento móvel, para vender um produto menos familiar e menos confiável, como seguro agrícola, o uso de tecnologia também tem levado a alguns desafios:

- Embora a tecnologia de estação meteorológica permita desenvolver um produto de seguro viável, também torna o entendimento do produto mais complicado. Os agricultores estão em média 20 quilômetros distantes da estação mais próxima, o que pode levá-los a não compreender o motivo de terem direito a um pagamento se os registros das chuvas em suas propriedades agrícolas diferem dos registros da estação meteorológica local. Este risco de base *(ver Capítulos 4 e 11)* aumenta a necessidade de uma educação do cliente conveniente e ampla.
- Várias tecnologias são necessárias para minimizar a margem de erro no cálculo dos indicadores meteorológicos. Confiar apenas nos dados da estação meteorológica torna improvável se conseguir um retrato preciso dos padrões de chuva em uma determinada área. Isso é ainda mais difícil quando as estações meteorológicas são poucas e estão distantes umas das outras. Para superar este desafio, o Kilimo Salama

está fazendo experiências com sistemas de mapeamento por satélite e planejando melhores formas de coletar e monitorar dados sobre produção. Esta medida permitirá a validação cruzada de dados meteorológicos e a seleção de parâmetros de produto mais precisos.

Propriedade

A cobertura de propriedade independente não é um produto de microsseguro comum. Muitas vezes, é incluída como uma cláusula de outros produtos, como o seguro de incêndio para microempresas associado ao seguro prestamista *(ver Capítulo 9*). Na África do Sul, a Hollard está tentando usar a tecnologia para tornar viável uma versão independente, vendê-la por centrais de atendimento e utilizar uma rede de "agentes de pré-avaliação" que avalia os bens cobertos por um produto de seguro residencial de prédio e conteúdo. Os agentes estão equipados com tecnologia de mapeamento móvel e espacial para capturar a condição e localização da casa segurada e seu conteúdo. A pré-avaliação de sinistros e coleta de dados dos bens dos segurados (ou seja, a confirmação de que os bens realmente existem e o registro da qualidade e natureza da construção) ajuda a reduzir a fraude e o custo global do gerenciamento dos sinistros, enquanto também supera o desafio de alguns clientes sem endereço formal.

Saúde

No seguro saúde, em que os benefícios são fornecidos em espécie na forma de serviços de saúde, a tecnologia tem um papel muito diferente na facilitação dos sinistros. Uma maneira é usar a tecnologia para estender esses benefícios para áreas remotas. Por exemplo, em vez de moradores dos vilarejos rurais gastarem tempo e dinheiro para ir a uma clínica buscar tratamento, alguns programas incluem um benefício *"dial-a-doc"*, que faz uma filtragem inicial para evitar despesas de viagem desnecessárias.

Além das centrais de atendimento, as TICs podem permitir um diagnóstico remoto das condições de saúde dos clientes, com base no qual o tratamento de saúde específico é então prescrito. A CARE Foundation, uma organização de saúde sem fins lucrativos na Índia, está atualmente experimentando dispositivos portáteis para o diagnóstico remoto de pacientes com um produto de seguro ambulatorial. Os funcionários da Village Health Champions (VHCs), que são recrutados dentro da comunidade local, são treinados para usar um dispositivo de mão para coletar dados biométricos e sintomáticos de beneficiários e, em seguida, transmitir esses dados para um médico para um diagnóstico remoto (Facility Inovação em Microsseguros, 2011b). O uso desta tecnologia tem o potencial de reduzir drasticamente o custo dos serviços de saúde.

Também na Índia, os *smart cards* biométricos são usados por alguns programas de seguro saúde de massa, como Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), que estendem proteção social para famílias de baixa renda. Uma vez que o *smart card* é pré-carregado com os benefícios, ele dá aos segurados a portabilidade para acessar benefícios "que não envolvem dinheiro" em todos os profissionais de saúde credenciados.

Cada hospital tem um balcão RSBY com um leitor de *smart card*, que utiliza as digitais do segurado para confirmar sua identidade. Isso não apenas reduz a fraude, mas também pode melhorar a saúde através da concorrência entre os provedores, melhorar atendimento ao cliente com um tempo de espera menor para o paciente e facilitar registro e análise de dados. Tais benefícios, no entanto, têm um custo. Uma análise dos dados do primeiro ano do RSBY revela que 17 por cento do prêmio cobriu o custo dos *smart cards*, enquanto 49 por cento pagou sinistros (Krishnaswamy e Ruchismita, 2011). Aparentemente, se os *smart cards* podem ser utilizados durante vários anos, esses custos podem, então, ser amortizados ao longo do tempo.

24.3 Processamento das operações

O processamento das operações é o nível intermediário da cadeia de processamento das informações e importante para todos os produtos de microsseguro e tipos de organizações. Embora as tecnologias de interface do cliente, por exemplo, telefones celulares e *smart cards*, tenham o poder de mudar fundamentalmente a interação entre seguradoras e clientes, esses sistemas de interface inicial com potencial de virar o jogo não exploram seu potencial sem sistemas de interface final eficazes para gerenciar a informação.

O *software* que auxilia na coleta e no gerenciamento do cliente e das informações da apólice, embora associando diferentes operações comerciais (ou seja, da seguradora e do parceiro de distribuição), teve um grande impacto sobre todos os processos administrativos. Tendo em vista a importância desta tecnologia em microsseguro, vários provedores estão vendendo *software* tanto padronizados quanto personalizados, conforme consta do banco de dados on-line da Microinsurance Network.

Um dos impactos mais significativos da tecnologia de informação no microsseguro atualmente ocorre na área de processamento das operações. Ela propicia as tecnologias analíticas e gerenciais das operações necessárias para sustentar uma grande base de clientes. Conforme ilustrado na Caixa de Texto 24.5, as necessidades de *software* das organizações mudam com o tempo, à medida que as empresas crescem, diversificam suas ofertas e ampliam capacidade.

Caixa de Texto 24.5

Evolução dos sistemas de *software* na DHAN Foundation

A Development for Human Action (DHAN) Foundation é uma organização popular indiana que cria instituições temáticas visando tratar do desenvolvimento de questões importantes, como geração de renda e gestão da água. Isso é possível testando ideias inovadoras e ampliando aquelas bem-sucedidas por intermédio de instituições associadas. Um dos objetivos da Fundação é permitir que comunidades pobres façam mudanças positivas em suas vidas, com ênfase em título de propriedade do associado, controle e tomada de decisão.

A DHAN Foundation tem adotado a TIC para o pobre como um tema para experimentar, desenvolver e implementar programas socialmente relevantes. Isso se tornou um tema transversal para complementar suas atividades de microfinanças, microsseguros e agrícolas.

No início da sua interação com a tecnologia, a DHAN Foundation pretendia usar *software* desenvolvido comercialmente para seu programa de microsseguro. No entanto, depois de completar uma fase piloto e considerando as implicações de muitas licenças de usuário, ela decidiu não usar o pacote de *software*, em parte porque o custo de licença era equivalente à receita total de prêmio. Por essa razão, a DHAN desenvolveu seu próprio sistema de seguros chamado *software* de previdência social (SSS, na sigla em inglês). Inicialmente, o SSS foi usado apenas para gerir seu programa de seguro de vida, mas, em 2005, um produto de seguro saúde também foi apresentado. Os planos incluem a ampliação do programa para cobrir seguro de pecuária e agrícola. Salários de pessoal é a rubrica responsável pela maior parcela do orçamento da DHAN IT. A DHAN tem uma equipe de TIC que mantém e também desenvolve seus sistemas internos de TIC.

O próximo passo da DHAN Foundation será desenvolver um sistema baseado na web para seus programas de microfinanças e microsseguros. O sistema será vinculado ao celular para agilizar a entrada de dados, a renovação da apólice e o pagamento do prêmio. Também incluirá recursos de atendimento ao cliente, como mensagens de voz e texto sobre o valor do prêmio a ser pago e a data da renovação. Contará com um recurso de *smart card* para vincular também o programa a hospitais e clínicas credenciados.

Fonte: Adaptado da Fundação Dhan, 2009.

A tendência é o processamento das operações estar distante da plataforma cliente-servidor local e perto da plataforma não localizada, que são soluções baseadas em Internet altamente adequadas à integração com dispositivos móveis. Por exemplo, o produto Software as a Service (SaaS) é uma plataforma baseada em Internet não gerida pela companhia de seguros, e sim por um terceiro. As ofertas atuais do SaaS para microsseguro ainda são customizadas para cada cliente corporativo, o que aumenta o total dos custos; mas, à medida que esses serviços amadurecem, as soluções serão fornecidas por de um conjunto de módulos-padrão selecionáveis. O SaaS permite que as organizações acessem a funcionalidade dos negócios a um custo normalmente menor do que pagar por aplicativos licenciados, uma vez que seu preço se baseia em uma taxa de utilização mensal ou anual. Isso contrasta com o *software* tradicional, que é normalmente vendido como uma licença permanente, com um único pagamento adiantado e pequenas taxas para suporte constante.

O SaaS fornece informações para todos os níveis de hierarquia do microsseguro, especialmente para a base da pirâmide. Por exemplo, se integrado com o celular, os

clientes podem obter informações em tempo real sobre taxas de prêmio e níveis de cobertura, verificar o status da apólice e receber lembretes sobre o prêmio. O SaaS também pode ser usado no treinamento on-line de agentes de microsseguro, bem como para fornecer a eles informações sobre produtos novos ou atualizações daqueles que já existem.

A TIC também permitiu o surgimento de administradoras – organizações para as quais as companhias de seguros podem terceirizar a administração da apólice visando reduzir custos. Um bom exemplo de um administrador que está fazendo trade-off entre solidez e eficiência de seu MIS é a MicroEnsure *(ver Capítulo 23)*. A MicroEnsure trabalha com uma variedade de grupos de clientes (por exemplo, IMFs, organizações religiosas e companhias de telefone celular) a fim de facilitar a venda de produtos pelos quais assume a responsabilidade da administração. Alguns dos serviços administrativos mais específicos oferecidos pela MicroEnsure incluem desenho de produto, coleta de dados biográficos de clientes, entrada de dados, relatórios de gestão e processamento de sinistros. A MicroEnsure também oferece outros serviços que não envolvem processamento de operações, tais como treinamento da equipe de vendas de seus parceiros de distribuição e realização de campanhas de educação do consumidor.

Provavelmente, os meios mais utilizados para capturar ou atualizar informações do cliente sejam a tecnologia da central de atendimento. As centrais de atendimento, atualmente, têm capacidade de impulsionar o mercado de seguros de baixa renda, uma vez que muitas famílias pobres têm acesso a um celular, e este meio de comunicação também permite a eles usarem um processo de vendas interativo. Apesar de uma central de atendimento costumar ser considerada como tecnologia de interface do cliente, na verdade, ela é parte integrante dos sistemas de apoio administrativo da seguradora. Embora muitas centrais de atendimento operem via telefone fixo, elas estão confiando cada vez mais na tecnologia de voz sobre protocolo de Internet (VOIP) para reduzir custos de telecomunicações. Os clientes podem telefonar para a central de atendimento diretamente, muitas vezes via um número gratuito, ou solicitar receber uma ligação da central de atendimento, enviando uma mensagem "favor me ligar" para a empresa. À medida que o mercado de microsseguro amadurece, haverá maior necessidade de padronização dos dados. Esforços internacionais estão sendo empreendidos para padronizar os dados de relatórios de gestão em toda a indústria de serviços financeiros, em especial a iniciativa em seguros da ACORD (*ver Caixa de Texto 24.6)*. As iniciativas semelhantes de maior relevância para o microsseguro são aquelas baseadas no padrão aberto eXtensible Reporting Language (XBRL), uma linguagem codificada desenvolvida para melhorar a eficiência e qualidade dos dados de relatórios financeiros e de negócios. O princípio subjacente da XBRL é definir a estrutura de intercâmbio das informações financeiras entre organizações. Este é um benefício importante em áreas onde há muitas organizações distintas tentando compartilhar informações em um mercado de microsseguro global. Os esforços para padronização de dados e fluxo de trabalho simplificarão relatórios de gestão e

permitirão uma abordagem mais flexível para analisar dados e modelar aplicativos. A normatização permitirá que diferentes *players* troquem dados com segurança e melhorará a qualidade dos dados de forma rentável, o que levará a um melhor conhecimento dos riscos que podem ter um impacto positivo sobre o desenvolvimento de produtos melhores.

Caixa de Texto 24.6

Normas sobre transmissão de dados eletrônicos: O caso das normas da ACORD

A Association for Corporative Operation Research and Development (ACORD) é uma organização global, sem fins lucrativos, de elaboração de normas, que atende à indústria de seguros. A ACORD facilita a criação de normas abertas e modelos-padrão de dados eletrônicos trabalhando em estreita colaboração com seus associados. Membros da ACORD incluem companhias de seguros e resseguros, agentes e corretores, provedores de *softwares* e associações do setor. A ACORD trabalha com seus membros para aprimorar a comunicação de dados em diversas plataformas implementando normas.

Normas sobre dados e serviços comuns melhoram a qualidade e transparência dos dados, resultando em maior eficiência e maior alcance do mercado. Por exemplo, as normas da ACORD possibilitam que um corretor de seguros obtenha, ao mesmo tempo, cotação de várias seguradoras para uma apólice de seguro de automóvel. Tudo o que o corretor faz é preencher uma solicitação de quotação e enviar uma mensagem eXtensible Markup Language (XML) para várias companhias de seguros (XML é um conjunto de regras para codificação de documentos ou dados em forma legível por máquina). As seguradoras respondem enviando a quotação de volta para o corretor no formato de linguagem XML.

Em alguns casos, as normas da ACORD facilitam o cumprimento das exigências estipuladas pelos reguladores. Por exemplo, a ACORD está trabalhando atualmente com a South African Insurance Association (SAIA), para desenvolver normas sobre transmissão de dados eletrônicos, a fim de que corretoras e seguradoras atendam às exigências de compartilhamento de dados estipuladas pelo órgão regulador de seguros sul-africano.

Será cada vez mais necessário desenvolver normas sobre dados eletrônicos, uma vez que as operações de microsseguro ganham escala no mundo inteiro. A forma com que os dados são tratados nas companhias, e entre estas, terá de ser normatizada.

Fonte: Adaptado de www.acord.org.

24.4 Análise de dados

A análise de dados é particularmente relevante para o microsseguro, porque um dos obstáculos que impede as seguradoras de atenderem este mercado, ou de oferecerem produtos precificados corretamente, é a falta de dados para estimar com precisão a frequência e magnitude dos eventos segurados *(ver Capítulo 21)*. À medida que são acumulados e analisados mais dados sobre a experiência de sinistro de famílias de baixa renda, será possível as seguradoras reduzirem o custo de incerteza que elas levaram em consideração no cálculo do prêmio.

A mineração de dados também é útil na personalização de produtos para os segmentos de mercado. A parceria em microsseguro entre o conglomerado de seguros espanhol, Mapfre, e a Codensa, uma empresa colombiana de serviços públicos, demonstra como as informações do cliente podem ser utilizadas no desenvolvimento do produto. A Codensa captura grande quantidade de informações sobre seus clientes de energia elétrica, por exemplo, renda e regularidade de pagamento, em uma base de dados criada especificamente para este fim. Usando ferramentas de análise de dados, a Mapfre desenvolveu produtos que são especialmente adaptados para a renda disponível dos clientes. A Codensa e a Mapfre acreditam que este foi um dos motores do sucesso de sua parceria (Zuluaga, 2010).

A mineração de dados para extrair características e comportamento do cliente para desenho e precificação do produto permite o desenvolvimento de produtos muito mais adaptados às necessidades dos clientes; entretanto, podem surgir problemas relativos à privacidade e ao roubo de identidade. No entanto, tais questões podem ser superadas, solicitando que os clientes "aceitem" ter seus dados analisados (Zurich, 2011).

A análise dos dados é particularmente relevante para o seguro com base em indicadores, o que depende fundamentalmente da coleta e análise de dados meteorológicos históricos para gerar parâmetros de produto e determinar desencadeadores de pagamento *(ver Capítulos 4 e 11)*. Além de analisar dados históricos oriundos de serviços meteorológicos ou de universidades, as novas tecnologias podem ser utilizadas para acompanhar comportamento do clima, desencadeadores de sinistros quando pertinente e ajustar produtos considerando dados meteorológicos de um maior número de anos. Por exemplo:

– **Estações meteorológicas:** Estações meteorológicas que medem precipitação, temperatura e velocidade do vento podem ser criadas por investidores dos setores públicos ou privados. Embora elas estejam originalmente no domínio do setor público, os investidores do setor privado estão cada vez mais participativos. Para complementar o serviço público de dados meteorológicos da Índia, os provedores privados de dados meteorológicos, por exemplo, Weather Risk Management Services (WRMS) e National Collateral Management Services Limited (NCMSL) estão ajudando a coletar dados meteorológicos mediante o pagamento de uma taxa. A NCMSL instalou 1.000 estações de tempo automatizadas que produzem dados em tempo real utilizados no desenvolvimento de produtos com base em indicadores meteorológicos.

A DAHN Foundation tem um projeto que instala pluviômetros a uma distância de cinco quilômetros uns dos outros para ajudar a minimizar o risco de base em produtos de seguro baseados em indicadores meteorológicos. Os pluviômetros movidos a energia solar transmitem dados pluviométricos via GPS para um banco de dados central em intervalos de 15 minutos. Em setembro de 2011, 150 pluviômetros foram instalados cobrindo cerca de 6.300 agricultores (Prashad, 2011).

– **Imagem de satélite:** Imagens de satélite podem ser usadas para coletar diferentes dados meteorológicos. Os satélites são capazes de capturar imagens da densidade da nuvem que podem ser usadas para gerar previsões sobre precipitação (Prashad, 2011).

  Outra abordagem é a utilização de índices da vegetação por diferença normalizada (NDVI), que são derivados de dados captados por imagem de satélite que permitem a medição do "viço" da vegetação que tem correlação com os níveis de fotossíntese no solo. Tal abordagem está sendo testada pela International Livestock Research Institute no Quênia a fim de garantir cobertura para criadores de gado nômades *(ver Capítulo 12)*. A desvantagem do uso deste tipo de tecnologia é que a massa de nuvem pode limitar a capacidade dos satélites de capturar imagens claras do solo, prejudicando a disponibilidade de dados históricos contínuos ou regulares (Hazell et al., 2010).

24.5 A promessa de telefones celulares

O uso de telefones celulares nos vários modelos de microsseguros ilustra claramente o poderoso potencial desta difundida tecnologia. Por exemplo, em 2011, cerca de 57 por cento da população adulta da África tinham celular, com 84 por cento na África do Sul e 21 por cento no Mali (Gallup, 2011). Os celulares viabilizam a compra de produtos, permitem o pagamento de prêmio com deduções do crédito do celular ou via carteira eletrônica móvel e facilitam o cálculo e pagamento dos sinistros.

Outra característica fundamental do microsseguro é que os celulares permitem comunicação imediata em toda cadeia de valor, reforçando de forma rentável a confiança de um mercado cético. A tecnologia móvel proporciona a oportunidade de se comunicar e coletar dados de clientes. Por SMS e mensagens de voz, as companhias de seguros e seus parceiros de distribuição podem confirmar para os clientes se a adesão foi feita com sucesso e se sua apólice teve início, comunicar informações, tais como a necessidade de haver fundos suficientes em sua conta bancária disponíveis para o próximo pagamento do prêmio e avisar se um sinistro foi recebido e está sendo processado.

Tanto a mensagem de texto quanto a comunicação por voz são formas imediatas de comunicação que permitem respostas em tempo real das seguradoras. No caso do Max Vijay na Índia *(ver Capítulo 8)*, os clientes estão dispostos a confiar na confirmação do pagamento recebida via mensagem de texto, tanto quanto em um recibo impresso pelo comerciante ao colocarem seu prêmio em dia. Isso ajuda a evitar fraude e, ao longo do tempo, constrói confiança na comunicação eletrônica, como um substituto do papel ou de outros métodos de comunicação.

Daqui para frente, a tecnologia móvel pode, definitivamente, vir a se tornar mais importante no apoio à coleta, à validação e ao armazenamento de dados de microsseguro. Ela proporcionará o benefício de transformar a coleta de dados em uma rotina, uma atividade de baixo custo e complementar que pode, eventualmente, substituir as pesquisas de mercado tradicionais. A dependência dos celulares, no entanto, envolve certos riscos, especialmente quando o celular de um cliente também é sua carteira, e pode fornecer acesso a informações privadas. São utensílios que também podem ser facilmente danificados, perdidos ou roubados, o que pode quebrar o vínculo entre segurado e seguradora; porém, tais riscos também propiciam uma oportunidade para as seguradoras oferecerem cobertura adicional para o próprio celular.

Em março de 2011, Gana viu o lançamento do Mi Life, o primeiro produto de seguro do mundo totalmente baseado em celular (*ver Caixa de Texto 24.7)*. O advento desse produto contém muitas promessas de entrega de microsseguro no mundo em desenvolvimento.

Caixa de Texto 24.7

Seguro móvel Mi Life em Gana

Mi Life, o primeiro produto de seguro totalmente com pagamentos efetuados pelo celular, teve seu piloto lançado em Gana em março de 2011. O projeto é uma parceria entre MTN Ghana (uma operadora de rede móvel), MFS Africa (um provedor de tecnologia móvel de serviços financeiros), MicroEnsure, UT Life (a seguradora de vida de Gana) e Hollard Insurance. A Mi Life cobre a vida de dois beneficiários, o segurado e seu parente mais próximo nomeado. Um assinante da MTN que opta por comprar o produto pode esperar pagar algo entre US$0.66 e US$3 em prêmios mensais. O valor da cobertura do associado é de US$330 a US$1,300 para as duas vidas.

Tecnologia no início de vigência da apólice: Com o Mi Life, os assinantes da MTN que também têm o MTN Mobile Money podem se cadastrar para cobertura também por intermédio dos agentes de dinheiro móvel da MTN ou diretamente através de seus telefones. Após o início de vigência da apólice, o assinante recebe uma confirmação por SMS de que a apólice foi ativada. A SMS também contém um código pin único que funciona como o número da apólice do cliente. O cliente usa esse código pin para fazer alterações ou verificar o *status* da apólice usando um menu interativo no celular.

Tecnologia em cobrança de prêmio: Os prêmios são automaticamente deduzidos todo mês da carteira eletrônica móvel do cliente. Os clientes são lembrados, via SMS, de manter sua carteira eletrônica móvel com saldo antes da data de vencimento do pagamento. Uma vez os prêmios deduzidos, o cliente recebe uma SMS com o aviso de que a cobertura foi renovada para o mês seguinte. A cobertura dura apenas um mês, até que o prêmio do próximo mês seja pago.

Tecnologia em pagamento de sinistros: Os sinistros podem ser protocolados em uma das duas formas. Na primeira opção, o cliente envia uma SMS para um

determinado número e a central de atendimento retorna a ligação imediatamente com as instruções. Na segunda opção, o cliente pode ir até uma loja MTN onde agentes dedicados oferecem ajuda. Em ambos os casos, documentos comprobatórios precisam ser apresentados antes de os sinistros serem processados. O pagamento é efetuado na carteira eletrônica móvel do cliente e ocorre dentro de duas semanas depois da documentação comprobatória ser entregue (Gross, 2011a).

A plataforma móvel apresenta muitas vantagens sobre os modelos tradicionais de venda de seguro. Por exemplo, as seguradoras podem reduzir o custo de cobrar prêmios e pagar sinistros. Não é de surpreender, portanto, que os prêmios mensais do Mi Life sejam 50 a 90 por cento menores do que produtos comparáveis no mercado. Ademais, considerando que os celulares estão por toda parte em Gana, o dinheiro móvel é uma plataforma de distribuição em massa e eficiente.

Usar celulares para vender seguro representa muitas vantagens, além de custos mais baixos. Por exemplo, o uso de lembretes SMS melhora o fluxo de comunicação entre seguradora e segurado, e melhora a frequência dos pagamentos de prêmio. Em segundo lugar, permite aos clientes gerirem suas apólices de uma forma rentável e com facilidade de acesso. O fato de os clientes poderem usar uma tecnologia conhecida como o celular para fins de seguro pode ajudar a preencher a "lacuna" em termos de confiança no seguro por parte da população de baixa renda.

O piloto do Mi Life em Gana permitiu à seguradora e ao intermediário, neste caso Hollard e MicroEnsure, aprender sobre o impacto e os limites da tecnologia no modelo de negócios:

- Apesar da capacidade da tecnologia reduzir os custos de interação do cliente, tendo a opção de escolher, eles ainda preferem a interação direta. Os assinantes podem fazer o registro relativo à apólice via seu celular ou através de agentes dedicados em lojas MTN. A maioria dos assinantes opta pela segunda opção. Ter alguém para explicar o processo de registro e o funcionamento da apólice parece proporcionar um grau de conforto, especialmente em um país onde apenas 5 por cento da população adulta possui alguma cobertura de seguro (FinMark Trust, 2011).
- O sucesso de produtos como o Mi Life depende de ter uma plataforma de pagamento móvel que funcione bem. A plataforma precisa ser aperfeiçoada continuamente para assegurar que permanece adequada para o cliente e também precisa de manutenção regular, especialmente considerando o aumento das operações de seguros móveis. Até que ponto isso pode ser feito é limitado pelos recursos que a operadora de rede móvel (MNO, na sigla em inglês) pode oferecer para este fim.

Enquanto chamadas de voz continuarem a ser o principal gerador de receita para a maioria das operadoras de rede móvel no mundo em desenvolvimento, os recursos para investir em serviços secundários serão limitados.

Fontes: Leach, 2011; MicroEnsur, 2011.

24.6 Conclusão

A tecnologia promete aumentar a eficiência e permitir que provedores alcancem escala integrando diversas operações em toda a cadeia de valor, incluindo a seguradora e seu parceiro de distribuição. Promete reduzir custos de administração, alcançar clientes remotos, cobrar prêmios e pagar indenizações, mas também pode cumprir outras funções, por exemplo, como desenvolvimento de produtos ou comunicações.

A disseminação de celulares teve um enorme impacto sobre a função de comunicação exercida pela tecnologia em microsseguros. As companhias de seguros podem se comunicar instantaneamente com seus clientes em cada passo da interação, desde o início da apólice até seu ajustamento e sinistros, através de mensagens de texto, bem como comunicação por voz. Além disso, a transferência de dinheiro tanto na cobrança do prêmio quanto no pagamento de sinistros foi revolucionada pelas tecnologias de *smart card* e carteira eletrônica móvel.

É importante, no entanto, salientar que tecnologia não é uma panaceia em se tratando de microsseguro. A capacidade da tecnologia de impactar positivamente os negócios de microsseguro depende diretamente da solidez do modelo de negócios, da relação entre a seguradora e seu parceiro de distribuição (se houver), e os sistemas e operações internos existentes.

Neste contexto, o microsseguro pode aprender lições valiosas oriundas de microfinanças. Por exemplo, algumas IMFs tinham a impressão de que a tecnologia ajudaria a resolver seus problemas, mas esqueceu de mapear e organizar seus processos comerciais antes de implantar os sistemas. Isto diminui a eficácia do MIS e o impacto sobre seus negócios em geral, e pode levar a uma percepção de que a entrega dos benefícios prometidos não ocorre. Na falta de sistemas e processos de apoio administrativo sólidos e eficientes, a tecnologia de interface do cliente interessante ou "atraente", provavelmente, não é bem-sucedida.

Embora a tecnologia possa tornar a vida de uma microsseguradora mais fácil, também impõe uma série de desafios. Uma vez feito o investimento em determinada tecnologia, é difícil mudar de decisão. Portanto, é importante que a microsseguradora ou seu parceiro de distribuição tenha uma visão de futuro ao fazer o investimento; caso contrário, haverá um risco da tecnologia se tornar um agente limitador para a empresa.

Além disso, enquanto a tecnologia tem o potencial de reduzir os custos em toda a cadeia de valor, em certos casos pode acabar aumentando os custos, como no exemplo de prêmios de seguro pagos com créditos do celular. Ao tomar a decisão de comprar a tecnologia, é importante buscar um equilíbrio entre a melhoria do atendimento ao cliente e a eficiência geral por um lado e, por outro, o custo de compra (Fuller, 2011).

A inovação tecnológica tem o potencial de revolucionar a entrega de microsseguro. Alcançando este objetivo, é importante ter em mente que a tecnologia escolhida não necessariamente precisa ser complexa, porém deve simplesmente

ser capaz de atender, de forma flexível, às necessidades da microsseguradora, seu parceiro de distribuição e clientes. Isso exigirá um diagnóstico inteligente de áreas em que a tecnologia pode oferecer uma melhor contribuição, seguida de uma implementação focada.

25 Acesso ao seguro e regulação do setor financeiro

Arup Chatterjee

O autor agradece as informações e orientações esclarecedoras oferecidas pelos diversos revisores, incluindo Hennie Bester (Cenfri), Rodney Lester (consultor), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation), Craig Thorburn (Banco Mundial), Martina Wiedmaier-Pfister (consultora da GIZ) e Henry Yan (Iniciativa Acesso ao Seguro).

O apelo do G-20 para a promoção de abordagens regulatórias e políticas visando aumentar o acesso financeiro à educação financeira e à proteção do consumidor em 2010, representou uma mudança de paradigma para a comunidade financeira internacional. Sabe-se, cada vez mais, que qualquer medida para estimular o crescimento econômico e estabilizar o sistema financeiro deve estar associada a grandes esforços objetivando combater os problemas estruturais da pobreza extrema e da desigualdade especialmente nos países em desenvolvimento (Matsuura, 2009). O reconhecimento e a importância dispensados ao desenvolvimento e crescimento inclusivos do setor financeiro incentivou o G-20 a incumbir organismos responsáveis pela elaboração de normas internacionais de avaliarem como eles podem contribuir ainda mais para a inclusão financeira (G-20 Communiqué, 2010). Esta maior visibilidade de inclusão financeira na agenda global emprestou apoio significativo a iniciativas de política nacional e regulatória em muitos países.

A questão frente a formuladores de políticas e reguladores é desenvolver uma estrutura que permitirá ao sistema financeiro oferecer serviços financeiramente viáveis de forma eficiente para a população excluída, sem comprometer a estabilidade sistêmica. O foco deve estar no aumento de escala, qualidade e sustentabilidade de diversos e relevantes serviços financeiros para o pobre, oferecendo, ao mesmo tempo, um alto grau de proteção do consumidor por meio de supervisão prudencial e incentivos adequados.

O presente capítulo se baseia em pesquisas e discussões internacionais sobre inclusão financeira a fim de explorar como políticas e regulamentos sólidos podem abrir caminho para o desenvolvimento de mercados de seguro eficientes, sustentáveis e estáveis para o pobre. Explica, ainda, por que um mercado de seguros bem regulado pode oferecer proteção contra risco e contribuir para a redução da pobreza além do impacto combinado das redes de segurança pública e dos sistemas de apoio mútuo informais existentes. Para apresentar este argumento, o capítulo responde a seis perguntas:

1. Por que a inclusão financeira inclui seguro?
2. Existe uma trade-off entre o papel prudencial e o papel de desenvolvimento?
3. Quais foram as várias intervenções regulatórias para facilitar o acesso ao seguro?

4. Que abordagem foi adotada no tratamento de provedores informais e organizações mútuas, cooperativas e comunitárias na oferta de seguro?
5. Que abordagem é adotada em relação a entidades e canais de distribuição alternativa que oferecem soluções inovadoras e de baixo custo para a inclusão financeira?
6. Quais são as questões importantes sobre proteção do consumidor que devem ser levadas em consideação quando da expansão do acesso ao seguro?

25.1 Inclusão financeira e seguro

Embora pareça haver um consenso sobre a importância da inclusão financeira, o mesmo consenso não existe em torno da sua definição. A inclusão financeira deve melhorar o alcance, a qualidade e a disponibilidade dos serviços àqueles atualmente excluídos pelo sistema financeiro. No entanto, a inclusão financeira, muitas vezes, é percebida como sinônimo de oferecer à população acesso aos serviços bancários em áreas rurais. A tendência é esquecer que grandes segmentos da população urbana também estão excluídos do sistema financeiro formal, e o acesso significa mais do que a capacidade de obter empréstimos – serviços financeiros são necessários para estabilizar o consumo ao longo do tempo, diversificar riscos e garantir subsistência.

De fato, a evolução desde microcrédito até a inclusão financeira tem três implicações. Primeiro, o mercado-alvo é mais amplo do que apenas as micro e pequenas empresas; ele inclui todas as pessoas de baixa renda. Em segundo lugar, a demanda das famílias de baixa renda por serviços financeiros inclui uma série de produtos, por exemplo, poupança, empréstimos, remessas e seguro. Por fim, diversas organizações, incluindo organizações não governamentais (ONGs), cooperativas financeiras, bancos comerciais e estatais, e instituições financeiras não bancárias, podem garantir acesso eficiente e financeiramente viável, embora gerando receitas suficientes para tornar suas redes de distribuição sustentáveis.

A International Association of Insurance Supervisors (IAIS) define microsseguro como qualquer forma de proteção contra riscos que é desenvovida para pessoas de baixa renda e acessada por elas, oferecida por diferentes categorias de seguradoras, porém que opera sobre princípios básicos de seguros e é financiada por prêmios (IAIS, 2007). Tal definição deixa a porta aberta para uma série de acordos institucionais que devem ser, em teoria, de competência da agência reguladora de seguros. Considerando que a proteção do consumidor para o segmento de baixa renda da população é particularmente importante, um supervisor de seguros que pode supervisionar todas as atividades de seguros é um componente importante para manter a confiança no sistema de seguros (McCord et al., 2008).

A exposição ao risco resulta no consumo das famílias sendo altamente volátil ao longo do tempo, perpetuando o ciclo de pobreza (Elbers et al., 2007; Dercon et al., 2009). Mas como os formuladores de política podem resolver esta questão? Em 2008, a Comissão sobre Inclusão Financeira na Índia observou que microcrédito

sem microsseguro é um comportamento financeiro ruim. Do ponto de vista político, a inclusão financeira deve incluir acesso aos pagamentos, crédito, poupança e seguro, com o intuito de alcançar resultados eficazes e sustentáveis. Adotar uma abordagem integrada é fundamental para acelerar a entrega de serviços financeiros a grupos marginalizados e de baixa renda por intermédio de uma variedade de instituições sólidas e dinâmicas, de ambos os setores, público e privado.

25.2 Papel prudencial e papel de desenvolvimento – há uma trade-off?

Supervisores de seguros desempenham, tradicionalmente, importantes funções sociais e econômicas, e contribuem para a estabilidade de longo prazo com dois objetivos:

1) **Prudencial:** para assegurar que as obrigações decorrentes de contratos de seguro podem ser sempre cumpridas; e
2) **Conduta de mercado:** para assegurar que os interesses do segurado estão adequadamente protegidos.

É atribuída grande importância à supervisão prudencial (solidez financeira) a fim de garantir que as seguradoras permaneçam solventes, de modo que possam honrar seus acordos contratuais ao longo do tempo. Em particular, as seguradoras devem constituir provisões técnicas apropriadas, investir seus ativos de forma segura e rentável, e observar os princípios da boa prática comercial.

Recentemente, surgiu um terceiro objetivo: o papel do desenvolvimento de supervisores de seguros para aumentar a disponibilidade e viabilidade financeira do seguro. Este novo papel abrange desde a criação de instituições e infraestrutura de mercado necessárias até um sistema financeiro moderno para fortalecer a base da economia. A intenção é expandir o mercado de seguros com inovações em estrutura de distribuição e produtos, e com o uso de novas tecnologias para alcançar segmentos da população desatendidos. Esta nova dimensão impõe responsabilidades onerosas aos reguladores para motivar agentes políticos e econômicos a participarem de um mercado em operação e, em seguida, supervisionar esse mercado.

Unir o papel de desenvolvimento às competências tradicionais levanta a questão sobre se há uma trade-off entre alcance e sustentabilidade, entre a agenda de inclusão financeira e a competência tradicional do regulador. E, se houver, como ela pode ser tratada? À primeira vista, parece haver um conflito inerente nos dois casos. Por exemplo, normas que pretendem promover a estabilidade, tais como exigências de capital e solvência, podem resultar em altos custos de *compliance* que podem forçar seguradoras menores e mais inovadoras a uma agenda de desenvolvimento a partir do mercado.

A supervisão prudencial se preocupa com o acompanhamento e a atenuação efetivos do risco. No entanto, o desenvolvimento se concentra em facilitar a inovação

comercial e empresarial, o que, muitas vezes, implica assumir riscos. Tal conflito é saudável se fornecer incentivos para a discussão sobre o futuro; mas também pode não ser se grupos de interesse ficarem entrincheirados em posições irreconciliáveis. A regulação envolve o uso de uma série de regras, normas e códigos de prática que são, em geral, técnicas testadas e aprovadas, enquanto o desenvolvimento através da inovação pode exigir novas regras e normas. Schumpeter (1942) usou o termo "destruição criativa" para descrever o processo de desenvolvimento. Na criação de novos conhecimentos, regras e normas, os antigos devem ser dispensados ou adaptados. Nesta questão, reside muitas vezes o conflito entre desenvolvimento e regulação.

No entanto, em um sentido mais amplo, regulação e desenvolvimento não são incompatíveis. Na verdade, se complementam. O setor de serviços financeiros bem regulado e supervisionado não é um fim em si. Um regulador promove solidez financeira porque é um componente vital de crescimento e desenvolvimento econômico. Instituições financeiras ingressam no mercado, em grande parte, porque o regime regulatório oferece um sistema financeiro bem regulado, estável e sólido. Assim, supervisão e desenvolvimento trabalham de mãos dadas para promover um setor de serviços financeiros sólido e progressivo.

Para entender o papel do desenvolvimento do regulador de seguros, uma visão mais ampla do seguro e seu papel no desenvolvimento econômico também é necessária. A coordenação efetiva entre as funções de supervisão e desenvolvimento é vital, de modo que normas ou regulamentos possam ser favoráveis às empresas, sem comprometer os princípios básicos da boa supervisão. Conforme ilustrado na Caixa de Texto 25.1, o equilíbrio sutil entre as funções de supervisão e desenvolvimento é mais bem alcançado em uma organização com um objetivo comum, e não por intermédio de agências independentes com objetivos possivelmente conflitantes.

Há diversas sinergias entre estabilidade financeira e inclusão financeira no que se refere a seguro. Zingales (2009) observa que a regulação tem um papel fundamental em promover a confiança no seguro e é um fator importante no desenvolvimento de uma indústria nascente. Do ponto de vista prudencial, o acesso apropriado ao seguro não é possível se as entidades que aceitam os prêmios de seguro não são bem reguladas. Além disso, para uma indústria de seguros ter um crescimento saudável, precisa ter uma base sólida e estável. Grandes volumes de pequenas apólices podem formar esta base, porque elas não representam uma concentração de risco e devem ter uma experiência de sinistros estável devido à lei dos grandes números.

Caixa de Texto 25.1

Tomar medidas ativas para desenvolver um mercado de microsseguro na Índia

Quando o órgão regulador de seguros da Índia foi criado em 1999, recebeu o nome de Insurance Regulatory and Developement Authority (IRDA), refletindo o forte papel de desenvolvimento que o Governo previa para o regulador, de apoiar o crescimento ordenado do mercado de seguros. A abordagem resultou em uma grande e dinâmica indústria de microsseguro através da legislação de seguros, obrigando companhias a vender seguro para os setores "rural e social", o que, em termos gerais, equivale a microsseguro.

Conforme descrito no Capítulo 20, o crescimento do microsseguro na Índia e a proliferação de inovação em distribuição, desenho de produto e variedade de produtos foram fortemente influenciados pelo papel de desenvolvimento da IRDA. Embora algumas seguradoras percebam as exigências como um custo de fazer negócios, a regulação emitiu importantes sinais para induzir a indústria a descobrir o segmento de baixa renda.

No entanto, as abordagens precisam ser avaliadas com cautela para garantir que provedores de seguros tenham um interesse comercial verdadeiro e que a política do governo gere um mercado sólido e sustentável. Os críticos das exigências aos setores rural e social muitas vezes não percebem que a maioria das seguradoras ultrapassa suas metas regularmente. Para avaliar se tal abordagem seria eficaz em outros países, é importante considerar se os produtos de seguro são viáveis e se estão oferecendo custo-benefício, analisando as taxas de resgate e caducidade e níveis de utilização.

Fonte: Autor.

Para equilibrar esta trade-off potencial, os formuladores de políticas têm um papel importante na criação de incentivos corretos e ambiente competitivo para as instituições financeiras responderem às oportunidades em inclusão financeira. Se as seguradoras e os intermediários se beneficiarem com tal perspectiva, devem alcançar economia de escala. Isso exige que os mercados cresçam até atingirem um tamanho ideal, o que não é possível sem capital. Investidores e credores estão confortáveis oferecendo mais recursos apenas se tais entidades são bem reguladas. Em outras palavras, uma estrutura regulatória e política sólida para o seguro também tem um papel fundamental no incentivo ao investimento.

Conforme resumido na introdução deste volume, o acesso ao seguro tem efeitos positivos sobre a economia na medida em que ele restringe os desequilíbrios do desenvolvimento, complementa redes de segurança social, reduz os valores altos da poupança preventiva, estimula demanda interna, aumenta os gastos com infraestrutura e melhora o setor público e a governança corporativa – tudo levando a uma eficiência econômica global maior. Com as reformas certas, o setor de seguros pode ser um veículo importante para incentivar empresas a melhorarem o bem-estar social.

A inovação deve continuar a ser estimulada, embora assegurando que as complexidades sejam compreendidas, os riscos atenuados e que haja recompensa para aqueles que estejam dispostos a assumir riscos (Mukherjee, 2011).

25.3 Intervenções regulatórias por meio de estruturas políticas facilitadoras

Uma estrutura para a inclusão financeira precisa obedecer a normas internacionais. A indústria de seguros segue os Princípios Básicos de Seguro (ICPs, na sigla em inglês) da IAIS e suas normas e diretrizes.[1] Os ICPs, em geral, garantem flexibilidade suficiente para serem adaptados às circunstâncias nacionais. No entanto, a relação entre normas internacionais e inclusão financeira, muitas vezes, não é bem compreendida e há espaço para uma melhor elaboração e orientação.

Para alcançar este objetivo, em 2005, a IAIS e a Microinsurance Network criaram um grupo de trabalho conjunto para oferecer uma plataforma a formuladores de políticas, reguladores e profissionais de desenvolvimento, visando compartilhar experiências. A participação ativa desses *players* contribuiu para a construção de um conhecimento maior nos aspectos regulatório, de supervisão e político do microsseguro, incluindo o desenvolvimento de diretrizes para aplicar os ICPs em apoio à inclusão financeira.

Dos esforços deste grupo de trabalho conjunto, surge também a Iniciativa Acesso ao Seguro *(ver Caixa de Texto 1.4)*. Lançada pela IAIS e parceiros de desenvolvimento em 2009, a Iniciativa facilita a inclusão financeira, promovendo a regulação e supervisão efetivas dos mercados de seguros. Desde sua criação, a iniciativa realizou uma análise sistemática do setor de microsseguros em vários países, com o intuito de fornecer informações em apoio às recomendações de política construtiva. As evidências disponíveis até o momento têm ajudado a delinear as alavancas fundamentais de uma estrutura regulatória prudencial que apoie a expansão sustentável do microsseguro, conforme resumido na Figura 25.1 e discutido em detalhes ao longo deste capítulo. Essas alavancas também estão coerentes com os Princípios do G-20 para Inovação em Inclusão Financeira *(ver Tabela 25.1)* – um reflexo de como um ambiente político e regulatório facilitador pode estimular a inovação em inclusão financeira e, ao mesmo tempo, assegurar estabilidade financeira e proteger os consumidores.

[1] Para mais detalhes sobre os Princípios Básicos de seguro e suas normas e diretrizes, ver www.iaisweb.org.

Tabela 25.1

Princípios do G-20 para inovação em inclusão financeira: Exemplos regionais do setor de seguros

1. Liderança: Cultivar um compromisso de governo amplo para a inclusão financeira para ajudar a diminuir a pobreza.

China
- Todo trabalho feito pelo Governo tem o objetivo de permitir que as pessoas "levem uma vida melhor e mais digna", e tornar a sociedade mais imparcial e harmoniosa.
- A China Insurance Regulatory Commission (CIRC) atualmente está facilitando o desenvolvimento do microsseguro, incentivando seguradoras a realizarem projetos em áreas rurais.

Índia
- A inovação em termos de distribuição e linha de produtos foi fortemente influenciada pelo papel de desenvolvimento da IRDA *(ver Caixa de Texto 25.1)*.
- "Obrigações das Seguradoras em relação aos Setores Rural e Social" exigem que todas as seguradoras alcancem metas específicas.

2. Diversidade: Implementar políticas que promovam a concorrência e ofereçam incentivos baseados no mercado para acesso sustentável a uma variedade de prestadores de serviços.

Índia
- A IRDA relaxou normas sobre agentes no que diz respeito a produtos de microsseguro, promoveu a união entre seguradoras reguladas e ONGs e grupos de autoajuda, e permitiu a venda de produtos de seguro combinados.
- Os grupos de autoajuda têm autorização para receber formulários de proposta, receber e enviar prêmios, realizar administração de apólice e auxiliar no processo de liquidação de sinistros, e, portanto, recebem uma remuneração maior do que agentes de seguros convencionais.

Peru
- A regulação sobre microsseguro amplia o tipo de organização que pode ter agentes, por exemplo, instituições de microfinanças, sindicatos e outras *(ver Caixa de Texto 25.3)*.

3. Inovação: Promover inovação tecnológica e institucional como uma forma de ampliar o acesso e uso ao sistema financeiro, inclusive identificando pontos fracos na infraestrutura.

Índia
- Permitiu soluções tecnológicas inovadoras pela FINO *(ver Caixa de Teto 25.6)*, incluindo *smart carts* habilitados com tecnologia para identificação biométrica e terminais portáteis de pontos de venda.

Quênia
- "Kilimo-Salama" utiliza as tecnologias de celular e o conhecimento de agricultores e empresários rurais para oferecer cobertura confiável e de baixo custo para chuva excessivas ou falta de chuva *(ver Caixa de Texto 24.3)*.
- Usa um sistema de dados e pagamento de celular de baixo custo e estações meteorológicas automáticas movidas a energia solar para oferecer aos agricultores seguro acessível "pague conforme planta", para proteger seu investimento em sementes de alto rendimento.

4. Proteção: Incentivar uma abordagem abrangente para proteção do consumidor que reconheça o papel do governo, dos provedores e consumidores.

África do Sul
- A legislação estabelece normas mínimas para práticas comerciais, apólices e proteção do segurado.
- Um Departamento de Educação do Consumidor com várias iniciativas em educação do consumidor.
- Comunicados à imprensa para alertar contra operadores sem registro.
- Associações da indústria de seguros criaram ouvidorias.

Índia
- Regulação sobre proteção do segurado que cuida de todos os aspectos da proteção do segurado na cadeia de valor do seguro.
- Ouvidorias de seguro em 12 cidades para receber queixas dos consumidores.

5. Empoderamento: Desenvolver educação e capacidade financeiras.

Gana
- A Comissão Nacional de Seguros apoia o trabalho de educação, incluindo um foco no segmento de baixa renda.

Índia
- A IRDA conta com uma estratégia de publicidade compreensiva para promover conscientização dos consumidores sobre seguro na mídia impressa e eletrônica em 13 idiomas regionais.

6. Cooperação: Criar um ambiente institucional com linhas claras de responsabilidade e coordenação no governo; e também incentivar parcerias e contato direto com o governo, empresas e demais partes interessadas.

Filipinas
- A Comissão de Seguros emitiu um conjunto de regras em separado, junto com a Securities and Exchange Commission (SEC) e a Cooperative Development Authority (CDA) a fim de acabar com o "seguro informal" ou com os "programas tipo seguro" oferecidos por diferentes organizações *(ver Caixa de Texto 25.5)*.

Brasil
- A SUSEP criou uma Comissão de Microsseguros interdisciplinar composta por entidades governamentais, representantes do mercado de seguros e acadêmicos *(ver Caixa de Texto 25.2)*.

7. *Conhecimento: Utilizar dados aperfeiçoados para apresentar uma política baseada em evidências, avaliar o progresso e considerar uma abordagem diferencial "teste e aprenda" aceitável tanto para o regulador quanto para o prestador de serviços.*

Abordagem global da IAIS

– Desde 2006, a IAIS, em cooperação com a Microinsurance Network, vem trabalhando ativamente, facilitando o conhecimento entre formuladores de políticas de mais de 40 países, e elabora diretrizes para desenvolver o microsseguro que sejam coerentes com as normas internacionais.

8. *Proporcionalidade: Construir uma estrutura política e regulatória que seja proporcional aos riscos e benefícios envolvidos nos produtos e serviços inovadores, e se baseie no entendimento das lacunas e barreiras na regulação existente.*

Filipinas

– A Comissão de Seguros adaptou a regulação das associações mútuas de benefícios (MBAs), criando uma nova ordem de "MBAs de Microsseguro (MI)".
– Produtos simples, exigências estipuladas para cumprir os padrões de desempenho e critérios de elegibilidade definidos para microsseguro com base no índice de referência do salário mínimo diário para trabalhadores fora do setor agrícola.

Africa Ocidental (UEMOA)

– A legislação da UEMOA desenvolveu uma estrutura multinacional que permite às organizações mútuas de saúde social subscreverem seguro saúde, utilizando exigências contábeis simplificadas.

9. *Estrutura: Considerar o seguinte para a estrutura regulatória: refletir padrões internacionais e circunstâncias nacionais, e fomentar um ambiente competitivo; introduzir um regime adequado, apropriado e flexível baseado no risco para combater lavagem de dinheiro e financiamento do terrorismo (AML/CFT, na sigla em inglês); estabelecer condições para o uso de agentes como uma interface do cliente; criar um regime regulatório claro para valor armazenado eletronicamente; incentivos baseados no mercado para atingir a meta de longo prazo de interoperabilidade e interconexão amplas.*

Índia

– Com relação às exigências de "conheça seu cliente" (KYC, na sigla em inglês), as normas foram relaxadas pela isenção dos clientes de microsseguro da exigência de apresentar uma fotografia recente e comprovante de residência para apólices de seguro de vida de um único indivíduo até um prêmio anual total de INR10,000 (US$220).

Figura 25.1

Alavancas regulatórias e de supervisão para melhorar o acesso ao seguro

Diretrizes políticas

– Tomar medidas ativas para desenvolver um mercado de microsseguro
– Adotar uma política sobre microsseguro como parte do objetivo mais amplo de inclusão financeira

Diretrizes prudenciais

– Definir uma categoria de produtos de microsseguro
– Regulação própria para o risco da categoria do produto de microsseguro
– Permitir subscrição do microsseguro por múltiplas entidades
– Oferecer um caminho para formalização de provedores de seguros informais e não regulamentados

Diretrizes de conduta de mercado

– Criar um regime flexível para distribuição do microsseguro
– Facilitar a venda ativa do microsseguro

Supervisão e execução

– Acompanhar a evolução do mercado e responder com ajustes regulatórios apropriados
– Utilizar a capacidade do mercado para apoiar supervisão em áreas de baixo risco

Fonte: Bester et al., 2009.

Tomar medidas ativas para desenvolver um mercado de microsseguro

Trabalhando com participantes do mercado e outros reguladores intersetoriais, os supervisores de seguros podem facilitar a oferta competitiva de seguros para famílias de baixa renda e pequenas empresas de uma forma eficiente e eficaz. Isso exige pesquisa para identificar os obstáculos que inibem o desenvolvimento do mercado, incluindo questões de oferta e demanda, bem como possíveis desafios regulatórios e diálogo entre as partes interessadas para identificar possíveis soluções.[2]

Caixa de Texto 25.2

Desenvolver uma estratégia nacional em microsseguro: A experiência brasileira

Em abril de 2008, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), a autoridade de seguros brasileira, constituiu uma Comissão Consultiva de Microsseguros com representantes do setor público (SUSEP, Ministério da Fazenda, Banco Central e Ministério da Previdência Social) e do setor privado (Federação das Seguradoras, Federação dos Corretores e Escola Nacional de Seguros). O objetivo era desenvolver e implementar um marco regulatório adequado para o desenvolvimento do microsseguro. A participação de outros órgãos do governo no processo ampliou a conscientização dos responsáveis na definição de políticas que afetam o setor de seguros. Um Grupo de Trabalho sobre Microsseguros também foi constituído na SUSEP, composto de técnicos de diferentes departamentos (por exemplo, atuária, estatística, supervisão interna e externa) para auxiliar a Comissão.

A Comissão elaborou relatórios sobre definição de "microsseguro" e "população de baixa renda" no Brasil, identificação de barreiras regulatórias, identificação de partes interessadas e seus papéis, e produtos e parâmetros de microsseguro. As propostas da Comissão foram apresentadas e discutidas em dois encontros com as partes interessadas, em setembro e dezembro de 2009, antes da finalização.

Em paralelo, o projeto de lei do microsseguro também foi apresentado ao Congresso Nacional em abril de 2008. Em consonância com as propostas da Comissão, a SUSEP recomendou alterações no projeto de lei, as quais foram devidamente realizadas. Se aprovado, o projeto de lei criará categorias para "corretores de microsseguros" e "correspondentes de microsseguros", além de conceder uma licença específica para a venda de microsseguro. O projeto de lei também propõe criar um regime tributário especial para as operações de microsseguro e para os empregadores que contratem seguro para seus funcionários, o que reduzirá drasticamente a carga tributária sobre o microsseguro.

Após a nomeação do novo Superintendente de Seguros em 2011, a maioria das disposições do projeto de lei sobre microsseguros, com exceção das disposições fiscais, foi incluída em uma minuta de Resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados.

Fonte: Adaptado de Simões, 2010.

[2] Para mais detalhes sobre como realizar tal revisão, ver Toolkit nº 2 da Iniciativa Acesso ao Seguro (Bester et al., 2010).

Adotar uma política sobre microsseguro

Para a maioria dos países em desenvolvimento, a agenda de reformas – para desenvolver uma base institucional e legal visando sustentar a expansão do microsseguro – precisa ser definida como parte integrante da política do setor financeiro. Uma gama de abordagens pode ser escolhida para identificar barreiras regulatórias, de infraestrutura de mercado e competitivas para a expansão dos mercados de seguro, incluindo uma abordagem proativa por parte do governo em relação a questões de inclusão, abertura para inovação, promoção de alianças amplas, estímulo do interesse do setor privado, oferta de serviços de apoio, por exemplo, educação financeira e infraestrutura do sistema de pagamento, obtenção e fornecimento de dados sobre frequência e severidade de sinistros, e muita atenção à proporcionalidade.

Todas essas abordagens podem contribuir para o desenvolvimento de uma política pública pertinente sobre seguro inclusivo, a exemplo do que ocorreu em vários países nos últimos anos. Por exemplo, conforme descrito na Caixa de Texto 25.2, o Brasil assumiu um compromisso público com relação ao microsseguro. Através do diálogo com as partes interessadas, as autoridades demonstraram liderança na busca de políticas de microsseguro, no intuito de estabelecer e promover uma concorrência justa e iniciar o desenvolvimento do mercado. Ao fazê-lo, as autoridades tentaram melhorar seu conhecimento sobre o mercado de seguros existente e o potencial.

Definir uma categoria de produtos de microsseguro de risco menor

Na maioria dos mercados de microsseguro: (1) os produtos tendem a envolver risco menor do que os produtos de seguro convencional, bem como menos benefícios, com poucas exclusões; (2) a vigência da apólice tende a ser curta, geralmente um ano ou menos; (3) os eventos de risco cobertos são relativamente previsíveis e o impacto financeiro de cada evento relativamente pequeno; e (4) as condições da apólice tendem a ser simples, de modo que sejam fáceis para o mercado entender e evitem processos de subscrição complexos. O microsseguro, muitas vezes, é vendido em grupo e não requer subscrição individual. A forma de lidar com a carga regulatória que inibe o crescimento do microsseguro, mas não pode ser reduzida uniformemente é, em geral, definindo uma categoria de produto com base nestas características, o que diminuirá sistematicamente o risco, reduzindo regulações prudenciais e sobre conduta de mercado.

A justificativa para definição de uma categoria de produto para microsseguro é permitir tratamento diferenciado. Conforme descrito no Capítulo 1, as definições podem estar relacionadas a vários fatores, incluindo produto, público-alvo e até mesmo provedor ou canal de distribuição, e pode ser qualitativa ou quantitativa *(ver Tabela 25.2)*. Definições qualitativas são, em geral, apropriadas para proposições políticas mais amplas do setor financeiro. Uma definição quantitativa da cobertura, com base no valor do prêmio ou da importância segurada, por exemplo, pode ser necessária para definir uma linha de negócios de microsseguro. Ao determinar a categoria do

Tabela 25.2 **Definições regulatórias de produtos de microsseguro**

	Índia	*Filipinas*	*Peru (3/2007 – 9/2009)*	*África do Sul (proposta)*	*Brasil (proposta)*
Grupo alvo	IRDA define o setor rural como: – uma população abaixo de 5.000 habitantes – população com menos de 400 habitantes por quilômetro quadrado; e – mais de 25 por cento da população ativa trabalha na agricultura RSBY define sua população alvo como: – trabalhadores abaixo da linha da pobreza no setor não organizado e suas famílias	Os desampararados que precisam de proteção de risco e alívio contra o sofrimento	1,1 milhão de pessoas, com acesso a serviços financeiros básicos, que não vivem em extrema pobreza, mas são pobres	A população de baixa renda, também conhecida como mercado de massa	A população com renda mensal per capita de até dois salários mínimos nos setores formal e informal da economia
Definição de produto	Vida: – Importância segurada máxima US$1,230 – Importância segurada mínima US$123 – Idade: >18, <60 – Prazo: >5, <15 anos de vida a termo Não vida: – Importância segurada máxima US$740 – Importância segurada mínima US$12	Vida: – Prêmio máximo anual: Cinco por cento do salário mínimo diário dos trabalhadores fora do setor agrícola em Manila, atualmente US$25,5	Cobertura de vida e seguro de propriedade: – Prêmio máximo US$3,30 – Importância segurada máxima US$3,300 – Período máximo de gratuidade de 30 dias Distingue entre grupo e individual	Seguro de propriedade: – Importância segurada máxima US$12,500 Demais microsseguros: – Importância segurada máxima US$6,250 – Cobertura é limitada ao risco somente	Parâmetros específicos para serem estabelecidos por legislação proposta: – Precisa de simplicidade – Ter como alvo o mercado de microsseguro – Parâmetros de produto
Definição de provedor	Sem concessões Produtos combinados de microsseguro vida e não vida são permitidos, mas seguradoras distintas devem subscrever o risco Obrigações progressivas dos setores rural e social para provedores *(Ver Caixa de Texto 20.1)*	Exigências de capital: – Seguradoras comerciais: US$24m – Seguradoras cooperativadas: Comissão de Seguro pode reduzir esta exigência pela metade – MBAs existentes: US$305,000m – MBAs novas: US$3m – MBAs de microsseguro: US$122,000 a diminuir progressivamente com o tempo	Sem concessões	Exigências de capital menores para uma companhia de microsseguro dedicada: – Sujeito a uma exigência de capital mínimo de US$375,000 – Mínimo de US$187,500 para as instituições chegando gradativamente a US$375,000 em 3 anos	– Empresas especializadas em microsseguro – Seguro existente pode criar divisões de microsseguro distintas
Canal de distribuição	A distribuição por agentes de microsseguro qualificados deve ser sem fins lucrativos, ex.: ONGs Limite de comissão de 10 a 20 por cento, dependendo do pagamento do prêmio	Categoria de agente ou corretor de microsseguro criada Sujeito a um programa de treinamento e exame de qualificação	Explorar canal de distribuição além do modelo tradicional seguradora-agente	– Comissões ilimitadas – Nível reduzido de qualificações mínimas em favor de exigências de treinamento – Sem necessidade de consultoria – Exigências de divulgação em linguagem simples e clara	Categoria de correpondentes e corretor de microsseguros criada

Fonte: Adaptado de Hougaard et al., 2011

produto, o seu âmbito deve ser o mais amplo possível em termos de riscos cobertos, bem como níveis máximos de benefício. No entanto, as definições quantitativas podem ser problemáticas para seguradoras e supervisores administrarem. Caso não possa ser evitada, uma definição quantitativa precisa alinhar os perfis de negócios resultantes com a regulação e a supervisão adequada esperada.

Também é importante considerar como a definição afetará os provedores de seguros, conforme ilustrado pela experiência no Peru *(ver Caixa de Texto 25.3)*. A definição do produto deve incentivar a penetração do seguro no mercado de baixa renda, embora mantendo a integração operacional com o setor de seguros. Precisa fornecer, também, um mecanismo fácil para ajustar os níveis de benefício em sintonia com a inflação e as mudanças do mercado.

Caixa de Texto 25.3

A evolução da definição do microsseguro no Peru

A Superintendência de Banca, Seguros y AFP (SBS) no Peru apresentou sua primeira regulação específica sobre microsseguros em 2007 visando promover a oferta de seguro financeiramente viável para a população de baixa renda.

Em termos de atributos de produto, a regulação foi aplicada a produtos que não excedessem o limite de cobertura de US$3,300 ou o prêmio mensal de US$3.30. O foco estava voltado para a simplicidade e as necessidades de seguro do mercado alvo. Franquias dedutíveis e copagamentos, assim como qualquer avaliação prévia das importâncias seguradas no momento da subscrição foram proibidos. A lista de documentos de sinistros aceitáveis também tinha de ser especificada em um documento de apólice simplificado. Para avaliar o *compliance* com tais critérios, todos os produtos de microsseguro tiveram de ser classificados e analisados pelo regulador de seguros antes de serem vendidos para o público.

No caso de um sinistro, o segurado era obrigado a avisar o agente ou o funcionário de vendas, que, por sua vez, atuava como interface entre segurado e companhia de seguros. A seguradora tinha a opção de pagar o sinistro por intermédio do agente ou diretamente ao segurado. Se o pedido fosse recusado, o segurado tinha a opção de apresentar uma queixa por intermédio do agente, e a seguradora era obrigada a resolver a questão no prazo de 15 dias.

Para reduzir custos, a venda por canais de distribuição alternativa (por exemplo, funcionários de vendas, IMFs, cooperativas de poupança e crédito, e organizações sociais) foi permitida em uma relação de parceiro-agente. Esses canais tinham acesso à população de baixa renda e eram capazes de cobrar prêmios e administrar sinistros com rapidez. Também foram responsáveis por explicar os benefícios e custos de seguro para seus clientes. Técnicas inovadoras de oferta de benefícios de seguro mais tangíveis (por exemplo, bilhetes ou certificados, visitas regulares e relatórios para os clientes, além de pagamento em bens e serviços) também foram introduzidas. As seguradoras eram, definitivamente, responsáveis pela gestão de riscos e pelo *compliance* regulatório.

Ao implementar a regulação, a SBS não levou em consideração o volume de atividades que ela estimou e logo percebeu que os limites regulatórios sobre preços e benefícios foram obstáculos para o desenvolvimento dos produtos de microsseguro. Por conseguinte, em cooperação com a indústria, em 2009 uma nova regulação removendo limites sobre cobertura ou prêmios foi apresentada para dar um novo impulso ao mercado. Hoje estima-se que o microsseguro responda às necessidades de proteção de grupos específicos. Exclusões podem ser incluídas, se necessário, mas devem ser mantidas a um mínimo e devem ser proporcionais à cobertura. Exigências de informações mínimas para os contratos e documentos simplificados que as companhias de seguros ou os intermediários precisam para oferecer aos segurados como prova de cobertura também foram estipuladas.

Aumentou a quantidade de funções que os intermediários podem desempenhar e, hoje em dia, eles estão autorizados a receber prêmios, cuidar de sinistros e pagar benefícios em nome das companhias de seguros; entretanto, também responderão por qualquer ineficiência nessas operações. Em termos de relatório, a rotina também foi simplificada e os provedores, agora, precisam enviar apenas um relatório trimestral para a SBS especificando número de segurados, volume de prêmios e sinistros. Além disso, hoje, adota-se um processo "submeter e usar" para aprovação de produto, e, não havendo qualquer objeção por parte da SBS, a seguradora pode comercializar o produto. O impacto dessas mudanças foi significativo, à medida que facilitaram o acesso ao seguro para mulheres de baixa renda, agricultores e empresários por intermédio de ONGs, IMFs e bancos.

Fonte: Adaptado de Gomez, 2007; Burns e Cáceres, 2010; Villegas, 2010.

Apesar dos esforços para manter os produtos de microsseguro simples, a promoção de inclusão financeira também introduziu produtos mais complexos, como o seguro com base em indicadores *(ver Capítulos 4 e 11)* para gerenciar riscos em áreas rurais, em que agricultores são vulneráveis a riscos climáticos ou outros eventos naturais. As complexidades em desenho de contrato e risco de base são restrições significativas para tais produtos. Em muitos países, leis e regulamentos necessários para acomodar produtos com base em indicadores não são obedecidos. Tal regulação precisará ser coerente com normas internacionais, visando melhorar as chances das seguradoras de ter acesso a resseguro, e outras ferramentas alternativas de transferência de risco.

Proporcionalidade – Regulação adequada à característica de risco do produto

De acordo com uma estrutura regulatória proporcional, as exigências variam com os benefícios e riscos associados à seguradora ou ao intermediário, fornecendo aos reguladores a flexibilidade para adequar regulamentos prudenciais e sobre conduta de mercado às características do mercado. Os reguladores devem levar em consideração a criação de regras proporcionais aos riscos incorridos no microsseguro que reflitam o

risco comercial limitado e permitam a participação de *players* de menor porte que não podem cumprir com regimes iguais para todos. A proporcionalidade em regulação pode ser alcançada, por exemplo, através de exigências de correlação com os diferentes níveis de exigências e tipos de risco envolvidos.

Ao revisar a regulação, os formadores de políticas devem considerar até que ponto as normas vigentes inibem a subscrição e/ou distribuição de produtos de seguros para os mercados de baixa renda. Os elevados custos de *compliance* podem impedir a entrada de novos provedores, pressionar aqueles que tentam implantar novos modelos de negócios, produtos e serviços ou forçar clientes a usarem provedores informais. É preciso que um equilíbrio seja alcançado entre reduzir a carga de *compliance* e manter normas suficientes para proteger os clientes.

Permitir subscrição de microsseguro por várias entidades – Uma abordagem estratificada

Em países onde a legislação permita, os reguladores, em geral, optam por garantir isenções regulatórias para uma linha de negócios de microsseguro. Seguradoras existentes (ou novas seguradoras aptas a cumprir as exigências em vigor para entrada no mercado) podem, então, oferecer produtos de microsseguro devido às exigências reduzidas. Isso inclui, normalmente, um ajuste nas normas de conduta de mercado, por exemplo, isentando as linhas de produtos de microsseguro de limites de comissão ou permitindo canais de distribuição alternativa a serem utilizados para vendas. Esta abordagem, no entanto, costuma restringir o universo de provedores para companhias que já são licenciadas.

Reguladores de alguns países preferiram adotar uma intervenção mais ampla, criando uma segunda faixa de exigências regulatórias para licença próprias para microsseguro. Exigências adequadas de capital, solvência e investimento podem ser estipuladas para facilitar a entrada de provedores de seguro dedicados que queiram participar neste nicho de mercado *(ver Caixa de Texto 25,4)*. O órgão de supervisão pode aconselhar sistemas de gerenciamento e subscrição de risco mais onerosos que estejam dentro da capacidade dos pequenos operadores. Ademais, considerando que os negócios de microsseguro vida e não vida muitas vezes são subscritos em curto prazo, e considerando que um canal de distribuição único reduz o custo e promove a busca positiva por seguro, alguns países estão considerando a remoção da demarcação entre microsseguro vida e não vida.

Caixa de Texto 25.4

Estrutura proposta para companhias de microsseguro dedicadas na África do Sul

O governo sul-africano planeja introduzir uma estrutura legislativa específica para promover a oferta de seguro de baixo custo, simples e normatizado. Propostas políticas detalhadas para um regime regulatório do microsseguro foram mapeadas em um documento divulgado pelo Tesouro em julho de 2011, com o objetivo de ampliar o acesso ao seguro para população de baixa renda.

Microsseguradoras terão sua própria licença e estarão sujeitas a exigências de capital menores e normas menos onerosas. O regime de *compliance* para licenças de microsseguro será menos rigoroso do que para outros produtos de seguro, em razão dos riscos menores. Para que uma apólice se qualifique como de microsseguro, os benefícios devem ser limitados a R50,000 (US$6,200) por risco individual por ano para produtos de vida e R100,000 (US12,400) para produtos patrimoniais; o prazo do contrato não pode ultrapassar 12 meses; e o produto é limitado ao risco somente, excluindo poupança.

As companhias de seguros que não são registradas, por exemplo, sociedades funerárias, casas funerárias e aquelas envolvidas em "negócios assistenciais", estima-se que passarão a ser autorizadas, enquanto as seguradoras formais podem obter uma licença específica para operar em microsseguro. Estima-se que o novo regime combata o abuso a consumidores, em particular por casas funerárias.

Fonte: Adaptado do Tesouro Nacional, de 2011.

Permitir subscrição de microsseguro por várias entidades – células cativas

Células cativas são outro arranjo institucional que pode facilitar a oferta de seguro para mercados de baixa renda (Aliber, 2003). Células cativas são formadas quando uma empresa cliente (por exemplo, uma IMF ou outro agregador) compra ações em uma companhia de seguros que tenham sido reservadas para este fim específico ou paga uma taxa para alugar uma célula cativa. Tais acordos permitem à empresa cliente contar com a seguradora por sua experiência e sua licença de seguros, enquanto o cliente participa nos lucros e prejuízos de subscrição. Uma abordagem como esta é importante para programas de grandes grupos ou no caso de o fornecedor querer oferecer produtos de um determinado nicho, que não estejam disponíveis no mercado.

Apesar dessas vantagens, uma célula cativa ainda requer experiência técnica que somente será viável no caso de o cliente ter um grande número de segurados. A falta de regulação específica para célula cativa pode criar riscos e incertezas no mercado. Portanto, é essencial que se tenha um melhor entendimento das realidades do mercado de célula cativa e de como ela é regulada a fim de considerar o papel que ela pode desempenhar em uma estrutura regulatória de microsseguro.

25.4 Tratamento de MCCOs e provedores informais

Famílias de baixa renda são as mais vulneráveis a riscos e supõe-se, portanto, que apresentem uma demanda por seguro não suprida. Claramente, elas precisam de cobertura, tendo em vista a proteção social limitada disponível para elas *(ver Capítulo 2)* e sua exclusão da maioria dos tipos de seguros formais. No entanto, essa necessidade não se traduz, automaticamente, em demanda. A rigidez institucional também reprime a demanda por seguro de famílias de baixa renda, mesmo para as pessoas que podem arcar com o pagamento dos prêmios. Consequentemente, este grupo alvo às vezes cria suas próprias ferramentas de gerenciamento de risco, que podem incluir mecanismos informais e consórcio de risco de mútuas.

Permitir subscrição de microsseguro por várias entidades: Papel das MCCOs

De acordo com um Issues Paper da IAIS (IAIS, 2010), organizações mútuas, cooperativas e baseadas na comunidade (MCCOs) incluem uma gama diversificada de organizações, podendo incluir instituições que não sejam: a) registradas nos termos de qualquer lei ou regulamento específico; b) reconhecidas nos termos de uma lei específica, mesmo se a lei não cobrir, especificamente, seguro; ou c) reconhecidas nos termos da própria lei de seguros. Podem ser descritas como mútuas as organizações mútuas de benefício, cooperativas, sociedades beneficentes, sociedades funerárias, fraternidades, organizações comunitárias ou os programas de autosseguro. Quando isso faz parte da estrutura social do país, as instituições mútuas baseadas em associação tendem a se sair melhor do que seguradoras tradicionais na oferta de microsseguro, em face dos elevados níveis de confiança entre os associados.

Caixa de Texto 25.5

Formalizar o seguro informal nas Filipinas

Nas Filipinas, muitas organizações informais estavam oferecendo seguro sem uma licença, embora o Código dos Seguros estipulasse claramente que elas tinham de ter um certificado de autorização da Comissão de Seguros (IC, na sigla em inglês). Da mesma forma, o Código das Cooperativas também obrigava cooperativas que realizassem tais atividades a obter um certificado. Também existem entidades, incluindo organizações sem fins lucrativos registradas na Comissão de Valores Imobiliários (SEC, na sigla em inglês), que estavam ampliando o seguro sem autorização.

Em janeiro de 2010, o Memorando-Circular Conjunto nº 1 da IC-CDA-SEC emitido pela Insurance Commission, Cooperative Development Authority e Securities and Exchange Commission anunciou o término do "seguro informal" ou "programas tipo seguro" dentro de um ano. As organizações que ofereciam tais programas tiveram a opção de se tornar um canal de distribuição para seguradoras comerciais ou dentro de dois anos serem absorvidas por uma seguradora de vida ou não vida, cooperativa ou associação mútua de benefício (MBA) licenciada pela IC. Entidades cujas ativi-

dades não fossem formais corriam o risco de ter sua franquia principal cancelada ou de serem acusadas de crime contra os indivíduos em questão.

O Memorando-Circular Conjunto nº 2 da IC-CDA-SEC, emitido em junho de 2010, estipulou as regras sobre a utilização dos recursos cobrados de programas de microsseguro informais para proteger contribuintes. De acordo com a circular, os recursos cobrados por entidades com sistemas de microsseguro informais que formalizarem suas atividades – em parceria com empresas licenciadas ou constituindo suas próprias empresas – seriam utilizados para pagar os prêmios de seguro ou dos produtos tipo seguro. Os recursos também poderiam ser utilizados para pagar taxas das associações mútuas de benefício (MBAs) – criadas especialmente por ONGs para oferecer microsseguro aos associados –, caso em que os contribuintes se tornavam associados. Para as cooperativas, os recursos seriam utilizados para contribuições de capital dos associados para cooperativa de um único fim ou fins múltiplos que atendesse às suas necessidades de seguro. Qualquer sobra de recursos era obrigada a ser depositada em contas-poupança dos membros nessas cooperativas.

O papel potencial das MCCOs como provedores de seguros pode ser restrito caso elas não sejam reconhecidas na estrutura legal. Por outro lado, elas podem evoluir para seguradoras clandestinas ou informais. Esforços empreendidos para reformar a estrutura de modo a incluir essas organizações parecem ser um fator relevante na garantia de que todos os segurados terão assegurados os benefícios de supervisão prudencial e proteção do consumidor.

O principal ponto fraco das instituições por associação pode ser atribuído à governança corporativa ruim e ao gerenciamento de risco inadequado. A regulação sobre governança corporativa, em geral, integra as normas institucionais, como, por exemplo, uma lei da companhia ou lei das cooperativas. Todas as instituições de subscrição de microsseguro devem estar sujeitas a normas de governança corporativa, contábeis e de divulgação pública que sejam próprias para garantir o cumprimento dos regulamentos de seguro aplicáveis.

Garantir um caminho para formalização

Quando um mercado de seguro informal importante se desenvove, muitas questões complexas surgem a respeito de como ele pode ser integrado ao setor formal. Além do seguro informal fornecido pelas MCCOs, alguns países também têm inúmeras seguradoras que não são licenciadas, como, por exemplo, casas funerais, hospitais e IMFs, que garantem cobertura em resposta a uma necessidade real de gerenciamento de risco em comunidades de baixa renda. Provedores informais podem atender a uma necessidade social e econômica, mas podem ser fonte de abuso ao consumidor, e as operações podem ser extintas devido ao gerenciamento de risco inadequado. Formalizar essas operações é questão de interesse público. No entanto, os recursos limitados disponíveis para supervisores de seguros costumam tornar este

objetivo difícil de alcançar. Em tais circunstâncias, é necessário definir um caminho claro em que provedores informais podem cumprir de forma gradativa e realista as exigências regulatórias, conforme ilustrado na Caixa de Texto 25.5.

Os supervisores terão de abordar o seu envolvimento com programas informais como um facilitador para apoiar sua transição para o setor formal. Isso inclui a aplicação dos princípios de proporcionalidade e materialidade, visando determinar a extensão da oferta de seguro informal e os obstáculos à legalização de provedores informais. Por exemplo, quando programas informais não garantem benefícios, não há necessidade de submetê-los ao supervisor de seguros. Um processo de legalização deve ser complementado por campanhas de sensibilização, anistias ou períodos de gratuidade, apoio à capacitação para treinar proprietários e gestores, e oportunidades de consolidação entre programas informais e/ou parcerias entre operadores informais e subscritores formais.

Um caminho prático a ser seguido é uma estrutura de capital mínimo estratificado e solvência, em que as seguradoras antes informais também tenham autorização para subscrever microsseguro de forma seletiva, à medida que elas evoluam para exigências de capital mínimo com o tempo, a uma taxa pré-fixada. Além disso, é preciso boa coordenação na legalização de provedores informais com outras agências governamentais, por exemplo, autoridades de aplicação da lei e de receita a fim de garantir o cumprimento da estrutura formal.

25.5 Reconhecer canais de distribuição alternativa

A oportunidade de mercado representada pelo não segurado tem motivado vários tipos de instituições financeiras e não financeiras para aumentar a disponibilidade de serviços de seguro na base da pirâmide de uma forma competitiva *(ver Capítulo 22)*. Atender a esse mercado exige gerenciamento de grandes volumes de transações e, por conseguinte, as companhias com plataformas tecnológicas robustas, como as de telecomunicações, estão bem posicionadas para desempenhar um papel crucial – se a estrutura regulatória permitir.

Tabela 25.3 **Canais de distribuição alternativa e questões regulatórias**

	Canais de distribuição alternativa	*Controles regulatórios*
Telemarketing e Mobile Marketing	Telemarketing é um canal de marketing direto, para vender, promover ou solicitar um produto ou serviço por telefone, às vezes, por meio de mensagens pré-gravadas. Campanhas de propaganda móvel são usadas tanto para produtos de seguro de vida quanto não vida. Geralmente, via uma mensagem de texto, é oferecida ao cliente a opção de comprar cobertura de seguro pelo telefone ou enviar uma mensagem de texto para solicitar mais informações e ofertas especiais. **Exemplo:** Empresas inovadoras das Filipinas têm persuadido empresas de telecomunicações a combinar venda de celulares com seguro de vida, que é fácil de entender e tem prêmios mensais baixos.	– Telemarketing que inclui uma mensagem pré-gravada deve conter um método rápido e fácil para o interlocutor optar por não receber ligações futuras. – O conteúdo do telemarketing e do mobile marketing deve compreender o seguinte: • identificar o vendedor • declarar que o objetivo da chamada/SMS é vender seguro • descrever a natureza do produto oferecido para venda • declarar que se uma promoção de preço é oferecida, não é necessário comprar nem pagar – Devido à falta de interação direta, este canal deve ser restrito a produtos simples com prêmios pequenos.
Marketing virtual	Atividades, como, por exemplo, um quiosque eletrônico e a Internet estão surgindo como canais de distribuição alternativa. Em um quiosque de vendas típico, um cliente fornece informações básicas (como nome, sexo, tipo de apólice e importância a ser segurada) e o sistema gera a cotação. O cliente tem a opção de aprovar as condições e efetuar o pagamento. **Exemplos:** Soluções em seguros oferecidas por quiosques incluem balcões de seguro de acidentes em ferrovias e rodoviárias; quiosques em shoppings oferecem produtos variados; bancos vendem seguro por intermédio de caixas automáticos.	**E-quiosques, caixas automáticos** – Questões de segurança relacionadas a roubo de identidade e fraude de cartão de crédito precisam ser discutidas. **Propaganda móvel** – Apenas propaganda permitida deve ser considerada uma abordagem apropriada. – Riscos de privacidade têm de ser levados em consideração, e a proteção de dados e a salvaguarda da privacidade de forma adequada são práticas que devem ser asseguradas. – Uma combinação entre estrutura legal, tecnologias que aumentam a privacidade e educação do consumidor pode ser um componente importante para a proteção do consumidor. **Internet** – Venda, compra e entrega do seguro pela Internet deve ser realizada em um ambiente seguro. – Órgãos de supervisão devem exigir que as companhias tenham controles suficientes em vigor (incluindo de segurança, confidencialidade, controle de dados pessoais, programas de *backup* e conservação de registros) para realizar transações comerciais de maneira adequada. – Órgãos de supervisão devem prestar atenção a todos os contratos de terceirização a fim de garantir que contratos adequados estejam em vigor e que os riscos estejam efetivamente identificados.
Bancassurance	Este canal oferece às seguradoras uma base de clientes do banco pronta para ser usada, visibilidade da marca e credibilidade.	– Riscos na estruturação da distribuição do seguro pelos bancos devem ser claramente identificados, uma vez que as seguradoras, definitivamente, não controlam o acesso ao cliente. – Protocolos para compartilhar informações confidenciais e divulgação da comissão devem ser transparentes. – Os reguladores de alguns países permitem parcerias com vários bancos. Isso não somente amplia a distribuição como também elimina o risco de as seguradoras perderem um canal inteiro. – A questão treinamento de pessoal para vender seguro, e seu registro ou não como intermediários de seguro, deve ser discutida.

	Canais de distribuição alternativa	*Controles regulatórios*
Varejistas	Estima-se que a distribuição de seguro por cadeias de supermercados e varejistas passe a ser um canal emergente em face de sua capacidade de alcançar uma ampla base de clientes. **Exemplo:** A Future Generali na Índia introduziu *mallassurance* para vender cobertura em shopping centers, pautada em sua bem-sucedida operação nas Filipinas. Este canal oferece conveniência, alcance e consultoria pessoal. Consultores financeiros estão disponíveis para consultoria e finalização do contrato.	– Varejistas, atualmente, não prestam assessoria financeira associada a seguro de vida, e seu material de marketing é puramente factual, embora alguns ofereçam ajuda para encontrar um consultor financeiro independente. – O risco de venda enganosa é uma preocupação. – Provedores de seguro de vida em supermercados precisam encontrar métodos para evitar a venda de produtos inadequados. – Treinamento de pessoal para vender seguros e seu registro como intermediários é uma questão que deve ser discutida.
Televisão de resposta direta (DRTV, na sigla em inglês)	DRTV é um meio utilizado para gerar resposta imediata ao consumidor relativa aos produtos de uma companhia e para garantir um canal conveniente para clientes potenciais obterem mais informações sobre planos de seguro, bem como para comprar os planos por telefone. **Exemplo:** A estratégia de crescimento da CIGNA para um futuro próximo na Ásia-Pacífico inclui expandir o canal de distribuição DRTV.	– Os regulamentos devem especificar que o produto a ser comercializado é simples e seus benefícios podem ser confiáveis e facilmente demonstrados na TV. – O produto deve ter vendas diretas e no varejo comprovadas. – O prêmio, os benefícios e encargos, bem como as taxas, devem ser transparentes.

Criar um programa flexível para distribuição

O microsseguro está em processo de criar canais de distribuição alternativos e novas tecnologias *(ver Capítulo 24)* para expandir significativamente o alcance sem investir na construção unidades físicas. Sem estruturas regulatórias claras, no entanto, os renomados provedores de tecnologia e soluções não costumam comprometer os recursos para lançar e sustentar implementações (Porteous, 2006). Os canais descritos na Tabela 25.3 destacam possíveis inovações que precisam ser consideradas no desenvolvimento do ambiente regulatório. Os regulamentos precisam permitir o uso de canais alternativos, embora protegendo adequadamente os interesses dos consumidores, sem o quê a adoção em larga escala é improvável (Porteous et al., 2008).

Novas tecnologias, como telefones celulares, redes de pontos de venda e a Internet, estão cada vez mais sendo usadas para a comunicação com o cliente, coleta de dados, cobrança de prêmio e até mesmo para o pagamento de sinistros. A tecnologia também pode desempenhar um papel fundamental na construção de uma identidade financeira para o segmento antes não atendido, transformando seu histórico de transações em um ativo que pode ser usado para acessar serviços financeiros. Exemplos de tecnologias inovadoras para alcançar os segmentos desatendidos constam do Capítulo 24 e da Caixa de Texto 25.6.

Caixa de Texto 25.6

Criar um regime flexível de distribuição: Tecnologia e inclusão financeira

A Financial Information Network and Operations (FINO), uma empresa indiana de soluções em tecnologia, oferece soluções em sourcing e prestação de serviços para mais de 50 bancos, IMFs, companhias de seguros e agências governamentais. A FINO opera por intermédio de 12.400 pontos de operação para alcançar milhões de pessoas carentes. Uma das principais soluções da FINO é um *smart card* de identificação biométrica e um terminal portátil nos pontos de venda, combinado com o software de suporte ao sistema. Por exemplo, o *smart card* é a base para o produto micropoupança do ICICI Bank.

A companhia de seguros gerais ICICI Lombard usa cartões biométricos da FINO para reduzir os custos de adesão e processamento de sinistros em seu programa de microsseguro saúde. Em parceria com o Manipal Group de hospitais *(ver Capítulo 18)*, os *smart cards* começaram a ser utilizados em locais equipados com *laptops* para adesão on-line. O cartão também será utilizado para cobrança de prêmio. Por meio dessa tecnologia, clientes realizam transações utilizando uma e-caderneta personalizada, o que facilita a autenticação biométrica.

Como um importante fator possibilitador e facilitador de inclusão financeira, a FINO abriu as portas de um mercado de microsseguro saúde potencial de US$1 bilhão, causando uma reviravolta no seu sistema de entrega, garantindo a cobertura geográfica, a plataforma de tecnologia escalável e as capacidades de processamento necessárias. A FINO facilitou a padronização da plataforma de entrega, o programa de gerenciamento do banco de dados de suporte ao sistema e o formato de manutenção dos dados, solucionando efetivamente os problemas enfrentados pelos primeiros programas governamentais que foram atormentados por problemas de desenho e implementação.

Fonte: Adaptado de www.fino.co.in.

Pontos fracos em infraestrutura, tais como sistemas interbancários e de pagamentos no atacado, podem inibir a introdução de inovações em microsseguros. Porteous (2006) observa que os demais obstáculos, incluindo áreas de evolução rápida de pagamentos móveis, bancos móveis e microsseguro, normalmente, cruzam domínios regulatórios distintos de bancos, seguros e telecomunicações, sistemas de pagamento e combate à lavagem de dinheiro. A sobreposição aumenta o risco de falta de coordenação entre reguladores, com incoerências ou contradições potenciais em legislação ou supervisão, que podem limitar o aumento de serviços inovadores e gerar problemas imprevistos.

O crescimento de serviços financeiros móveis tem levantado questões políticas básicas para os supervisores, por exemplo, como distinguir um "pagamento" (móvel ou não) de um "depósito" e qual a diferença entre efetuar pagamentos e aceitar depó-

sitos. É notório que a maioria dos países em desenvolvimento não permite e-contratos e, portanto, uma interface humana com comprovante de venda em papel ainda é necessária, aumentando de forma significativa os custos e reduzindo o benefício do celular. Ademais, há uma necessidade de simplificar as exigências de divulgação para assegurar que os clientes as cumpram, assim como de respeitar os limites de espaço restrito disponível em um celular. Além disso, com as crescentes preocupações sobre privacidade e com o advento das normas de proteção do consumidor, pode ser mais difícil para os provedores de serviços venderem para os clientes. Formas inteligentes de obter permissão de um cliente seriam, portanto, necessárias.

A fim de abrir caminho para novos modelos de serviços financeiros, os reguladores precisam encontrar o equilíbrio certo entre abertura para inovação e certeza suficiente sobre o arcabouço legal que protege usuários e define responsabilidades com clareza. É importante que reguladores, supervisores e formuladores de políticas compreendam os riscos e as questões práticas sobre o surgimento de canais de distribuição alternativos, novas tecnologias, mecanismos de pagamento flexíveis e inovações em desenho de produto.

Nem toda inovação é prejudicial para a estabilidade financeira, e regulamentos podem estimular os *players* a fazer as coisas da melhor maneira. Para promover a estabilidade financeira, os supervisores devem tomar medidas para melhorar sua compreensão em relação às complexidades que justificam novos produtos financeiros e sistemas de distribuição, incluindo as estimativas subjacentes, seu funcionamento, as melhores práticas e as questões de supervisão. Uma visão compreensiva do desenvolvimento de mercado com base em diálogo e coordenação política entre formuladores de políticas, supervisores e *players* da indústria é a chave para identificar os riscos associados a novos produtos e canais de entrega, e oferecer respostas adequadas.

Facilitar a venda ativa de microsseguro

Processos de vendas individualizados garantem aos clientes acesso a boas informações, mas são caros e podem facilmente tornar insustentáveis os produtos de prêmios menores. Alguns países criaram uma comissão máxima a ser paga a agentes e corretores por serviços prestados na intermediação de seguros. A comissão limitada sobre um prêmio pequeno levará a um pagamento real muito pequeno ao intermediário e não aumentará seu incentivo para vender seguro. Para evitar que os regulamentos limitem o custo de intermediação, os supervisores podem tornar compulsório para os provedores a divulgação dos níveis de comissão.

O objetivo é evitar a regulação sobre conduta de mercado que pode tornar o processo de vendas extremamente caro. Em muitos ambientes, o modelo agente/corretor tradicional que conta com profissionais de vendas dedicados será muito caro para o microsseguro. Reguladores, portanto, precisam estipular os níveis mínimos de regulação sobre conduta de mercado no microsseguro sem comprometer a proteção do consumidor.

25.6 Acesso ao seguro e proteção do consumidor

A regulação sobre proteção do consumidor é um dos pilares de qualquer estrutura regulatória financeira e tem como objetivo monitorar as negociações das seguradoras com seus clientes. Além do investimento em educação do consumidor e conscientização, a proteção do consumidor envolve criar mecanismos de supervisão para promover transparência no mercado, restringir determinado comportamento e fazer cumprir as regras *(ver Capítulo 26)*. Isso, normalmente, envolve o monitoramento de publicidade, marketing, precificação e subscrição, cancelamento de apólice e não renovação, além da liquidação dos sinistros.

A principal motivação para regulação sobre proteção do consumidor de seguros é a ideia de que os consumidores estão mal informados sobre as características de um produto.[3] Informações assimétricas dão margem a que seguradoras potenciais ou seus agentes deturpem ou manipulem as informações. O não entendimento correto dos diferentes aspectos dos benefícios de seguro pode levar à escolha inadequada de contratos. A preocupação é que as seguradoras, reconhecendo as limitações dos consumidores, possam ser tentadas a desenvolver produtos ou divulgar de forma que tirem vantagem dos clientes (Hansen e Kysar, 1999).

"Trate os clientes com honestidade" (TCF, na sigla em inglês) é um princípio refletido na maioria das normas do mercado financeiro e deve ser uma vertente fundamental da agenda de proteção do consumidor no microsseguro. O TCF tem o objetivo de ajudar os clientes a entenderem as características, os benefícios, riscos e custos de produtos financeiros. Trata-se de um princípio desenvolvido para minimizar a venda de produtos inadequados, incentivando melhores práticas antes, durante e depois de uma venda. A Financial Services Authority (FSA), no Reino Unido, definiu seis resultados em TCF que ela pretende alcançar *(ver Caixa de Texto 25.7)*, que também são importantes para outros países.

Formuladores de políticas e reguladores devem considerar o estabelecimento de regulação sobre proteção do consumidor que exija transparência em precificação e serviços; que identifique as partes definitivamente responsáveis por defender a proteção (incluindo proteção contra fraude relativa aos recursos confiados ao provedor de serviço ou seu agente); que identifique o órgão de supervisão; e que garanta meios eficazes de solução de litígio e reparação. A principal dificuldade para elaborar estas normas é alcançar o equilíbrio correto entre custos e benefícios.

[3] Por exemplo, o prêmio depende das características do risco individuais/em grupo, o que pode incluir experiência de sinistro anterior, demografia e histórico financeiro ou escolhas de estilo de vida. Os aspectos da cobertura incluem estratégias de investimento e cálculo de devoluções, a definição dos eventos segurados ou valores de cobertura para eventos específicos.

Caixa de Texto 25.7

Os seis resultados em TCF para o consumidor

A Financial Services Authority (FSA) no Reino Unido definiu seis resultados básicos para o consumidor que ela deseja alcançar com base na iniciativa TCF. São eles:

– Resultado 1 – Os consumidores podem estar seguros de que estão lidando com empresas em que o tratamento honesto para com os clientes é fundamental para a cultura corporativa.
– Resultado 2 – Produtos e serviços anunciados e vendidos no mercado de varejo são desenvolvidos para atender às necessidades de grupos de consumidores identificados e são direcionados de acordo.
– Resultado 3 – Os consumidores dispõem de informações claras e se mantêm bem informados antes, durante e após o ponto de venda.
– Resultado 4 – Quando é prestada consultoria aos consumidores, esta é adequada e leva em conta suas particularidades.
– Resultado 5 – Aos consumidores, são fornecidos produtos cujo desempenho é aquele prometido pelas empresas, e o serviço associado é de um padrão aceitável e como os consumidores foram induzidos a crer.
– Resultados 6 – Os consumidores não enfrentam barreiras descabíveis pós-venda impostas pelas empresas para mudar o produto, trocar provedor, apresentar um sinistro ou fazer uma reclamação.

Fonte: FSA do Reino Unido, 2007.

O escopo da defesa do consumidor varia significativamente entre países. Pioneiros em microsseguro, como Colômbia, Índia e México são exemplos importantes. Eles reduziram o risco representado pelo uso de agentes, atribuindo responsabilidade aos provedores de serviços financeiros por violações das normas cometidas pelos agentes aplicáveis a serviços terceirizados.

Quando da elaboração da regulação sobre microsseguro, os seguintes aspectos devem ser observados:

– O nível de proteção do consumidor não deve ser tão alto que os provedores responsáveis sejam dissuadidos de entrar no mercado. Faz sentido envolver provedores de serviços financeiros no processo de monitoramento, uma vez que eles tenham um incentivo para construir uma relação de confiança e de longo prazo com seus clientes.
– Embora a lógica baseada em informação para proteção do consumidor no mercado de seguros sugira regulação sobre divulgação como a ferramenta regulatória preferida, na prática a regulação sobre produto pode levar a melhores resultados. A regulação sobre produto de seguro se destina a promover a transparência do mercado, garantindo que os contratos sejam claros e não contenham cláusulas ocultas que possam ser usadas para enganar consumidores (Graça e Scott, 2009).

– Um desafio particular em microsseguro é superar a falta de conhecimento do consumidor sobre seus direitos (como mecanismos de recurso) e responsabilidades (como pagamento em dia). O grupo alvo, muitas vezes, não tem conhecimento dos conceitos básicos de seguros e produtos. Uma forma de superar este problema é a normatização dos produtos com os termos e as condições simples *(ver Caixa de Texto 25.8)*.
– Aplicação de regulamentos que imponham penalidades para característica do produto enganosa, clara ou injusta pode servir de incentivo para as seguradoras criarem contratos simples e transparentes, permitindo inovação em produtos e opção para o consumidor.

Caixa de Texto 25.8

Normas e produtos de microsseguro: Filipinas

Em janeiro de 2011, um comitê interagências nas Filipinas aprovou um conjunto de normas para comercialização e venda de produtos de microsseguro, bem como um projeto de estrutura-padrão de produtos. As normas, conhecidas como "SEGURO" – Solvency/Stability, Efficiency, Governance, Understanding of the product, Risk-based capital and Outreach – ajudará a garantir que as microsseguradoras possam cumprir suas obrigações em sinistros e permanecerem solventes.

Um produto de microsseguro três-em-um também foi aprovado, que pagará aos beneficiários um valor predeterminado em caso de morte, moradia destruída ou, no caso de uma empresa, ser danificada pelo tempo ou por catástrofes naturais. Normatizar o microsseguro ajudará a ampliar seu alcance e assegurar que as pessoas a quem ele se destina ajudar, de fato o compreendam. Isso também nivelará o campo de ação e permitirá às seguradoras competirem de maneira eficiente.

Fonte: Adaptado de Artemis, 5 de janeiro de 2011.

As queixas mais comuns dos consumidores envolvem pagamentos de sinistros, em especial, sobre recusas de sinistros, atrasos ou litígios sobre o valor dos pagamentos. Em teoria, o subscritor/intermediário deve oferecer uma opção de recurso ao consumidor que seja fácil e aceitável. No entanto, no mínimo, o cliente deve ser capaz de apresentar uma reclamação ou fazer uma consulta via ponto de venda. Na maioria dos países, os supervisores de seguros não têm autoridade para exigir que uma seguradora pague um sinistro, contando com conciliação, mediação e explicação na resolução de seu litígio (Schwarcz, 2010). Em alguns países, uma ouvidoria, geralmente separada do regulador, tem poderes para julgar os litígios de consumidores com as companhias de seguros. Além de solucionar os problemas, um mecanismo de resolução de queixas também pode ser um incentivo para as seguradoras criarem normas e sistemas internos melhores.

Outro caminho para melhorar as decisões dos consumidores e a respectiva utilização de seguros por eles é promover melhor compreensão do seguro entre os consumidores *(ver Capítulo 14)*. Melhorar a capacidade financeira do pobre é um complemento

necessário para proteção do consumidor. Isso permite aos clientes de microsseguro: compreender as informações que as seguradoras são obrigadas a divulgar; fazer uso dos mecanismos de recurso disponíveis; entender os conceitos financeiros básicos; avaliar como o seguro pode satisfazer às necessidades atualmente atendidas por acordos financeiros informais; ajudar a fazer escolhas informados a fim de atender às suas peculiaridades; e exigir produtos que melhorem seu bem-estar financeiro. Todas as principais partes interessadas nos mercados financeiros – provedores, consumidores e governo – precisam trabalhar juntos para criar uma estrutura financeira equitativa que proteja os consumidores.

Por fim, a regulação de proteção do consumidor exige mecanismos para determinar se seguradoras e intermediários estão cumprindo as exigências, além de descobrir práticas que os reguladores consideram injustas. O monitoramento do seguro tradicional inclui analisar a conduta de mercado de seguradoras individuais, o que seria demasiado oneroso para o microsseguro e, portanto, os supervisores precisam confiar na análise de mercado. A análise de mercado inclui o uso de dados sobre as tendências do setor, dados regulatórios apresentados por seguradoras e intermediários, queixas dos consumidores e demais informações. Áreas específicas de análise incluem determinar se as seguradoras são coerentes com seus materiais de publicidade, se as apólices vendidas e taxas cobradas estão em consonância com as normas, se os sinistros são pagos em um prazo razoável e se as queixas dos consumidores são atendidas.

25.7 Conclusão

O acesso ao seguro é um componente importante da política de inclusão financeira e uma arma fundamental na luta contra a pobreza. Ao desenvolverem uma estrutura regulatória robusta que promova estabilidade financeira, formuladores de políticas, reguladores e supervisores estão percebendo que o setor financeiro desempenha um papel importante no atendimento das necessidades de pequenas empresas e famílias de baixa renda. Eles estão se tornando cônscios do impacto potencial que o acesso ao seguro pode ter sobre o crescimento econômico e a erradicação da pobreza.

Políticas para melhorar o acesso devem ter objetivos claros e mensuráveis e sua eficácia deve ser monitorada por meio de relatórios públicos transparentes. Em particular, a eficácia da regulação no sentido de facilitar e ampliar o acesso deve ser avaliada. Enquanto dados adequados e confiáveis são um suporte útil para desenvolver uma política adequada, a ausência de dados faz o oposto, o que pode diminuir a confiança do consumidor e dissuadir consumidores potenciais de comprar seguro. Além disso, a falta de uma supervisão eficaz pode desestimular investidores estrangeiros e nacionais de aportar capital, retardar a eficiência do mercado de seguros e impedir o desenvolvimento da indústria.

Alcançar o equilíbrio correto entre segurança e solidez de um lado, e do outro facilitar o crescimento e desenvolvimento, é particularmente difícil nos casos em que

abordagens inovadoras, novos serviços e modelos de negócios não testados se afiguram de forma eminente. Riscos inesperados podem surgir no caminho enquanto riscos visíveis podem gerar abordagens regulatórias excessivamente cautelosas. Considerando que um conhecimento mais profundo dos riscos reais se desenvolverão como mercados maduros, as normas precisam evoluir ao longo do tempo e permitir ajustes gradativos para ajudar a alcançar o equilíbrio regulatório.

Iniciativas regulatórias da IAIS estão tentando enfrentar os desafios de *compliance* com normas de seguro globais em circunstâncias específicas. Com base em estudos de países facilitados pela Iniciativa Acesso ao Seguro, e em um diálogo estreito com os supervisores de seguros, o trabalho está em andamento para entender como os princípios da proporcionalidade podem ser usados na elaboração de uma estrutura regulatória e de supervisão, o que pode criar os incentivos adequados para promover o acesso em diferentes ambientes econômicos e socioculturais.

Desenvolver e implementar esta estrutura exigirá medidas concomitantes para fortalecer a capacidade de formuladores de políticas, reguladores e supervisores, de modo que eles possam fazer um melhor uso do julgamento regulatório visando identificar mais cedo oportunidades e problemas. Exigirá, também, uma nova abordagem de supervisão, afastando-se da estratégia unificada. Ao fazê-lo, é necessário dialogar com as partes interessadas e examinar a estrutura de sua indústria de seguros nacional e de seus canais de distribuição de microsseguro atuais e potenciais.

26 Protegendo os consumidores e, ao mesmo tempo, promovendo o microsseguro

Rodney Lester e Katharine McKee

Os autores gostariam de agradecer a todos os revisores por seus comentários e orientações incluindo Doubell Chamberlain (Cenfri), Arup Chatterjee (ADB), Tim Lyman (CGAP), Thomas Mahl (Munich Re), Beth Rhyne (Accion) e Martina Wiedmaier-Pfister (GIZ). Os recursos para este capítulo foram oferecidos pelo CGAP.

Em última análise, os mercados de microsseguro não evoluirão, salvo se atenderem, comprovadamente, a necessidades específicas do pobre economicamente ativo.[1] Pesquisa empírica recente realizada na China, Índia e no Quênia também indica que a confiança e a credibilidade no produto e na(s) instituição(ões) envolvida(s) na construção da demanda de longo prazo são importantes (por exemplo Dercon et al., 2011, Cai et al., 2009; Cole et al., 2010). A existência de medidas adequadas de proteção dos consumidores pode tanto ajudar a construir confiança em produtos e provedores de microsseguro quanto incentivar o desenvolvimento de um mercado sólido.

Apesar de esforço considerável ter sido empreendido para desenvolver uma estrutura regulatória relativamente padronizada para proteção do consumidor nos mercados de varejo de seguros tradicionais,[2] o mercado de microsseguro pode ter características específicas que apontam para a necessidade de uma abordagem mais personalizada. Consumidores normais podem ser menos capazes de avaliar quão bem uma apólice de seguro específica se adapta às suas necessidades ou podem ser mais vulneráveis à venda sob pressão ou venda enganosa. Por exemplo, o recente trabalho empírico na Índia concluiu que "consumidores demonstram baixos níveis de sofisticação e são mais propensos à oferta de produto errado" (Anagol, 2011).

Ao mesmo tempo, o mercado de seguros de baixa renda ainda está bem abaixo do seu tamanho potencial em muitos países em desenvolvimento, e muitas autoridades reguladoras atualmente dispõem de competências explícitas para inclusão financeira, bem como para supervisão prudencial. Levando em consideração os potenciais benefícios da cobertura de seguro para consumidores de baixa renda atualmente desatendidos, formuladores de políticas desejarão evitar, de forma involuntária, "proteger consumidores fora do mercado", adotando regras que tornam inviável o atendimento desses novos mercados. Além disso, a rápida inovação em produtos, canais e modelos de negócios é necessária para reduzir custos, satisfazer melhor as necessidades do consumidor e garantir a rentabilidade do provedor.

[1] O foco principal deste capítulo é a interação entre o consumidor pobre economicamente ativo e o mercado de seguros, e não a cobertura para o indigente ou outro seguro social oferecido pelo governo para uma população definida.

[2] A International Association of Insurance Supervisors (IAIS) criou um subcomitê para considerar este tema, embora a questão seja tratada em alto nível pela Metodologia de Avaliação da IAIS desde 2000. A OECD e o FSB também criaram comitês consultivos em um mandato pós-crise financeira no âmbito do G-20, e o Banco Mundial emitiu um conjunto de boas práticas (baseado no trabalho do Leste Europeu) para consulta pública.

Assim, formuladores de políticas devem ter como objetivo uma regulação sobre conduta de mercado[3] que seja proporcional, bem equilibrada e adaptada a riscos específicos que surjam, de modo que ela não atrase, desnecessariamente, o desenvolvimento de mercados de microsseguro.

Como no caso do mercado em si, a regulação do microsseguro é embrionária na maioria dos países: há poucos precedentes para os formuladores de políticas se basearem ao desenhar uma estrutura de proteção do consumidor proporcional. Uma opção política, por exemplo, é a possibilidade de incluir regras sobre conduta de mercado para o microsseguro na estrutura regulatória de seguro existente ou desenvolver um regime próprio para o setor. Até hoje os "primeiros a tomarem a iniciativa" incluem Índia, Peru e Filipinas, cada um dos quais tendo aprovado e implementado normas específicas de microsseguro *(ver Capítulo 25)*. Brasil, Camboja e África do Sul indicaram que em breve farão mudanças em sua estrutura legal e regulatória. A Comissão de Valores Mobiliários do Paquistão (SECP), que supervisiona seguros e demais serviços financeiros naquele país, anunciou que está elaborando uma estrutura de microsseguro. O desenvolvimento político e pilotos também estão em andamento em vários outros países, incluindo China, Mongólia, Nepal e Nigéria.

Na prática, a estrutura de proteção do consumidor de microsseguro em seus estágios iniciais terá de se basear seletivamente em abordagens dos mercados de seguros tradicionais e depois ser modificada com base na evidência da experiência real dos mercados de microsseguro. Este capítulo adota tal abordagem e está organizado em quatro categorias abrangentes:

1) **Características do mercado e riscos:** O capítulo descreve aspectos particulares dos mercados de microsseguro atuais que afetam os riscos do consumidor e devem ser considerados nas decisões políticas sobre se e quando introduzir regulação sobre proteção do consumidor.
2) **Objetivos e medidas de proteção do consumidor:** O capítulo avalia as opções para alcançar três objetivos comuns de proteção do consumidor: 1) transparência; 2) tratamento honesto (com foco no desenho de produto, acordos de distribuição e processo de pagamento de sinistros); e 3) recurso efetivo. Isso inclui atenção à priorização e ao sequenciamento de novas normas de proteção do consumidor, bem como benefícios e desvantagens da regulação sobre microsseguro em separado e órgãos de supervisão a partir do ponto de vista da conduta de mercado.
3) **Regimes especiais de proteção do consumidor específicos para microsseguro:** Quando as jurisdições criam normas e exigências de supervição específicas para microsseguro, criam uma série de questões particulares de proteção do consumidor que precisam ser consideradas.

[3] A regulação sobre conduta de mercado define regras específicas para atividades, práticas e características do produto da seguradora. A defesa do consumidor inclui um amplo conjunto de ferramentas que podem também incluir mecanismos para proteger os consumidores, que são irrelevantes para a seguradora (por exemplo, programas de ouvidorias independentes).

4) **Medidas complementares não legislativas e não regulatórias:** O capítulo também explora resumidamente o papel destas abordagens – como, por exemplo, códigos de conduta ou iniciativas para aumentar conhecimento e educação financeira do consumidor, que podem melhorar a eficácia dos regimes regulatórios de proteção do consumidor e o desenvolvimento de mercados de microsseguro saudáveis.

O capítulo conclui com um resumo das boas práticas emergentes que podem ser úteis para formuladores de políticas que buscam criar uma regulação adequada e um regime de supervisão que promova o desenvolvimento do mercado e, ao mesmo tempo, proteja os consumidores de baixa renda e menos experientes.

26.1 Características do mercado de microsseguro inerentes à proteção do consumidor

Mercados emergentes de microsseguro têm algumas características específicas que os formuladores de políticas devem levar em consideração ao desenvolver e implementar um programa de proteção do consumidor apropriado.

Clientela: Clientes normais de microsseguro – o pobre economicamente ativo – têm renda discrecionária limitada e flutuante, não possuem bens e não estão familiarizados com provedores e produtos formais ou desconfiam deles. Além disso, seus níveis de educação financeira tendem a ser baixos. Portanto, mesmo nos casos em que consumidores de baixa renda participaram de acordos sofisticados de compartilhamento de risco baseados na família ou na comunidade, sua primeira compra de seguro formal (uma operação baseada em contrato e não em relacionamento) exige aprender um novo conjunto de regras. Tais características do cliente levantam a questão política de como assegurar um padrão adequado de atendimento aos clientes que podem estar particularmente vulneráveis a problemas de proteção do consumidor.

Produtos: Uma proporção significativa de apólices de microsseguro está atualmente sendo gerada por meio de operações de crédito com instituições de microfinanças (IMFs) e demais entidades de empréstimos pequenos para mutuários de baixa renda. O seguro prestamista (ou seguro de "quitação de empréstimo") é uma apólice de curto prazo que tem como objetivo o pagamento do saldo pendente do empréstimo em caso de morte ou invalidez permanente do mutuário *(ver Capítulo 9)*. Conforme descrito em outra passagem deste volume, outros produtos cada vez mais comuns incluem seguro de vida *(Capítulo 8)*, acidentes pessoais, tipos limitados de seguro saúde *(Capítulo 5)* e seguro agrícola com base em indicadores *(Capítulo 11)*. A rápida inovação está levando ao desenvolvimento de novas coberturas, como seguro farmacêutico, de propriedade e pecuária *(Capítulo 12)*. Cada produto levanta questões distintas de proteção do consumidor.

Para reduzir os custos de operação, os produtos são muitas vezes mantidos simples e padronizados, e são entregues a grupos com pouca ou nenhuma subscrição de riscos individuais *(ver Capítulo 21)*. Uma experimentação está em andamento para encontrar formas rentáveis de adequar os produtos às restrições de liquidez dos

consumidores e elasticidade de preços (ou seja, normalmente em parcelas semanais ou mensais muito pequenas e subsídios possivelmente de prêmio e períodos de gratuidade). Os produtos são frequentemente apresentados por um intermediário confiável e incluem alcance do cliente e esforços em educação. Cada um desses aspectos de desenho de produto e entrega podem exigir adaptações de abordagens convencionais em relação às normas de proteção do consumidor e supervisão.

Conforme observado, a orientação para simplicidade e baixo custo também pode significar que os produtos sejam combinados e que haja um nível proporcional de não divulgação (ou seja, venda passiva). Mecanismos de proteção do consumidor precisam garantir que segurados estejam plenamente conscientes do produto que eles compraram e de seus direitos; o capítulo identifica várias abordagens para alcançar esse objetivo.

Provedores e modelos de negócios: Embora os mercados de microsseguro estejam subdesenvolvidos em relação ao seu potencial, eles exibem uma vasta gama de modelos de negócios e combinações de mercados subjacentes.[4] Essas inovações oferecem a promessa de tornar os serviços de gerenciamento de risco o mais disponível possível. No entanto, eles também podem levantar questões sobre proteção do consumidor.

Uma das principais questões envolve acordos de distribuição. A busca de meios rentáveis para alcançar consumidores de baixa renda, com menor escolaridade e mais remotos conduziu a sistemas de distribuição, incluindo uma série de *players* que realizam diferentes funções, dependendo de suas habilidades, tecnologias, recursos e influência. O papel dos agregadores é proeminente. O "modelo parceiro-agente" comum normalmente envolve uma companhia de seguro convencional em parceria com uma IMF. Os demais agregadores importantes até hoje foram bancos agrícolas, organizações não governamentais (ONGs), sistemas de correio e várias formas de instituições mútuas ou cooperativas, às vezes associadas. O agregador pode ter sua própria seguradora cativa, colocar alguns ou todos os riscos com uma ou mais seguradora comercial ou ainda assumir risco por conta própria.

As inovações mais recentes que podem melhorar a proposta de valor do microsseguro incluem o uso de cartões pré-pagos e redes de distribuição não tradicionais, como farmácias (Venezuela), operadoras de telefonia móvel (Gana), empresas de serviços públicos (Colômbia) ou varejistas que atendem populações de baixa renda nas Filipinas e na África do Sul *(ver Capítulo 22)*. Outra inovação que pode ajudar a população mais pobre a gerenciar riscos diz respeito à agregação. Por exemplo, quando um mutuário contrai um empréstimo visando um bem, como pecuária, as condições oferecidas para o seguro do bem podem ser atraentes. Em outros casos, a compra de insumos agrícolas, como sementes e fertilizantes, desencadeia a compra automática do seguro agrícola.

[4] Modelo de negócios se refere à abordagem ampla adotada, por exemplo, parceiro-agente, vendas diretas. A combinação de mercados é mais granular e define a combinação detalhada de preço, produto, distribuição e promoção a ser adotada.

Cada uma dessas características do mercado de microsseguro em rápida evolução – segmentos de cliente, produtos e combinações de produtos, sistemas de distribuição, tecnologia e modelos de negócios – pode suscitar questões de proteção do consumidor com respostas um pouco diferentes daquelas apropriadas para os mercados convencionais.

Questões de conduta de mercado tendem a se concentrar nos desafios enfrentados pelos consumidores específicos em relação às características do produto e práticas predominantes em pontos-chave na cadeia de valor. Formuladores de políticas e legisladores se beneficiarão da pesquisa de consumidor sobre natureza, incidência e consequências normais dos problemas de proteção do consumidor vivenciados por segurados de microsseguro *(ver Caixa de Texto 26.1)*.

Caixa de Texto 26.1

O que pode dar errado? Conclusões da pesquisa sobre o consumidor do Quênia

Quais são as questões de proteção do consumidor que surgem para os segurados de microsseguro? Um recente estudo de diagnóstico de proteção do consumidor no Quênia se baseou em discussões em grupo e uma pesquisa nacional de consumidores do mercado de massa, incluindo usuários de seguro. Apesar das taxas de penetração muito baixas e de muitos entrevistados não terem seguro formal e privado, a pesquisa revelou que aqueles que tinham, muitas vezes, eram desatendidos. Havia muitas queixas em relação ao pessoal de vendas, que não explicava com clareza sobre os produtos, e a falta de documentos que pudessem ser entendidos. Como um cidadão explicou: "É como se eles usassem qualquer um para vender seguro, e eles não conhecem os produtos; portanto, se você compra um produto, quando a apólice chega, você descobre que ela é totalmente diferente".

Treze por cento dos usuários de seguro disseram que as especificações não foram explicadas por escrito e 11 por cento disseram que não entenderam detalhes, como, por exemplo, custo de apólice, o que tinha e o que não tinha cobertura, e quanto eles receberiam em caso de sinistro. Os entrevistados também descreveram problemas com processamento de sinistros e litígios; 26 por cento dos segurados da pesquisa que apresentaram uma reclamação de sinistro relataram que seu processamento não ocorreu com rapidez.

Formuladores de políticas de seguro em países em desenvolvimento, normalmente, enfrentam grandes restrições em capacidade. Pesquisas deste tipo podem ajudá-los a se concentrar na regulação e supervisão da proteção do consumidor, nas questões mais importantes e testar se as normas e outras medidas propostas são propensas a funcionar conforme o prometido.

Fonte: Adaptado de Flaming et al., 2011.

Um risco que pode minar a proteção do consumidor é a apólice de microsseguro muito complexa ou com preço e principais condições difíceis de compreender ou mesmo enganosas. A prática relativamente comum de "combinar" ou "vincular", muitas vezes associada à compulsão (como pode ocorrer no caso do seguro prestamista), pode aumentar a preocupação com proteção do consumidor.[5] O consumidor pode não ter escolha de não comprar a apólice ou pode não ser capaz de escolher o provedor. No entanto, produtos combinados ou vinculados também podem aumentar o acesso e os benefícios, como reduções em custo em resultado de sinergias de mercado, o *pool* de risco maior, prevenção de antisseleção e administração simplificada. Do ponto de vista regulatório, pode ser apropriado permitir combinação e compra compulsória, desde que precauções sejam tomadas para garantir divulgação e custo-benefício adequados. Em vez de proibir práticas como vinculação, vendas "sem aviso" ou coberturas limitadas, a regulação adequada teria o objetivo de equilibrar a proteção dos consumidores com as realidades econômicas dos prestadores de tentar alcançar estes novos mercados.

Outros desafios de proteção do consumidor podem surgir nos estágios de venda, cobrança de prêmio e sinistros da cadeia de valor. Técnicas de venda agressivas são uma queixa comum, incluindo, entre outros, modelos de vendas em domicílio. Intermediários, como agentes ou corretores, podem desempenhar um papel relevante no alcance e atendimento de novos segurados de microsseguro *(ver Capítulo 23)*. No entanto, eles nem sempre recebem treinamento ou supervisão adequados da seguradora e, na verdade, pode não ficar claro para quem os intermediários estão trabalhando e que incentivos eles têm para atender o segurado uma vez a apólice emitida. Às vezes, a pessoa que vendeu a apólice desaparece completamente (Collins et al., 2009), sem garantia de que os prêmios de fato foram transferidos, que as cobranças continuarão e que a apólice será honrada.

A administração de sinistros e a falta de mecanismos efetivos de reclamações e recursos também podem minar a confiança de novos consumidores no microsseguro formal. Às vezes, o processo de sinistros não ocorre em tempo hábil nem é justo, uma vez que os sinistros são recusados com base em exclusões que não ficaram claras no momento da venda. Às vezes, não há processo formal para apresentação e resolução de reclamações. Quando existe, às vezes é complicado ou a queixa costuma ser resolvida em favor do segurado.

Em resumo, os formuladores de políticas devem equilibrar os objetivos de inclusão financeira, inovação e de proteção do consumidor, estabelecendo regras de conduta de mercado para microsseguro. Ao fazê-lo, a regulação pode precisar se acomodar a uma abordagem mais flexível, para desenho de produto, combinação e distribuição admissíveis, embora exigindo altos padrões de divulgação e prestação de serviços combinados com fortes mecanismos de recurso.

[5] A combinação ocorre quando vários produtos distintos são vendidos ao mesmo tempo em uma transação associada. O conceito de adesão pode se aplicar a estas situações em que um único contrato é considerado como existindo. A vinculação ocorre quando a organização que vende o produto principal (por exemplo, crédito) também vende o complementar, mas produtos separados de uma forma não competitiva. A combinação pode ser voluntária (como na opção de contratar seguro funeral suplementar) ou compulsória (por exemplo, quando o seguro é vendido como parte de um produto de crédito).

26.2 Rumo a uma estrutura de proteção do consumidor de microsseguro

Esta seção explora em maiores detalhes as opções de regulação viáveis para melhorar transparência, tratamento honesto e recurso nos mercados de microsseguro.

26.2.1 Transparência

Divulgar os principais preços, termos e condições para os segurados é a base de transparência e de um princípio fundamental de proteção do consumidor, seja em mercados desenvolvidos ou menos desenvolvidos.

O texto, a linguagem e o formato das divulgações precisam ser de uma maneira que consumidores com pouca experiência financeira e instrução formal possam entender facilmente. Está ficando cada vez mais comum em mercados desenvolvidos exigir que um documento de "Principais Pontos", seguindo um formato prescrito e resumindo as informações mais importantes referentes à apólice, seja anexado ao contrato. Esta abordagem também pode ser valiosa nos mercados de microsseguro na fase inicial, com os parâmetros básicos do contrato de seguro (ou seja, tipo de contrato, vigência, importância segurada, prêmio e frequência de prêmio, condições de renovação, como apresentar uma reclamação de sinistro) definidos em letras grandes e termos simples na primeira página. De fato, apesar de eles reduzirem a flexibilidade e o potencial de ajustar as apólices para o perfil de risco específico de cada cliente, na grande maioria sua simplicidade e padronização contribuem para proteção de consumidores menos experientes. Por exemplo, uma página pode ser suficiente para descrever e satisfazer as exigências contratuais de um produto simplificado com condições padrão. Outras formas de comunicação – por exemplo, jogos interativos desenvolvidos para opções e preços de produtos de saúde *(ver Capítulo 14)* – também poderiam ser eficazes com estes segmentos de cliente.

As divulgações para os consumidores também precisam ocorrer em momentos certos no processo. No mínimo, eles devem receber informações completas antes da venda sobre as características importantes do produto, seus próprios direitos e responsabilidades, e as obrigações do provedor, incluindo agregador, agente e outros, quando relevante. No momento da compra, também devem receber uma cópia impressa do contrato ou da apólice, embora possa haver casos em que a divulgação verbal oferecerá transparência suficiente para produtos simples. A China, recentemente, foi mais longe, introduzindo exigências para determinado produto/combinações de distribuição, com os novos segurados reconhecendo, por escrito, que compreendem as disposições do contrato; a seguradora deve entrar em contato com o segurado imediatamente após a compra para verificar esta questão.

Conforme ilustrado pelo exemplo do Quênia, os supervisores podem se beneficiar de pesquisa anterior do consumidor (encomendada diretamente ou realizada por terceiros independentes) a fim de identificar áreas comuns de conflitos e falhas potenciais, e testar clausulados e formatos propostos com consumidores de baixa

renda. As seguradoras ou seus parceiros também podem ser obrigados a explicar como pretendem usar tais estudos no desenvolvimento de produtos.

A divulgação tem suas limitações, no entanto, devido a fatores, por exemplo, inerentes à complexidade do produto e a tendências de comportamento do consumidor.

26.2.2 Tratamento honesto

O componente tratamento honesto de proteção do consumidor pode ser considerado separadamente para três aspectos das operações de seguro: desenho de produto, distribuição e administração de sinistros.

Desenho de produto

Muitos problemas de proteção do consumidor podem ser evitados assegurando que os produtos de microsseguro sejam apropriados para a clientela pretendida. Os principais testes são relevância de benefícios dos produtos e serviços, equidade das disposições contratuais e custo-benefício. O produto aborda os principais riscos para os segurados? As cláusulas contratuais são cabíveis e diretas? O custo da apólice é proporcional aos benefícios recebidos se o evento segurado ocorrer? As obrigações são efetuar os pagamentos e fazer com que os mecanismos para garantir os benefícios estejam alinhados às circunstâncias do cliente? E isso é financeiramente viável para o segmento de clientes pretendido?

Abordagens comuns para dominar as informações e a assimetria do poder entre fornecedores e consumidores em mercados tradicionais incluem tanto a regulação do produto quanto uma exigência afirmativa para que os distribuidores considerem as circunstâncias específicas do indivíduo na venda de apólices específicas.[6] Muitos países desenvolvidos estão preocupados sobre como a associação de produtos pode introduzir ou reforçar assimetrias; para melhorar a adequação e reduzir a venda enganosa, alguns tentaram criar opções em situações de venda vinculada, exigindo que os clientes tenham uma oportunidade de comparar produtos oferecidos pelas seguradoras alternativas. No entanto, tais medidas podem não ser nem eficazes nem práticas nos mercados de microsseguro de países em desenvolvimento.

Em vez de proibir a associação de produto ou assessoria regular, outras abordagens podem ser empregadas para melhorar a adequação do microsseguro vendido ao pobre economicamente ativo. Às vezes, a definição legal do microsseguro especifica características de produto compulsórias ou proibidas que reduzem o risco e a complexidade do produto. Por exemplo, normas específicas podem ser implantadas para esclarecer

[6] Para produtos mais complexos, em geral, contratos de longo prazo que envolvem planejamento do ciclo de vida, como vida universal e contratos de pensão, a regulação em países desenvolvidos tem limitado cada vez mais a categoria do intermediário que pode participar de tais transações com planejadores financeiros relativamente mais bem qualificados e plenamente registrados, muitos dos quais hoje operam na base de honorários. As normas também podem exigir que documentação suficiente seja retida para comprovar que o intermediário obteve informações suficientes sobre as necessidades do cliente a fim de selecionar produtos e características do contrato adequadas.

a expectativa de que os clausulados do contrato precisam ser muito mais simples e ter muito menos exclusões aceitáveis em um ambiente legal mais desenvolvido. Exemplos de exclusões incluem não cobertura de determinadas condições ou pré-condições (por exemplo, HIV/AIDS).[7] As obrigações do segurado de divulgar as alterações no risco também precisarão ser menos onerosas. Dados sobre o consumidor podem ser úteis para determinar o desenho do produto.

Para apólices de vida e acidentes, deveria ser possível desenvolver clausulados padrão, com variações sendo possíveis sujeitas à aprovação das autoridades regulatórias. O contrato definitivo será, teoricamente, na forma de certificado e não conterá mais do que uma única página e uma especificação. Por outro lado, para apólices cobrindo riscos mais complexos, tais como agricultura e saúde, as seguradoras podem precisar ter maior liberdade em desenvolvimento e precificação a fim de tornar os produtos atraentes e comercialmente viáveis para os consumidores. Ganhando este espaço, os produtos podem estar sujeitos a mais exigências regulatórias de divulgação, incluindo uma declaração explícita de hipóteses subjacentes e em que elas se basearam.[8] Além disso, como a maioria dos supervisores de países em desenvolvimento limitaram os recursos técnicos que tinham à sua disposição, pode ser apropriado exigir que a precificação seja feita por uma pessoa qualificada, que pode ser um atuário contratado pela seguradora ou indivíduos que trabalhem com um outro distribuidor. Isso pode ajudar a garantir que o intermediário, o segurador e qualquer facilitador tenha a capacidade necessária para operar com este produto.

Às vezes, a regulação trata de preço, seja diretamente (por exemplo, proibindo ou limitando determinadas taxas e comissões) ou indiretamente (por exemplo, exigindo aprovação prévia de novos produtos de microsseguro e incluindo análise de custo-benefício no processo de avaliação). As seguradoras, sua associação ou o órgão de supervisão de seguros também podem ser obrigados a publicar indicadores de desempenho que identifiquem níveis de preço, despesa ou comissão, além de variações estipuladas.[9] Em ambos os casos, é preciso ter cautela para apoiar os preços que os torne viáveis para os provedores responsáveis por atender novos mercados.

Métricas de desempenho podem ser usadas de forma mais ampla, como monitores de "equidade" ou custo-benefício. A Microinsurance Network publicou uma série de indicadores de desempenho remendados (Wipf e Garand, 2010) e propôs indicadores de desempenho social (Simanowitz e Sandmark, 2011), vários dos quais são relevantes para a agenda da proteção do consumidor *(Caixa de Texto 26.2)*.

[7] Após a Madison Insurance (Zâmbia) remover uma exclusão HIV/AIDS de sua apólice de seguro saúde, o custo-benefício foi mantido devido aos custos de liquidação de sinistros mais baixos e ao aumento do tamanho da carteira.

[8] Isto é semelhante a um sistema de gravação e arquivo em que aprovação prévia de supervisão não é exigida no lançamento de um produto.

[9] Na Índia, nos últimos cinco anos, as seguradoras elaboraram extensos relatórios para a IRDA, que publica 41 relações de dados sobre todos os aspectos das operações de seguradoras, incluindo coeficientes de sinistros e sinistros pagos por classe de negócios, além do desempenho do processamento de reclamações ("controle de queixas").

Caixa de Texto 26.2

Indicadores de desempenho social, especialmente relevantes para proteção do consumidor

Indicador 1 – Coeficiente de sinistros incorridos
Indicador 2 – Coeficiente de recusa de sinistros
Indicador 3 – Índice de renovação
Indicador 4 – Rapidez no pagamento de sinistro
Indicador 9 – Índice de queixas
Indicador 10 – Índice de vendas transparentes

Fonte: Simanowitz e Sandmark, 2010.

O principal indicador de desempenho especialmente relevante para custo-benefício é o coeficiente de sinistro (ou sinistros). Ele ajuda a determinar se a combinação de mercado do provedor de microsseguro faz sentido, tanto do ponto de vista do segurador quanto do consumidor. Os casos em que os coeficientes de sinistro são planejados para serem muito baixos de modo a cobrir níveis altos de despesa não são desejáveis em longo prazo.[10] A regulação pode especificar carregamentos máximos de despesa, que possivelmente diminuam ao longo do tempo. Enquanto a prestação de serviços financeiros para o pobre costuma ser relativamente cara, *benchmarks* próprios podem ser desenvolvidos. Por exemplo, é cabível os coeficientes de despesa de uma seguradora de vida excederem 30 por cento? Da mesma forma, um coeficiente de sinistro líquido coerente de menos de 50 por cento para produtos básicos deve ser um indício seguro para seguradoras não vida experientes. A alta taxa de caducidade também pode indicar custo-benefício ruim ou práticas e cláusulas contratuais desleais. Cooperação entre reguladores, representantes da indústria e de consumidores podem contribuir para o desenvolvimento de tais *benchmarks*.

Distribuição

Uma comunidade globalizada e associada à supervisão de seguros está adotando abordagens cada vez mais padronizadas para regulação e supervisão de intermediários. Situações especiais que surgem nos mercados tradicionais (por exemplo, *bancassurance*, distribuição de seguro compulsório em massa por intermédio de varejistas, distribuição direta, venda vinculada de seguro de garantia) tendem a estar cobertas por leis ou regulamentos separados. Regulamentos especiais de microsseguro foram emitidos colocando, em geral, substancial ênfase nos intermediários. Abordagens tradicionais em relação à regulação da distribuição e aos intermediários não costumam ser apropriadas para microsseguro em termos universais, tendo em vista os valores monetários, a necessidade de minimizar custos, a necessidade de capitalizar sobre a confiança

[10] Os serviços que não se referem a seguro associados a um produto de seguro devem ser custeados antes de realizar tal análise.

do intermediário de consumidores e o conjunto ainda em evolução de combinações de mercado. É provável que os reguladores queiram deixar uma porta aberta para considerar a gama de intermediários potenciais, e as leis que regem os intermediários devem permitir que eles sejam tratados como agentes de seguros.

Atualmente, um tema central nas discussões de proteção do consumidor de seguros é o papel e a remuneração de agentes, corretores e consultores.[11] Embora os agregadores sejam predominantes, alguns reguladores também permitem agentes vinculados (ou seja, exclusivos) para vender e prestar serviços de microsseguro. Em alguns casos, esses agentes são aprovados nos termos da lei de seguro principal. Em outros casos (por exemplo, na Índia, nas Filipinas), a lei prevê agentes de microsseguro com exigências de qualificações formais menores; eles podem, portanto, ter uma gama mais ampla de responsabilidades do que os agentes convencionais, incluindo cobrança de prêmio.[12] Depois de um período, muitos fracassam.[13]

Esta é mais uma difícil trade-off na ação de equilibrar proteção e acesso. O fracasso do agente pode danificar seriamente a confiança, uma vez que os segurados, normalmente, perdem todo o prêmio pago quando o agente deixa de operar devido às pesadas multas de cancelamento antecipado (Collins et al., 2009). A probabilidade de perda pode ser maior se os níveis de comissão de microsseguro são restritos, o que às vezes ocorre como parte do regime de proteção do consumidor (ver Anagol (2011) sobre o efeito distorcido de comissões). Para resolver essa questão, qualquer entidade que ofereça microsseguro por intermédio de agentes associados deve comprovar, como parte de sua licença, que conta com sistemas que garantirão que outro agente assumirá, imediatamente, a cobrança/o serviço se um um agente se retirar ou, por outro lado, terá meios de criar um vínculo direto com o segurado, incluindo o uso de SMS e centrais de atendimento. Isso também precisa ser monitorado pelo supervisor, por exemplo, através de uma simples devolução prevista em lei e inspeções no local. Além disso, as seguradoras que usam agentes associados devem ser legalmente responsáveis pela venda enganosa ou má-fé por parte de seus agentes.

Quando intermediários representam um produto juntamente com uma seguradora, pode haver duas opções: o intermediário pode ser obrigado a garantir o produto ou o regulamento pode exigir que a seguradora final cumpra um padrão mínimo prudencial e se responsabilize pelas ações de seu intermediário.

Para compensar estas aplicações de proporcionalidade regulatória, todos os intermediários de microsseguro devem ser formalmente licenciados ou registrados pelo órgão de supervisão. Além disso, os funcionários de um intermediário especializado em microsseguro devem estar sujeitos a treinamento e certificação de agente simplificado. O supervisor também deve ter o poder de transferir uma carteira de apólices

[11] Vários países, incluindo Austrália, Dinamarca, Finlândia, Países Baixos e Reino Unido, proibiram, ou estão planejando proibir, algumas ou todas as comissões independentes para consultores financeiros e corretores independentes.

[12] Uma forte analogia pode ser inferida com os antigos "cobradores" de seguro industrial.

[13] Como regra geral, em mercados tradicionais, cerca de 15 por cento das agências recrutadas no início sobrevivem ao seu quarto ano como operadores em tempo integral.

de seguro para outro intermediário e/ou segurador se necessário, de modo a assegurar que o segurado continue a se beneficiar da cobertura.

Em todos os casos, quando o intermediário lida com gerenciamento de prêmios e sinistros, ele deve ser capaz de comprovar que o dinheiro do segurado é de fato mantido separadamente de seus próprios fundos e assegurar que sistemas apropriados estejam sendo usados (computadorizados ou em papel), a fim de identificar e garantir os direitos do segurado, e que os registros do segurador sejam atualizados com regularidade (pelo menos uma vez por semana).

Gerenciamento de sinistros

Sistemas de pagamento de sinistros podem ser essenciais para construir confiança e aumentar o sucesso de um acordo de microsseguro devido ao poderoso efeito de comprovação de desempenho boa ou ruim. Os resultados da pesquisa do consumidor do Quênia indicam que é importante para os reguladores acompanhar esta questão e intervir caso problemas substanciais sejam evidentes, por exemplo, a fixação de normas sobre a rapidez e a lisura dos processos de sinistros. Estudos realizados na Índia indicam que um prazo de pagamento de até quatro semanas pode ser aceitável para o pobre economicamente ativo, apesar da renda baixa e variável que possui, e, com toda certeza, quanto mais cedo melhor. Nas Filipinas, a Microinsurance Framework estabelece um limite de 10 dias. Várias iniciativas em microsseguro envolvendo corretor, facilitadores ou outros agregadores como grupos de autoajuda permitem o pagamento dos sinistros válidos imediatamente, sem avaliação prévia do segurador ou de seus reguladores. Por exemplo, um grande piloto de microsseguro no Distrito de Vizianagaram de Andhra Pradesh usa uma central de atendimento e transferência direta para caixas eletrônicos a fim de agilizar o processo de sinistros. Produtos de seguro meteorológico também foram desenvolvidos em parte para facilitar o pagamento de sinistros em tempo hábil.

Como uma prática padrão, qualquer microsseguradora ou seus parceiros na cadeia de valor bem administrados devem registrar e analisar seu desempenho em sinistros independentemente das exigências de supervisão. O órgão de supervisão ou a autoridade de proteção do consumidor deve monitorar o desempenho de sinistros, tanto visando ao bem-estar do consumidor quanto pelo seu papel prudencial e de desenvolvimento. Para este fim, as microsseguradoras ou seus intermediários associados devem ser obrigados a informar periodicamente o número de sinistros por tipo de contrato e o tempo médio necessário para efetuar o pagamento após o sinistro ser avisado. Na prática, uma associação de seguros sólida pode realizar muitas das tarefas de coleta e análise de dados em nome da respectiva autoridade de proteção do consumidor como parte de um exercício de autorregulação.

26.2.3 Administração de queixas e recurso

A capacidade de buscar reparação também é um elemento importante de qualquer regime de proteção do consumidor. Somente agora esta questão está sendo desenvolvida de forma organizada e formal em muitos países industrializados e em transição, e é, efetivamente, inexistente na maioria dos países em desenvolvimento.

Resolução de disputa interna

A primeira linha de recurso do segurado quando ele tem um problema ou litígio deve ser com a companhia. Isso garante que haja uma oportunidade para a seguradora resolver a questão de forma eficiente através de um mecanismo interno. Quando agregadores ou outros distribuidores estão envolvidos, isso deve ficar claro para o consumidor e divulgado de forma bem ressaltada em linguagem objetiva no ponto de venda, como e a quem apresentar uma queixa. A boa prática diz que um funcionário em nível de gerência deve ser indicado para tratar de perguntas e reclamações dos segurados. Segurados de microsseguro são propensos a serem mais bem atendidos nos processos de queixas mais simples que permitem a apresentação das reclamações por meio de múltiplos canais (por exemplo, em pessoa, nos casos em que a apólice foi comprada via celular). Esta é uma exigência em vários países industriais e é adotada na regulação especial de microsseguro no Peru. Conforme observado, os órgãos de supervisão podem estabelecer normas para resolução de conflitos internos, tais como regras de divulgação de opções recurso, prazo e processo, e exigem que as seguradoras informem a natureza e a frequência das queixas, e o índice de sucesso em resolução.

Recurso apresentado por terceiros

Alguns países têm opções para o recurso ser apresentado por terceiros para tratar de casos em que o consumidor não está satisfeito com o resultado do processo interno de resolução de disputa. Os países estão, cada vez mais, indicando ouvidorias independentes para lidar com todas as formas de queixas no setor financeiro.[14] Por outro lado, esta função pode ser alocada a uma associação da indústria grande o suficiente, um escritório do supervisor principal ou órgão apropriado de proteção do consumidor. Quanto a este último aspecto, a indústria de seguros precisa concordar em respeitar as decisões desse escritório supervisor (normalmente até um valor de sinistro limitado), o que pode ser determinado por um comitê propriamente qualificado.

[14] O International Network of Financial Ombudsman Schemes tem mais de 30 membros; um número cuja origem é de mercados em desenvolvimento ou em transição: http://www.networkfso.org/Links.html.

Períodos de gratuidade

Opções de recurso podem ser reforçadas por regulamentos que exigem períodos de gratuidade para produtos de longo prazo ou mais complexos (especialmente aqueles com exclusões) nos quais, uma vez a apólice comprada, os consumidores dispõem de um prazo definido em que, se mudarem de ideia, cancelam a apólice por qualquer motivo que seja e recebem uma devolução justa. Essa abordagem está ganhando terreno,[15] e, em alguns países, o período de gratuidade está incluído no clausulado da apólice, o que também ajuda a progredir no objetivo de lisura.

26.3 Desenvolver e implementar regimes especiais de proteção do consumidor de microsseguro

A seção anterior discutiu questões típicas de proteção do consumidor de microsseguro e opções regulatórias para resolvê-las, incluindo alguma referência sobre a forma como estas diferem no caso de mercados de seguros mais convencionais. A competência, autoridade e estrutura da autoridade de seguro ou de outra entidade responsável pelo desenvolvimento e implementação de tais regras podem variar de país para país. Isso tem implicações na implementação de um regime de proteção do consumidor de microsseguro. Quando os formuladores de políticas decidem criar um regime regulatório alternativo para microsseguro, uma série de questões e práticas jurídicas precisa ser considerada.

26.3.1 Definições e regulação das implicações de proteção do consumidor de microsseguro

Uma vez tomada a decisão política de regras adaptadas ou especializadas, há várias opções para incluir esta questão em lei e regulamentos, e alcançar o equilíbrio correto entre acesso/proteção em regras de conduta de mercado. Uma delas é excluir explicitamente microsseguro de determinadas exigências da lei e dos regulamentos tradicionais. Outra é promulgar uma lei ou regulamento especial, como na Índia e no Peru. O tratamento especial do microsseguro pode ser enquadrado como princípios gerais ou regras específicas. Apesar de uma abordagem baseada em princípios permitir maior flexibilidade, na prática, uma abordagem baseada em regras é normalmente preferível, enquanto o setor de microsseguro está em sua fase de desenvolvimento. Regras específicas são propensas de serem aplicadas com mais eficiência por órgãos de supervisão de países em desenvolvimento que enfrentam restrições de capacidade, particularmente quando suas ações podem ser desafiadas por interesses especiais associados politicamente ou o sistema judicial ainda está em desenvolvimento.

[15] A exigência na África do Sul é 30 dias, e parece que funciona.

Um regulamento especial do Peru (Resolução 14283-2009) trata de questões do consumidor especificando características qualitativas do produto, mecanismos de recursos e exigências de relatórios. No entanto, as regras de proteção do consumidor cobrem apenas as seguradoras registradas.

Índia e Filipinas emitiram regulamentos adaptados. No caso da Índia, a IRDA emitiu os "regulamentos de Microsseguro" em 2009, totalmente envolvidos com a conduta do mercado de seguros, e não com questões prudenciais, que se baseiam na principal lei de seguros. Como no Peru, cobriu apenas seguradoras registradas. Nas Filipinas, as regras introduzidas no início de 2010 fazem parte de um esforço nacional para reforçar a supervisão e a conduta de mercado de uma série de instituições de microsseguro, incluindo seguradoras formalmente licenciadas, associações mútuas e cooperativas. Programas informais de seguro tiveram a opção de trabalhar por intermédio de uma seguradora licenciada ou de se converter em uma das três estruturas aprovadas *(ver Caixa de Texto 25.5)*. Na Índia e nas Filipinas, agentes de microsseguro têm de ser licenciados pelo órgão de supervisão de seguros.

Na Índia, um código de conduta também se aplica a todos os agentes, incluindo agentes de microsseguro, e as seguradoras são obrigadas a garantir que ele seja cumprido. O código tem força de lei (a ser incluído nos regulamentos da agência), e quaisquer violações resultam no cancelamento da licença de agência. Desde que as exigências de conduta de mercado de um código sejam cabíveis e uma instituição capaz tenha condições de supervisionar os agentes, a abordagem de "autorregulação delegada" em relação aos códigos de conduta está mais propensa a ser bem-sucedida do que os códigos simplesmente voluntários no caso do microsseguro. Códigos simplesmente voluntários tendem a ser vistos com mais frequência em países industrializados (por exemplo, Canadá), onde órgãos de supervisão e associações da indústria têm condições de aplicar persuasão moral; há de ser observado, no entanto, que eles nem sempre funcionam perfeitamente, mesmo nessas configurações.

26.3.2 Escopo, cobertura e arbitragem regulatórios

A questão política inerente é se a regulação de proteção do consumidor cobre, efetivamente, todas as entidades formais que oferecem produtos de risco para o pobre economicamente ativo. Se a regulação especial é desenvolvida apenas no âmbito dos poderes da lei de seguros, a cobertura está propensa a ser limitada, e não haverá espaço para arbitragem regulatória entre as entidades licenciadas e não licenciadas. Por essa razão, é desejável que a regulação sobre proteção do consumidor de microsseguros tenha suporte da lei que se aplica a todas as instituições relevantes sob um único órgão de supervisão, como nas Filipinas e na Austrália.[16] Via de regra, se uma instituição é considerada importante o suficiente para estar sujeita à supervisão

[16] Na Austrália, por razões históricas, há uma lei específica para as sociedades beneficentes, mas estas eram submetidas aos mesmos órgãos federais de supervisão como companhias de seguro quando a APRA foi estabelecida.

prudencial, então ela também deve estar sujeita às regras de proteção do consumidor que garantam o mesmo nível de igualdade em relação a outros prestadores de serviços financeiros em geral semelhantes. Arranjos informais de seguro cobrindo um grande número de membros e que não estão amparados pela lei de proteção do consumidor podem ser objeto de registro ou alguma outra forma menos rigorosa ou ser forçados a trabalhar por intermédio de entidades licenciadas.

Uma complicação é que o beneficiário real às vezes não é o indivíduo que paga o prêmio. Normalmente, quando uma IMF é o agregador, o produto vendido é seguro de crédito (acidentes pessoais, vida ou vida combinado com invalidez) apenas para o valor do empréstimo. A IMF, muitas vezes, cobra uma comissão, e o consumidor não pode saber que o custo foi acrescido com base em uma taxa de juros.[17] Pode ser suscitada a questão de que, neste caso, o regulador apropriado é a autoridade bancária, e não o órgão de supervisão de seguros. No entanto, o regulador bancário pode estar mais preocupado com a solidez financeira do credor e em particular com sua capacidade de manter sua fonte de rendimentos baseada em honorários e comissões, o que gera uma posição de conflito potencial sobre o bem-estar do consumidor, ou autoridades bancárias podem limitar as taxas de juros, a fim de proteger os consumidores, incentivando inadvertidamente os operadores a aumentar os preços dos produtos de seguros associados. Além disso, muitos produtos prestamistas pagam uma quantia à família do mutuário, além de quitar o empréstimo pendente que aparece claramente sob o título de seguro. Por essas razões, o seguro prestamista está incluído na definição de microsseguro para fins do presente capítulo.

Qualquer decisão política de introduzir regulamentos adaptados (e uma consequente abordagem de supervisão) para microsseguro levanta a possibilidade de contratos de seguros tradicionais serem vendidos sob este regime alternativo, o que é quase certo comportar uma carga regulatória menos rigorosa e permitir formulações que não seriam possíveis sob os princípios básicos de seguro da IAIS (ICPs, na sigla em inglês). Reguladores desejarão tomar medidas para evitar a criação de oportunidades visando arbitragem regulatória sobre conduta de mercado, em que provedores de seguros podem se definir como "microsseguradoras" ou produtos de "microsseguro", a fim de se beneficiarem de uma regulação mais leve.[18] Isso é importante nos fundamentos de estabilidade e eficiência, bem como em proteção do consumidor.

Diversos países que introduziram legislação específica de microsseguro, incluindo Peru e Filipinas, parecem ter traçado um caminho sensato entre limitar as possibilidades de arbitragem, embora permitindo abordagens inovadoras. Em outros países, as regras podem ser restringir flexibilidade e limitar o desenvolvimento do microsseguro, por exemplo, exigindo capital mínimo alto para todos os seguradores[19]

[17] Normalmente, os custos que compõem o seguro são da ordem de 1,5 por cento ou mais do valor do empréstimo, e coeficientes de sinistro de menos de 20 por cento não são incomuns.

[18] Esta questão foi uma das razões para o atraso no lançamento do setor de microsseguro no Camboja – a legislação proposta impõe exigências de capital mais leves do que para seguradoras tradicionais.

[19] Por este motivo, Crecana, a seguradora viável para o grupo de baixa renda, teve de interromper suas operações na Bolívia.

ou impondo normas de países desenvolvidos sobre consultoria incluindo "verificações" abrangentes.[20] Alguns mercados encontraram maneiras de contornar essas limitações, mas seria preferível que a regulação reconhecesse as diferentes necessidades dos diversos segmentos de mercado *(ver Caixa de Texto 26.3)*.

Caixa de Texto 26.3

Normas sul-africanas sobre consultoria

Na África do Sul, a Financial Advisory and Intermediary Services Act (FAIS Act) é uma lei que exige do intermediário que ele forneça informações suficientes para permitir que o consumidor tome uma decisão informado. Quando há consultoria, há regras específicas e relativamente onerosas sobre como e por quem esta deve ser prestada. Em particular, o intermediário deve ser um consultor financeiro registrado, deve realizar uma análise das necessidades financeiras do potencial comprador e assegurar que o consumidor compreende a consultoria prestada.

Esta exigência pode ter limitado o desenvolvimento do microsseguro de baixo custo. Na prática, as seguradoras são capazes de desenvolver uma categoria sem consultoria, "de assinalar opções", da agência associada (por exemplo, para produtos simples e padronizados vendidos nas lojas do varejo), adotando uma interpretação de uma disposição da lei que era direcionada para um fim diferente. Teoricamente, essas estratégias de adaptação não seriam necessárias.

Fonte: Adaptado de Bester et al., 2006.

É importante salientar que as leis da Índia e das Filipinas preveem expressamente uma categoria definida de agente de microsseguro associado que esteja sujeita a exigências menos onerosas do que um corretor ou agente associado normal. Agentes de microsseguro, normalmente, são obrigados a ter experiência específica em lidar com o pobre economicamente ativo e a ter recebido um treinamento mínimo e, no caso de agregadores, serem organizações sem fins lucrativos. Espera-se que eles realizem uma gama de funções mais ampla do que um agente tradicional e sejam remunerados de acordo. No entanto, podem ser dispensados da necessidade de serem aprovados em exames e ter grandes qualificações de instrução. Esta parece ser uma solução prática.

[20] Uma "verificação" é um questionário que demonstra que o intermediário fez pesquisas suficientes para ser capaz de recomendar um produto e uma importância segurada/um prêmio adequados (ou seja, uma análise das necessidades financeiras).

26.4 Proteção do consumidor não legislativa e não regulatória

26.4.1 Papel complementar dos códigos de conduta e normas da indústria

A conduta de mercado ruim por parte de seguradoras e intermediários pode resultar em regulação sobre proteção do consumidor excessivamente invasiva e cara. Este regime pode ser problemático e até contraproducente, partindo da perspectiva de desenvolvimento do mercado financeiro e inclusão financeira, e resultar em um nível mais baixo de bem-estar do consumidor, por exemplo, se as opções informais do consumidor são inferiores àquelas disponíveis no mercado. Isso defende o equilíbrio cauteloso de respostas regulatórias com os riscos reais observados no mercado e talvez uma abordagem mais gradual e de "aprender fazendo" visando à criação de um regime. Também indica que pode haver uma função para respostas bem elaboradas que abordem a raiz dos problemas de defesa do consumidor por outro meio que não seja o meio puramente regulatório.

Supervisores e associações da indústria esclarecidos em vários países reconheceram essa questão adotando códigos de conduta da indústria destinados a controlar as estratégias empresariais, maximizando o lucro em curto prazo e garantindo que consumidores recebam produtos adequados e tratamento honesto, de modo que possam desenvolver confiança em produtos e provedores formais. Para este fim, a indústria de microfinanças promoveu uma série de iniciativas para criar códigos e normas de comportamento responsável, incluindo a Smart Campaign, que é organizada com base nos sete princípios de proteção do cliente que correspondem aproximadamente aos princípios propostos neste capítulo.[21] A Smart Campaign está desenvolvendo, atualmente, uma diretriz mais detalhada para diferentes serviços de microfinanças, incluindo microsseguro. A Microinsurance Network também criou um grupo de trabalho sobre proteção do consumidor para realizar um trabalho como este de forma mais aprofundada.

Um importante desafio com abordagens de autorregulação é se recompensas e sanções serão suficientes para motivar os operadores a alcançar altos níveis de *compliance*. No setor de microfinanças, a Smart Campaign trabalha partindo da premissa de que a combinação dos valores básicos de desenvolvimento da maioria dos *players* do setor, persuasão moral e reforço financeiro pelos financiadores, tais como investidores sociais, levarão a níveis aceitáveis de comportamento e melhoria contínua. A experiência de outras iniciativas em autorregulação aponta que o comprometimento e a supervisão por parte das autoridades reguladoras competentes também pode ser um poderoso fator de sucesso.

[21] Ver descrição de princípios e ferramentas para provedores de serviços, associações e outras partes interessadas em www.smartcampaign.org. A Smart Campaign se beneficiou dos esforços das IMFs e redes para desenvolver códigos de conduta e trabalho, como, por exemplo, aqueles criados pela SEEP Network, que articularam antecipadamente o objetivo de assegurar a prestação de serviço ético, digno, transparente e equitativo (ver SEEP, 2010).

26.4.2 Papel complementar das iniciativas em sensibilização e educação do consumidor

Embora níveis baixos de educação formal e familiaridade com finanças formais também possam ser uma barreira para a efetiva implementação de proteção do consumidor no setor de microsseguro, o pobre economicamente ativo está perfeitamente ciente do risco. Eventos como a doença temporária de um assalariado ou a perda de um animal podem ser catastróficos para uma família pobre. No entanto, pode ser difícil alcançar o valor de um produto que possa atender às suas necessidades, mas que seja totalmente desconhecido e, possivelmente, um tanto contraditório. Embora as características do consumidor não o impeçam de compreender o contrato ou seus direitos, considerando que eles tenham sido esclarecidos, fazê-lo também impõe um pouco de reflexão e os riscos de venda enganosa e conduta ilegal podem ser grandes.

Juntos, esses fatores reforçam a necessidade de conscientizar os consumidores e de tomar medidas básicas de educação financeira para complementar um regime de proteção do consumidor. Tais medidas são facilitadas por exigências regulatórias, como a divulgação em uma linguagem clara e mecanismos de recurso acessíveis. Além disso, um mercado esclarecido é muito mais fácil de se desenvolver.[22] Dessa forma, embora confiar no intermediário seja um importante motor na decisão de compra, há claras evidências de que um pouco de educação financeira pode aumentar a consciência dos consumidores sobre suas opções de gerenciamento de risco e seus direitos contratuais e legais gerais, considerando que eles tenham firmado um contrato de seguro.

No curso de testar seu Consumer Protection Curriculum em vários mercados de baixa renda, o Global Financial Education Program (GFEP) observou que o pobre economicamente ativo, muitas vezes, não se dá conta de que tem direitos legais gerais independentemente do clausulado do contrato de seguro. Além disso, o GEEP concluiu que apenas 16 por cento dos consumidores trabalharam com seguradoras de confiança antes de participarem dos testes-piloto de seu Risk Management and Insurance Curriculum; após o treinamento, 71 por cento estavam preparados para admitir que algumas seguradoras eram aceitáveis (GFEP).

O processo de conscientização e educação do consumidor costuma exigir um esforço conjunto por parte dos supervisores, da indústria e de outras entidades, como ministérios de educação ou ONGs especializadas. Apesar do envolvimento direto para construir capacidade financeira que tenha certas vantagens (supondo que segurados potenciais podem dispor do tempo), os dados do GFEP e a própria experiência dos autores indicam que outros canais e meios de comunicação populares, como rádio ou novelas de televisão, podem ter um potencial de amplo alcance para conscientização e educação sobre seguro na maioria dos países em desenvolvimento. As escolas secundárias também podem oferecer um canal fecundo para o conhecimento de longo prazo e mudança de comportamento, e foi um método de introduzir

[22] Três prêmios Nobel (Akerlof, Spence e Stiglitz) demonstraram que mercados bem informados se desenvolvem mais rapidamente e por um caminho mais saudável.

o conceito de seguro em países desenvolvidos durante muitos anos. O que não deve ser esquecido é o fato de que a necessidade de educação e a capacidade financeira do consumidor é, em grande parte, reduzida quando os produtos são adequados, entregues de forma honesta e transparente, e sujeitos a recurso diante de um problema.

26.5 Boas práticas emergentes

Diversas práticas emergentes foram identificadas como podendo criar o núcleo de um regime de proteção do consumidor adequado para microsseguro. Antes, elas podiam formar a base de quaisquer recomendações para regulação normativa; entretanto, precisam ser testadas na prática e adaptadas ao contexto. As práticas são categorizadas de acordo com os três objetivos amplos de proteção do consumidor: transparência, tratamento honesto e recurso eficaz.

1) *Transparência*:

– Exigir que o cliente saiba quem é a seguradora final, por exemplo, quando o nome da seguradora é claramente indicado nos documentos de vendas, na apólice e em quaisquer documentos essenciais.
– Exigir a divulgação adequada e compreensível do preço da apólice, o que ela garante (e não garante), as obrigações relativas a pagamento do prêmio, quando e como uma reclamação pode ser apresentada nos termos do contrato, e quantas, incluindo quaisquer exclusões ou limitações de cobertura decorrentes de garantias explícitas ou implícitas.
– Exigir a divulgação adequada e compreensível dos procedimentos de sinistros e como acessar os mecanismos de recurso se as coisas não caminharem como o esperado.
– Levando em consideração o perfil dos consumidores de microsseguro, tais divulgações terão de ser o mais simples, compreensíveis e acessíveis possível para aqueles com níveis mais baixos de renda, experiência e instrução formal. A padronização dos formatos de divulgação e clausulados pode ajudar a facilitar a compreensão e a comparação pelo consumidor dos diferentes produtos disponíveis.

2) *Tratamento honesto:*

– Exigir que mecanismos sejam adotados para atenuar o impacto da alta pressão das práticas de vendas, garantindo que os potenciais consumidores tenham tempo para considerar a adequação e o custo-benefício do(s) produto(s) em oferta. Exemplos de tais mecanismos incluem contato pós-venda por parte da seguradora (utilização de meios eletrônicos sempre que possível) e períodos de gratuidade *(ver seção 26.3)*.
– Há de se ter cautela com textos sem clareza e sem detalhes fundamentais, em especial se ele limita a entrega dos serviços de seguro quando os clientes podem esperar que eles sejam entregues de outra forma, e considerar o incentivo aos operadores para oferecer produtos relativamente simples (por exemplo, aqueles com clausulados padrão ou restrições sobre exclusões e garantias ocultas).

- Permitir combinação de produtos, quando isso proporciona benefícios (por exemplo, economia em custo ou conveniência) para os clientes, bem como para o provedor, desde que as exigências de adequação e divulgação sejam atendidas.[23]
- Exigir que todos os intermediários sejam formalmente licenciados ou registrados[24] e que cumpram com os regulamentos adequados e adaptados de mercados tradicionais.
- Fazer com que as seguradoras sejam responsáveis pelas ações de seus agentes associados na entrega do(s) produto(s) e prestação do(s) serviço(s).
- Garantir que o dinheiro dos clientes esteja seguro e devidamente documentado.
- Monitorar o pagamento de sinistros por meio de medidas, como coeficientes de sinistros e prazo entre o aviso do sinistro e seu pagamento.

3) Recurso eficaz:

- Exigir que seguradoras ou grupos de afiliação que os intermediam[25] (ou seja, agregadores) estabeleçam procedimentos de administração de reclamações internas rápidos e de fácil acesso pelos consumidores de microsseguro. Por exemplo, procedimentos de reclamações que sejam rápidos, grátis e convenientes, e que podem ser acessados pessoalmente e sem burocracia onerosa. Na medida do possível, o supervisor deve supervisionar a eficácia dos sistemas de resolução de conflitos internos e dispor de dados informados pelas seguradoras ou pelos grupos de afiliação sobre os resultados das reclamações e resoluções de conflitos.
- Se as considerações econômicas permitirem, indicar um representante consumidor independente, como, por exemplo, um ouvidor. Por outro lado, assegurar que os consumidores tenham acesso a uma unidade de proteção do consumidor no escritório do respectivo supervisor ou um órgão independente da indústria.
- Exigir "períodos de gratuidade" (períodos pós-venda durante os quais o novo segurado possa rescindir o contrato e receber uma devolução justa) para produtos de longo prazo ou complexos – em especial no caso de conterem grande quantidade de exclusões ou clausulados das garantias aplicadas.[26]

A pesquisa revela que o ambiente político pode ter um impacto significativo sobre o desenvolvimento do setor de seguros em todos os níveis. Os reguladores podem se basear nestas boas práticas emergentes em termos seletivos, de acordo com o tipo de produto, contexto do consumidor, nível de desenvolvimento de mercado e capacidade de supervisão. Se aplicadas corretamente, essas boas práticas devem contribuir consideravelmente para a inclusão financeira por intermédio de mercados de microsseguro de valor agregado e sustentáveis.

[23] Embora a combinação de produtos possa ocorrer no ponto de venda, os produtos diferentes podem, ainda, ser efetivamente fornecidos por instituições diferentes.
[24] Sujeito à supervisão pelo órgão regulador, isso pode ser feito por intermédio de agentes associados individuais de seguradoras licenciadas.
[25] Por exemplo, IMFs ou grupos de autoajuda.
[26] Se incluído nos clausulados, esta condição pode ser categorizada como tratamento honesto.

Apêndice

Sobre os autores

Janice Angove é atuária competente e professora da Universidade de Witwatersrand, na África do Sul. Trabalha na Escola Superior de Estatística e Ciências Atuariais, participando do ensino de Ciências Atuariais e de pesquisas em microsseguro e regulação para o desenvolvimento de mercados de seguro. Anteriormente, Janice era gerente na Quindiem Consulting, com foco em microsseguro e seguro e regulação de previdência nos mercados em desenvolvimento. Suas principais áreas de interesse são desenvolvimento de casos comerciais de novos empreendimentos de microsseguro e avaliação de caso comercial de microsseguro a partir da perspectiva de seguradoras comerciais. Janice também presta consultoria para reguladores de seguro e previdência na África do Sul, auxiliando os reguladores nos mercados em desenvolvimento a promoverem mercados estáveis de seguro e previdência.

Anjali Banthia administra pesquisa do Banco Mundial de Mulheres (WWB) na Ásia e África. Com a pesquisa, Anjali visa dar voz às clientes mulheres do projeto e à entrega do produto de microfinanças e estratégias de marketing. Sua pesquisa apoia programas do WWB em microsseguro, poupança, crédito, educação financeira e remessas. É autora de *Microinsurance that works for women*, publicado em 2009 pelo WWB e pela Zurich Insurance Company na Série de Publicações da Facility Inovação em Microsseguros da OIT. A publicação analisou as importantes questões de gênero envolvidas na oferta de microsseguro.

Anjali trabalha em mais de dez mercados na África, Ásia e Europa Oriental para recomendar e lançar soluções financeiras práticas e inovadoras para mulheres. Antes de ingressar no WWB, Anjali trabalhou como Gestora de Produtos na Ujjivan Financial Services, uma instituição de microfinanças de iniciativas de rápido crescimento em Bangalore, na Índia, onde desenvolveu e implementou um programa de empréstimos para microempresas, gerando uma carteira de crédito de US$3 milhões e alcançando mais de 10.000 mulheres empresárias em seu primeiro ano. Anjali começou sua carreira em gestão de marcas de produtos de consumo na Clorox Company, em Oakland, Califórnia, e também trabalhou como consultora de estratégia de gênero no First Microfinance Bank e na International Finance Corporation, em Duchambe, no Tajiquistão. Anjali é Mestre em Relações Internacionais na Escola de Economia de Londres, e é Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade da Califórnia, na Escola de Negócios Haas, de Berkeley.

Michiel Berende começou sua carreira como subscritor e gestor de processos de uma seguradora holandesa denominada Interpolis. Começou a trabalhar com microsseguro quando visitou a Índia em 2004 como consultor da Interpolis e da Micro Insurance Association Netherlands. Na Índia, apoiou a DHAN Foundation ao buscar e desenvolver a solução correta em *software* para seu programa de microsseguro. Trabalhar nas bases inspirou Michiel a renunciar ao seu emprego corporativo para viver e trabalhar na Índia. Lá ele trabalhou na Tata-Dhan Academy, onde fundou um centro de conhecimento em microsseguro. Em 2006, Michiel se tornou membro do Grupo de Trabalho sobre Microsseguros, do CGAP, atualmente denominada Microinsurance Network. Desde 2008, Michiel continua seu trabalho sobre microsseguro como consultor autônomo para Microinsurance Network, OIT, GIZ, BID, Eureko e outras empresas com experiência no Brasil, na Índia, em Moçambique, no Senegal e em outros países.

Michiel é também o facilitador do Grupo de Trabalho sobre Tecnologia da Microinsurance Network. As áreas de foco do Grupo de Trabalho incluem coleta de dados, comunicação, sistemas de informações gerenciais e serviços de apoio a profissionais e instrutores de microsseguro que trabalham nessas organizações.

Alex Bernhardt fundou e administra o grupo GC Micro Risk Solution℠, de Guy Carpenter. Liderou a iniciativa de pedidos de subsídios de Guy Carpenter em 2008, a qual culminou com o recebimento de financiamento da Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Posteriormente, Alex liderou a equipe de colocação global responsável pela primeira operação de microrresseguro do GC Micro – a primeira de Guy Carpenter e do mercado em geral. Sob a direção de Alex, o GC Micro, desde então, tem recebido doações de fundos para outros projetos específicos e agora administra contas comerciais na África, Ásia e América Latina cobrindo muitas linhas de negócios de microsseguro, incluindo vida, saúde e catástrofe paramétrica. Alex contribui regularmente com material para publicações do mercado, discursa em eventos internacionais e recebeu inúmeros elogios do mercado, por exemplo, sendo incluído na lista de "Estrelas em Ascensão", da revista Reactions 2011, e na lista de Corretor Patrono® da revista Risk & Insurance. Alex obteve várias certificações AICPCU e se graduou *cum laude* na Universidade de Puget Sound.

Michael R. Carter é professor de Economia Agrícola e Recursos Naturais na Universidade da Califórnia, em Davis, e dirige o Programa de Apoio à Pesquisa Colaborativa, da BASIS, que estuda estratégias de redução da pobreza rural na África, Ásia e América Latina. A pesquisa de Carter tem como foco estratégias de desenvolvimento de pequenas propriedades agrícolas, incluindo programas de transferência de ativos e aprimoramento de mercados financeiros. Seus projetos atuais incluem análise da dinâmica da pobreza e redes produtivas de previdência social, e apresentam um conjunto de projetos que elaboram, orientam e avaliam os contratos de seguro com base em indicadores como mecanismos para reduzir a pobreza crônica e aprimorar mercados financeiros agrícolas e rurais. Este último trabalho está sendo realizado na Iniciativa Inovação em Seguros com base em Indicadores I_4, um empreendimento conjunto da BASIS, USAID, Oxfam, FAO e Facility Inovação em Microsseguros da OIT. Membro eleito da American Agricultural Economics Association, Carter é coeditor da World Development, a principal publicação sobre desenvolvimento.

Doubell Chamberlain é fundador e diretor administrativo do Cenfri e gestor de tema para o FinMark Trust, responsável por seu trabalho em microsseguro e sistemas de pagamento no varejo. Doubell é economista de desenvolvimento por formação e se especializou em inovação em inclusão financeira, política do setor financeiro e estratégia regulatória para desenvolvimento de serviços financeiros e acesso a estes, e ainda apoiando governos em como fazer os mercados atuarem em prol do pobre. Doubell tem vasta experiência em microsseguro, combate à lavagem de dinheiro e ao financiamento de terrorismo, distribuição de serviços financeiros e regulação para desenvolvimento de mercado, e trabalha no mundo em desenvolvimento, incluindo África (Botsuana, Etiópia, Quênia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Uganda e Zâmbia), América Latina (Brasil, Colômbia e México) e Sul e Sudeste da Ásia (Índia, Indonésia e Paquistão).
Doubell é Mestre em Economia (*cum laude*), Bacharel *cum laude* em Economia (Universidade de Stellenbosch/ Universidade Livre de Amsterdã) e Bacharel em Matemática (Universidade de Stellenbosch, África do Sul).

Arup Chatterjee é Especialista Sênior do Setor Financeiro no Escritório de Integração Econômica Regional, do Banco Asiático do Desenvolvimento, em Manila, que tem a missão de conduzir o desenvolvimento do setor financeiro na área de seguro e poupança contratual desde novembro de 2010. Atuou anteriormente como Administrador Principal da International Association of Insurance Supervisors (IAIS), no Banco de Compensações Internacionais, na Basileia, Suíça, onde, por seis anos, foi responsável pelo desenvolvimento, pela avaliação e implementação de normas financeiras. Na área de inclusão financeira, contribuiu, especificamente, para a criação de normas que permitem o acesso a mercados financeiros com referência específica a microsseguro e *takaful*, e participou no trabalho do G-20 e da APEC. Antes dessas atribuições, Arup já acumulava 18 anos de experiência de trabalho na Índia, abrangendo aspectos operacionais, regulatórios, de supervisão e política das operações do setor financeiro, com períodos em uma companhia de seguros, no Ministério Federal de Finanças e como Diretor Adjunto da Indian Insurance Regulatory and Developement Authority. Arup é membro do Comitê Consultivo da Iniciativa Acesso ao Seguro e participa do Grupo Consultivo da Facility Inovação em Microsseguros da OIT.

Grieve Chelwa é pesquisador do Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Depois de ajudar o Cenfri por quase dois anos atuando em meio período, Grieve se juntou à equipe do Cenfri em 2011 atuando em tempo integral. Seu trabalho se concentra principalmente na entrega do microsseguro na África, com grande interesse no desenvolvimento da África Austral. Antes de ingressar no Cenfri, Grieve trabalhou como Associado de Gestão para o Citi Africa, com sede em Joanesburgo, África do Sul. Enquanto no Citi, Grieve concluiu várias missões na República Democrática do Congo, no Quênia, na Nigéria e África do Sul, cobrindo integração de sistemas, análise de crédito e desenvolvimento de novos negócios. Antes do Citi, Grieve trabalhou como Assistente de Operações no Standard Chartered Bank Zambia, e, antes disso, estagiou no Banco Central da Zâmbia. Grieve é Mestre em Economia (Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul), Bacharel *cum laude*, com especialização em Economia (Universidade da Cidade do Cabo) e Bacharel com especicalização em Economia e Estatística (Universidade da Zâmbia).

Craig Churchill tem 20 anos de experiência em microfinanças tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Em sua posição atual no Programa de Finanças Sociais da OIT, cujo foco é, principalmente, o papel dos serviços financeiros que o pobre pode usar para gerenciar riscos e reduzir sua vulnerabilidade, inclusive poupança, seguro e empréstimos de emergência. Craig é Presidente da Microinsurance Network, integra o conselho de administração da Iniciativa Acesso ao Seguro e leciona no Boulder Microfinance Training Programme, em Turim, na Itália. Craig é autor e editou mais de 40 artigos, editoriais, monografias e manuais de formação sobre vários temas em microfinanças, incluindo microsseguro, fidelização de clientes, desenvolvimento organizacional, governança, metodologias de crédito, regulação e supervisão, e serviços financeiros para os mais pobres dos pobres. Em 2008, lançou a Facility Inovação em Microsseguros da OIT, com o apoio da Bill & Melinda Gates Foundation para estimular o desenvolvimento do seguro a fim de ajudar a promover o trabalho decente para dezenas de milhões de pessoas de baixa renda no mundo em desenvolvimento.

Aparna Dalal apoia os esforços em pesquisa, comunicação e gerenciamento do conhecimento da Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Anteriormente, foi Diretora de Projetos Especiais na Iniciativa de Acesso Financeiro, onde lançou e liderou seus projetos de pesquisa em microsseguro relacionados à educação do consu-

midor, à economia comportamental e às avaliações de impacto. Aparna tem ampla e diversificada experiência em consultoria de gestão e tecnologia adquirida nos setores público e privado. É Mestre em Administração Pública – Desenvolvimento Internacional, pela Universidade de Nova York, e Bacharel em Administração de Empresas, pela Universidade do Texas.

Yvonne Deblon é gerente de projetos da Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), em Eschborn. No Setor de Proteção Social, gerencia projetos na área de microsseguro e proteção social básica. Yvonne ingressou na GIZ em 2009, depois de anos trabalhando em assessoria política como assistente de pesquisa no Parlamento alemão. Com muitos anos de experiência em cooperação para o desenvolvimento, é diplomada em geografia e economia do desenvolvimento pela Universidade Rheinische-Friedrich-Wilhelms, de Bonn. Yvonne dá apoio ao Grupo de Trabalho sobre Proteção Social da Microinsurance Network.

Stefan Dercon é professor de Economia do Desenvolvimento na Universidade de Oxford e assessor na Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Sua pesquisa analisa as causas e consequências da persistência da pobreza na África e Índia, usando dados de longo prazo em nível micro e experimentos de campo. Grande parte de seu trabalho se concentra nas ligações que há entre risco e pobreza, e o papel dos mecanismos de seguro formal e informal para reduzir vulnerabilidade. Recentemente, foi nomeado Economista-Chefe do Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID).

David Dror é um aclamado especialista internacional em microsseguros. O Mercado de Seguros na Ásia o nomeou "Personalidade do Ano" em 2009 por "pesquisa e estudo inovadores que ajudaram a impulsionar o entendimento de como as comunidades mais pobres do mundo podem se beneficiar do microsseguro". Em 2011, recebeu o prêmio "Global Citizen Lifetime Achievement Karmaveer Puraskaar" – Justiça Social e Ação de Cidadania da Confederação de Organizações Não Governamentais da Índia. Seu livro seminal *Social re insurance: A new approach to sustainable community health financing* (com A. Preker, publicado pelo Banco Mundial e pela OIT) é considerado um texto fundamental sobre a ligação que há entre comunidades de base e resseguro ("*Social Re*"). David publicou mais de 40 artigos submetidos à revisão, vários capítulos de livros e três livros sobre diferentes aspectos do microsseguro saúde (publicações: http://ssrn.com/author=183410).

David Dror tem doutorado (*summa cum laude*), é Doutor em Administração de Empresas (*magna cum laude*), professor honorário na Universidade Erasmus de Roterdã, (Países Baixos) e foi presidente fundador da Micro Insurance Academy (www.microinsuranceacademy.org), em Nova Deli, em 2007, e na Alemanha, em 2011. A MIA é considerada a principal provedora de serviços técnicos em microsseguro. David recebeu o Prêmio "Provedor de Serviços de Educação do Ano" em 2010 e também em 2011 por "métodos inovadores de formação da MIA, customizados para as necessidades de grupos de baixa renda".

Ido Dror tem mais de uma década de experiência em diversos setores (desenvolvimento internacional, Nações Unidas, academia e negócios), em atribuições que abrangem cinco continentes. Seus interesses profissionais são desenvolvimento (particularmente o papel dos serviços financeiros nessas regiões), negócios internacionais e gestão, e ensino de Pós-Graduação. É Doutor em Ciências Econômicas e Sociais e Mestre em Administração de Empresas pela Universidade de Genebra, Suíça. Ido tem participação ativa no setor de microsseguro desde 2005, quando começou seu trabalho de doutorado nesta área e se mudou para a Índia em 2007, para ajudar a lançar a Micro Insurance Academy, a primeira e única instituição dedicada a oferecer assistência técnica para comunidades e organizações de base em domínio do conhecimento sobre seguro. Auxiliou o grupo de trabalho sobre Seguro Educação da Microinsurance Network desde sua criação até 2011 e leciona em cursos de Pós-Graduação sobre microsseguro desde 2009. Uma visão mais detalhada das atividades atuais e links para publicações podem ser encontrados em http://in.linkedin.com/in/iddodror

Denis Garand se formou na Universidade de Manitoba em 1981 e obteve as certificações FCIA e FSA em 1987. De 1981 a 2000, trabalhou para uma seguradora cooperativada do Canadá como Atuário de Grupo, Diretor de Marketing e Vice-Presidente de seguro de grupo, e também como consultor para o desenvolvimento de seguradoras cooperativadas, sendo um participante ativo em associações da indústria. Desde 2000, Denis vem trabalhando como consultor independente, com foco no grupo canadense e na indústria de seguros de crédito e programas internacionais de microsseguro.

Eric Gerelle é consultor internacional de organizações de microfinanças e microsseguro, corporações multinacionais, universidades e agências da ONU. Durante sua carreira, trabalhou tanto no setor acadêmico quanto no setor privado em desenvolvimento e marketing, organização de conferências e workshops internacionais sobre desenvolvimento sustentável, gestão do conhecimento e financiamento de projeto. Atualmente, desenvolve modelos matemáticos para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, aplicando-os ao planejamento de saúde, seguro, emprego e educação.

Eric projetou e desenvolveu sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação para aquisição de dados, gerenciamento de fluxo de trabalho, integração de sistemas e gestão do conhecimento. Por meio de cooperação com provedores de soluções móveis, criou soluções para microsseguro, microfinanças, saúde, nutrição e educação nos países em desenvolvimento. Criou diversos projetos financiados pela Comunidade Europeia em gestão de produção, saúde e conhecimento. Seus trabalhos publicados incluem artigos nas áreas de automação industrial,

gestão de produção e um livro sobre produção integrada ao computador. Eric é Bacharel em Física pela Universidade de Oxford e Doutor em Matemática pela Universidade Estadual do Kansas, e foi agraciado com o Prêmio Aluno Destaque, concedido pelo Departamento de Matemática da Universidade Estadual do Kansas.

Martin Herrndorf é associado no Instituto Endeva, de Berlim, é membro do grupo de escritores da NextBillion.net e faz Doutorado na Universidade St. Gallen, onde estuda processos de estratégia em empresas voltados para mercados de microsseguro. Martin publica, principalmente, soluções para a pobreza baseadas no mercado, com foco em microsseguro, e ministrou seminários sobre esses temas na Universidade de St. Gallen (2009), no Curso de Verão da Universidade de Colônia (2009) e na Associação de Seguros de Uganda (2010). Possui vasta experiência em microsseguro em vários contextos específicos de empresas e geográficos, incluindo análise de carteira, parceria em devida diligência e projetos, e modelos de gestão. Seus principais interesses são inclusão financeira e tecnologias digitais. Por meio de seu envolvimento em microsseguro, adquiriu conhecimentos em processos de estratégia e parceria em soluções para pobreza baseadas no mercado que são relevantes para mercados, os quais ultrapassam as fronteiras do setor.

Jeanna Holtz ingressou na Facility Inovação em Microsseguros em 2008, no seu lançamento, com financiamento da Bill & Melinda Gates Foundation, para promover o desenvolvimento de serviços valiosos do seguro para um grande número de famílias de baixa renda. Jeanna deu início ao programa de doações para inovação da Facility; atualmente é responsável pelas operações globais da Facility. Jeanna se especializou em consultoria e seguro saúde. Antes de ingressar na Facility, trabalhou durante cinco anos no Grupo Allianz, com sede em Munique, na Alemanha, no Departamento Internacional da Saúde, onde liderou uma equipe para apoiar iniciativas em seguro saúde no mundo inteiro dentro da Allianz. Anteriormente, Jeanna tinha trabalhado para a seguradora de saúde, Aetna. Jeanna é Mestre em Administração de Empresas (MBA) pela Universidade de Northwestern, Chicago.

Christine Hougaard é Gestora de Relações no Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri), na África do Sul, onde é especialista em microsseguro, pagamentos no varejo e, mais amplamente, em inclusão financeira. Em microsseguro, é coautora de inúmeros estudos, incluindo estudos de diagnóstico de microsseguro no Brasil, África do Sul, Suazilândia e Zâmbia. Antes de ingressar no Cenfri, Christine trabalhou como Associada na empresa de consultoria Genesis Analytics, onde trabalhou, na maior parte do tempo, com acesso a financiamento. Christine é Mestre em Economia pela Universidade de Stellenbosch, na África do Sul.

Susan Johnson é professora titular de Desenvolvimento Internacional da Universidade de Bath, Reino Unido. Realizou extensa pesquisa em microfinanças e mercados financeiros locais, com foco em dimensões de gênero no acesso financeiro, o papel dos serviços financeiros informais e do impacto das intervenções sobre a pobreza. Susan já trabalhou em uma série de grandes estudos de avaliação de impacto para o DFID e a Fundação Ford, e realiza pesquisas sobre acesso financeiro com o Financial Sector Deepeening Trust, no Quênia.

Lisa Jones Christensen é professora assistente de Estratégia e Empreendedorismo na Escola de Negócios Kenan-Flagler, na Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill. Pesquisa e ensina empreendedorismo, inovação, gestão de mudanças, métricas e liderança. Suas subespecialidades são microempresas, desenvolvimento, incluindo inovações em microfinanças, microsseguro e microfraquias. Lisa também orienta o trabalho de projeto em inovação e empreendedorismo sustentável no contexto de países em desenvolvimento. Sua pesquisa foi publicada em livros editados e periódicos, incluindo o *Journal of Applied Psychology, Journal of Business Ethics, Stanford Social Innovation Review* e *Academy of Management*. Lisa é a autora de vários casos premiados – principalmente relacionados a estratégias de negócios de empresas sustentáveis na África. Tem Doutorado em comportamento organizacional pela UNC Kenan-Flagler e fez MBA pela Escola Marriott e Mestrado em desenvolvimento internacional pela Escola Kennedy, em David, ambos os títulos pela Universidade Young Brigham. Lisa se formou Bacharel pela Universidade da Califórnia, em Berkeley.

Eamon Kelly é Associado de Atuária, com experiência de mais de 15 anos no setor de seguros privados na Irlanda e Austrália. Desde o início de 2008, aplica tal experiência ao setor de desenvolvimento, trabalhando como gestor de programas e consultor em inúmeras iniciativas em microsseguro no sul da Ásia e no Oriente Médio. Eamon possui vasta experiência de campo e implementação de programas, gerenciando diretamente programas de MI na Índia e na Jordânia por três anos. É também coautor de vários artigos e publicações de pesquisa, e colaborou na capacitação de provedores de microsseguro. Atualmente, trabalha como consultor do Banco Mundial no desenvolvimento de estrutura e regulação do microsseguro no Paquistão.

Ruth Koren é Bacharel em química (1966), com Mestrado (1968) e Doutorado (1973) pela faculdade de ciências exatas da Universidade Hebraica de Jerusalém, Israel. Depois de uma bolsa de estudos de dois anos na Universidade de Cornell, e indicação para conduzir uma pesquisa de um ano no Fox Chase Cancer Center, na Filadélfia, Ruth voltou para a Universidade Hebraica e passou três anos como cientista sênior da Faculdade de Ciências da Vida, e mais três anos como professora na Faculdade de Medicina. Em 1983, foi para a Universidade de Tel Aviv, Israel. Lá, começou como cientista sênior afiliada ao Rabin Medical Center e, há dez anos, atua como professora de Ciências Médicas na Faculdade de Medicina Sackler e dirige uma equipe de pesquisa no Felsenstein Medical Research Center, na Universidade.

Sheila Leatherman é professora pesquisadora na Escola Gillings de Saúde Pública Global, da Universidade da Carolina do Norte. Realiza pesquisas sobre qualidade da saúde, reforma de sistemas de saúde e de microfinanças como uma estratégia para melhorar os resultados em saúde. Foi eleita para a Academia Nacional de Ciências dos EUA em 2002. Em 2007, foi condecorada Comandante do Império Britânico (CBE) pela rainha Elizabeth II por seu trabalho durante uma década como avaliadora independente do impacto das reformas do governo sobre qualidade da saúde no National Health Services. Sheila atua em pesquisa e prática no campo emergente de integração entre microfinanças com intervenções na saúde, trabalhando em muitos países, incluindo Benin, Bolívia, Burkina Faso, Camboja, Índia, Nigéria, Peru, Filipinas, Uganda e República Unida da Tanzânia. Liderou projeto de dois anos para avaliar as evidências globais do impacto da integração sistemática entre microfinanças e intervenção do acesso à saúde, publicado em 2011.

Rodney Lester até sua aposentadoria em 1998 foi Conselheiro Sênior do Banco Mundial e Diretor de Programa responsável pelas instituições financeiras não bancárias. Ingressou no Banco Mundial depois de 32 anos trabalhando no setor de seguros privados e nos mercados de gestão de fundos. Rodney é atuário com MBA pela Escola de Negócios de Harvard. Suas atividades operacionais no Banco Mundial incluíram reforma e solução para a indústria de seguros, financiamento de desastres naturais, reforma da previdência privada, governança corporativa, desenvolvimento de políticas de defesa do consumidor e microsseguro. Participou de dois prêmios para o trabalho operacional inovador e eficaz desde seu ingresso no Banco Mundial e foi eleito Atuário Australiano do Ano em 2005. Antes de ingressar no Banco, Rodney foi Diretor de Administração na AMP, a maior seguradora e gestora de fundos da Austrália. Durante este tempo, foi Presidente do Conselho de Seguros da Austrália e presidente da Harvard Club of Australia.

Pascale Le Roy é economista especializada em política e financiamento em saúde. Trabalha no setor de microsseguro saúde desde 1999, desenvolvendo e administrando o programa de seguro saúde SKY no Camboja de 1999 a 2003 para a ONG francesa GRET (Groupe de Recherches et d'Échanges Technologiques). Passou a ser consultora do Programa STEP da OIT e da GRET, realizando estudos de viabilidade para o desenvolvimento de programas de seguro saúde (Haiti, Senegal), elaborando manuais técnicos e módulos de treinamento. Em 2006, Pascale ingressou na OMS como consultora técnica para o desenvolvimento do programa de Seguro Saúde baseado na Comunidade sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, na República Democrática Popular do Laos. De volta à França, voltou a ser consultora da GRET, da Facility Inovação em Microsseguro da OIT e da Agência de Microsseguros Aga Khan (Paquistão). Em maio de 2011, Pascale ingressou na matriz da GRET em Paris, como gerente do programa de microsseguro (www.gret.org).

Markus Loewe é economista sênior do Instituto de Desenvolvimento Alemão (Deutsches Institut für Entwicklungspolitik) em Bonn, onde trabalha desde 1999. Estudou Economia, Ciências Políticas e Árabes em Tübingen, Erlangen e Damasco, e é Doutor pela Universidade de Heidelberg com tese em programas de microsseguro. Suas principais áreas de interesse são proteção social, redução da pobreza/ODM e promoção de investimentos nos países em desenvolvimento. Markus também tem publicações sobre desenvolvimento demográfico, crescimento pró-pobre, políticas anticorrupção, governança econômica, desenvolvimento do setor privado e impacto da recente crise financeira e econômica global. Suas publicações mais recentes incluem "The global financial crisis and the Arab world: Impact, reactions and consequences" (2010, no: *Mediterranean Politics 15, 1, 45-71*, com Juliane Brach*); Pension schemes and pension reforms in the Middle East and North Africa* e "How favoritism affects the business climate: Empirical evidence from Jordan" (2008, no: *The Middle East Journal 62, 2, 259–276*, com Jonas Blume e Johanna Speer).

Thomas Loster é geógrafo, foi membro do GeoRisk Research Group na Munich Reinsurance Company, Genebra, UNRISD, 2009, a maior resseguradora do mundo, por 16 anos. Foi responsável por questões relacionadas a riscos meteorológicos, mudança climática e política climática. Suas atribuições também incluíam as análises estatísticas de catástrofes e tendências naturais do mundo inteiro. Thomas foi nomeado presidente da Munich Re Foundation, em julho de 2004. A Fundação aborda os principais desafios globais, incluindo mudanças ambientais e climáticas, bem como prevenção de desastres. Fiel ao seu lema "Do Conhecimento à Ação", a Fundação tem como objetivo preparar as pessoas para lidar com os riscos e melhorar suas condições de vida – com foco especial nos países em desenvolvimento. Proporcionar conhecimento no campo do microsseguro é um pilar fundamental do trabalho da Fundação. Thomas Loster é membro do Conselho da Iniciativa em Seguro Climático da Munich (MCII), que tenta estabelecer mecanismos de seguro para o pobre como uma forma de lidar com a mudança climática, e também é membro do Comitê Nacional Alemão da Década das Nações Unidas de Educação para o Desenvolvimento Sustentável.

Barbara Magnoni é presidente da EA Consultants e assessora para o desenvolvimento internacional, com mais de 15 anos de experiência em finanças e desenvolvimento internacional. Desde 2000, trabalha em programas de desenvolvimento econômico com foco, principalmente, na América Latina. Muito do seu trabalho recente se concentra em conhecer as necessidades e preferências dos clientes e fazer a conexão com o desenvolvimento de produtos e programas para melhorar o acesso a finanças, mercados e proteção social para os segmentos de baixa renda. Barbara criou programas de microsseguro para várias instituições, redes e agências governamentais, incluindo REDCAMIF (a Rede de Microfinanças da América Central), INISER (a maior seguradora da

Nicarágua) e FOSIS (um programa de proteção social do Governo do Chile). Atualmente, administra a coleta e a análise de lições acerca da compreensão de valor para os clientes de microsseguro para o Projeto MILK do MicroInsurance Centre. Barbara é Mestre em Relações Internacionais pela Universidade de Columbia e fala fluentemenete espanhol, inglês e italiano.

Brandon Mathews começou sua vida profissional na General Motors, na Alemanha. Em 1998, ingressou no American International Group, em Nova York, para fundar as operações de serviços na Ásia, Europa e América Latina. Aceitou a responsabilidade de prestar contas de Lucros e Perdas resultantes das novas operações na América Latina em 2002 e das primeiras vendas regionais alcançadas relativas aos "consumidores emergentes" de mais de 15 milhões de apólices anuais até 2006. Em 2007, transferiu-se para a Zurich Financial Services para assumir responsabilidade global por seus esforços para atender melhor e expandir, de forma mais sustentável, seus negócios no segmento do consumidor emergente.

A experiência de Brandon no seguro técnico é em gestão de operações e sistemas, e subscrição de produtos voltados para mercado. Sua atribuição atual inclui o patrocínio de pesquisa e desenvolvimento para abrir novos mercados com, por exemplo, novas tecnologias, tais como telefones celulares ou tipos de produtos mais recentes, tais como seguro paramétrico. Além disto, Brandon é membro do Comitê Gestor da Facility Inovação em Microsseguro da OIT, do Comitê Executivo da Microinsurance Network e do Conselho Consultivo do Catalyst Europe.

Michal Matul está no comando do programa de pesquisa da Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Nos últimos 12 anos, seu trabalho tem se concentrado em conhecer o comportamento financeiro e melhorar as opções de gerenciamento de risco para famílias de baixa renda nos países em desenvolvimento. Michal é Mestre em Economia e Estatística pela Escola de Economia de Varsóvia, tem Pós-Graduação (DEA) pela Sciences Po (Paris) em Demografia Econômica nos Países em Desenvolvimento e é Doutor em Economia pela Universidade de Varsóvia.

Michael J. McCord tem mais de 17 anos de experiência em microsseguro, é um líder altamente respeitado e forte defensor do microsseguro. É presidente e fundador do MicroInsurance Centre, LLC, uma empresa de consultoria em crescimento especializada em pesquisa, defesa e desenvolvimento de produtos e processos de microsseguro que atendam às necessidades específicas da população de baixa renda. Michael é membro fundador da Microinsurance Network, onde atualmente é integrante do Comitê Executivo, e é membro de cada Comitê de Gestão da Munich Re Foundation/Conferências Anuais de Microsseguro da Microinsurance Network.

Michael escreve exaustivamente sobre microsseguro – é autor de inúmeros estudos de caso, documentos e manuais de microsseguro, tendo ministrado cursos de microsseguro para mais de 1.600 pessoas no mundo todo. Michael também é Diretor do projeto Educação e Conhecimento do MicroInsurance Centre (MILK), que visa ajudar a responder questões de valor para o cliente e casos comerciais de microsseguro.

Heidi McGowan foi Membro da OIT no Grupo de Trabalho sobre o Impacto da Microinsurance Network, onde desenvolveu projetos que incluíram a criação e a preparação de um guia prático para avaliar o impacto do microsseguro para profissionais sem treinamento formal em econometria. Anteriormente, avaliou o impacto social de um provedor de microfinanças da Tanzânia para a International Finance Corporation, desenvolveu e angariou recursos para programas de microcrédito na filial de Nova York da ACCION-EUA, e passou vários anos administrando projetos financiados pela USAID para a prática de mercados emergentes de uma empresa de consultoria em gestão. Heid tem Mestrado em Economia Aplicada pela Universidade de Michigan.

Katharine McKee ingressou no CGAP (o centro de recursos de microfinanças global) em 2006 como Consultora Política Sênior. Lidera o trabalho de análise e assessoria política e proteção do consumidor do CGAP, incluindo opções de políticas/regulamentação/supervisão para os mercados de acesso de baixa renda. Lidera também trabalho do CGAP sobre finança responsável, incluindo a iniciativa Campanha Inteligente para desenvolver os padrões da indústria no consenso para melhorar a proteção do cliente, bem como uma iniciativa para garantir a integração de considerações sobre finança responsável em processos de investidores. Outros trabalhos do CGAP se centraram em poupança e no papel do governo em inclusão financeira. De 1998 a 2006, Kate dirigiu o Gabinete para o Desenvolvimento de Microempresas na Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional, levando apoio aos programas da USAID que investem mais de US$200 milhões anualmente em mais de 70 países. No período compreendido entre 1986 e 1998, atuou como gerente sênior na Self-Help, na Carolina do Norte, a maior instituição financeira de desenvolvimento comunitário (CDFI) nos Estados Unidos. Kathe liderou o início de um fundo do governo para investir em CDFIs e fornecer incentivos para as principais instituições financeiras impulsionarem o desenvolvimento da comunidade de concessão de empréstimos. Trabalhou também para a Fundação Ford, em Nova York e na África Ocidental. É economista do desenvolvimento, com Mestrado pela Universidade de Princeton. Presidiu o Conselho Consultivo de Consumidores do Conselho de Governadores do Federal Reserve (Banco Central Americano).

Jonathan Morduch leciona na Universidade de Nova York desde 2000, onde é professor de Políticas Públicas e Economia. É especialista em finanças e desenvolvimento. É também Diretor Administrativo da Iniciativa Acesso Financeiro, um consórcio dos principais economistas em desenvolvimento, cujo foco é expandir substan-

cialmente o acesso a serviços financeiros de qualidade para pessoas de baixa renda. Seu livro de 2005, em coautoria, *The economics of microinance* (MIT Press), desenvolve uma agenda de pesquisa orientada em política e foi descrito por Thomas Easton, do *The Economist*, como "O melhor livro sobre a economia de bancos e finanças,...". O trabalho em curso de Morduch em investimento social, financiado pela Ford Foundation, aplica conhecimentos em moderna teoria de finanças corporativas para gerar novos conhecimentos sobre limites e possibilidades de mercados e filantropia. Morduch preside atualmente o Comitê das Nações Unidas de Estatísticas sobre Pobreza, assessora o Pro Mujer, e é membro da SafeSave, em Dhaka. É membro do Conselho Editorial do *World Bank Economic Review* e do Grupo de Assessores das Nações Unidas sobre Setores Financeiros Inclusivos. Suas opiniões sobre finanças e desenvolvimento foram relatadas pelo *New York Times, New Yorker*, CNN, *Wall Street Journal*, *Los Angeles Times, Washington Post*, Associated Press e outras organizações. Morduch é Bacharel pela Brown e Doutor pela Harvard, ambos os títulos em Economia. Em janeiro de 2009, Morduch recebeu o prêmio de Doutor Honoris Causa pela Universidade Livre de Bruxelas. Seu novo livro em coautoria, *Portfolios of the Poor: How the World's Poor live on $2 a Day,* é publicado pela Imprensa da Universidade de Princeton.

Andrew Mude, de nacionalidade queniana, obteve seu diploma de Graduação na Faculdade de Gettysburg. Em 1999, formou-se com honra máxima em Economia (*major*) e em Matemática e Francês (*minor*). Em 2000, ingressou na Universidade de Cornell em busca de seu Doutorado em Economia com especialização em Economia do Desenvolvimento e Econometria Aplicada. Mude concluiu o Doutorado em junho de 2006. Como parte de sua pesquisa de dissertação, passou seis meses em estudo de campo com produtores de café e suas cooperativas no distrito Murang'a, Quênia. Por esse esforço, ganhou a medalha de prata na Rede de Desenvolvimento Global. Após concluir seu Doutorado em Economia pela Universidade de Cornell, ingressou no International Livestock Research Institute (ILRI) em agosto de 2006 como economista no Programa de Metas e Inovações do ILRIs. Sua carteira atual trata, em grande parte, de pesquisa e desenvolvimento de gerenciamento de risco e intervenções no desenvolvimento para ajudar a aumentar a resiliência e reduzir a vulnerabilidade em famílias pobres que dependem da pecuária, especialmente em áreas de pastagem. Mude lidera o programa de Seguro de Animais com base em Indicadores do ILRI.

Jennifer Powers é Gestora em Prática de Acesso a Finanças da EA Consultants e tem dez anos de experiência em microfinanças, microsseguro, investimento bancário e desenvolvimento do setor financeiro. Jennifer trabalhou em missões na África, Ásia, Europa Oriental e América Latina. Desde que entrou para a EA, vem trabalhando em inúmeros programas de assistência técnica para as IMFs na África, Europa Oriental e América Latina, é autora de vários relatórios para o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a USAID sobre restrições ao crescimento de pequenas empresas de mulheres, efeitos da crise financeira de 2008 no setor de microfinanças, mercado de crédito pessoal nacional e internacional, e gerenciamento de riscos para as IMFs.

Anteriormente, Jennifer foi Diretora de Investimentos no Deutsche Bank Social Investments, onde acompanhou a devida diligência, fez recomendações sobre investimento e administrou relações com clientes em 15 países. Seu trabalho em finanças do desenvolvimento se consolidou sobre sua experiência como banqueira de investimento na Merrill Lynch, onde assessorou companhias de seguros e outras instituições financeiras. Jennifer é Mestre em Relações Internacionais e Desenvolvimento Econômico pela Faculdade de Assuntos Internacionais e Públicos da Universidade de Columbia e é Bacharel em Economia pela Universidade de Duke.

Ralf Radermacher é Vice-Presidente da Micro Insurance Academy e.V. (MIA International) e Diretor de Pesquisa e Treinamento na MIA Índia. Ralph foi fundamental na criação da MIA tanto na Índia quanto em Bonn, Alemanha, e levou a empresa à posição de uma das instituições mais importantes do mundo em assistência técnica e pesquisa de microsseguro. Antes de ingressar na MIA, trabalhou na Universidade de Colônia, onde participou do ensino e pesquisa em cooperativas. Coordenou projeto financiado pela UE, "Fortalecimento de Unidades de Microsseguro Saúde para o Pobre na Índia", e prestou inúmeras consultorias para organizações de desenvolvimento. Anteriormente, trabalhou com uma das maiores ONGs de desenvolvimento da Alemanha (Welthungerhilfe) e adquiriu conhecimento sobre o trabalho de outras entidades públicas (Ministério Federal da Cooperação Econômica & Desenvolvimento) e privadas (GFA Umwelt) no domínio do desenvolvimento. Ralph tem Pós-Graduação em Economia pela Universidade de Colônia e passou um período no exterior na Universidade de Birmingham.

Dirk Reinhard se formou em Engenharia e Gestão Industrial e tem mais de dez anos de experiência no setor de indústria e finanças sustentáveis. De 2001 a 2004, foi responsável pelo investimento sustentável na Unidade de Gestão Ambiental da Munich Reinsurance Company e publicou vários artigos sobre o assunto.

Antes de ingressar na Munich Re, trabalhou para Oekom Research AG como analista de sustentabilidade no período de 1995 a 2000. Em abril de 2004, Dirk Reinhard foi nomeado Vice-Presidente da Munich Re Foundation. É membro do Comitê Executivo da Microinsurance Network (2008-2013) e presidente do Comitê de Gestão da Conferência Internacional Anual de Microsseguros, organizada em conjunto pela Munich Re Foundation e pela Microinsurance Network.

Rupalee Ruchismita é presidente fundadora do Centre for Insurance and Risk Management (CIRM), Institute of Financial Management and Research, em Chennai, na Índia. O interesse do CIRM é o desenvolvimento de produto e a pesquisa de ação para facilitar o fornecimento de soluções formais de gerenciamento de risco

para famílias vulneráveis, com a finalidade de as proteger dos choques econômicos e aumentar sua resistência. Rupalee lidera as atividades do CIRM por meio de diversos projetos pioneiros (ver http://www.cirm.in/projects para mais detalhes). Em sua função atual, Rupalee dirige a estratégia do CIRM, supervisiona a implementação de projetos em andamento, desenvolve novas iniciativas e administra parcerias políticas.

Rupalee é membro do Comitê de Gestão de Microsseguro da Facility Inovação em Microsseguro da OIT. Formou-se em 2003 e é Mestre em Serviço Social pelo Tata Institute of Social Sciences. É autora de vários artigos sobre soluções inovadoras em finanças na área da saúde e subsistência e foi convidada para apresentar seu trabalho em várias conferências e fóruns internacionais, como, por exemplo, ONU, IFC e Conferência Internacional de Microsseguro da Munich Re.

Rob Rusconi é atuário em Joanesburgo, com experiência profissional em seguros, investimentos, saúde e previdência, trabalhando para seguradoras, gestores de ativos e, em Londres, para o FT.com, o jornal *Financial Times* da Internet.

Durante cinco anos, trabalhou como consultor independente, principalmente em questões de desenvolvimento da previdência social, com foco em poupança. Rob assessorou fundos de pensão da África Austral e do FinMark Trust, uma fundação com o objetivo de fazer os mercados trabalharem para o pobre, e prestou consultoria a governos da região em seus sistemas de previdência social. Mais recentemente, Rob aceitou o desafio de gerir uma seguradora nova que atenda às necessidades dos clientes por meio de parceiros.

Anupama Sharma se formou em Veterinária, com Pós-Graduação em Gestão Rural. Trabalhou como consultora do Centre for Insurance and Risk Management (CIRM), onde ajudou no desenvolvimento de ferramentas em gerenciamento de risco para o setor de laticínios e agricultura. Estudou produtos de seguros, problemas e perspectivas relacionados à pecuária, em detalhes. Anupama também participou do acompanhamento e da avaliação de projetos de seguros de animais sobre o uso de novas tecnologias e documentação das lições aprendidas a partir de sites de projetos na Índia. Iniciou um projeto para desenvolvimento de cobertura inovadora em produtividade para gado leiteiro. Avaliou, também, vários modelos para entrega do microsseguro, incluindo seguro de animais baseado na comunidade.

Herman Smit é Pesquisador Associado do Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Sua pesquisa teve relação, principalmente, com a área mais ampla de inclusão financeira e áreas mais específicas de sistemas de pagamentos no varejo, Combate à Lavagem de Dinheiro e ao Financiamento de Terrorismo (AML/CFT), e microsseguros. O foco do seu trabalho de pesquisa na África, Ásia e América Latina é a inovação na prestação de serviços financeiros para população de baixa renda. Antes de ingressar no Cenfri, lecionou Economia na London Varsity, na Cidade do Cabo, na África do Sul. Durante seus estudos nos Países Baixos, também estagiou na PricewaterhouseCoopers, em Amsterdã. Herman é Mestre em Economia (Universidade de Tilburg, Holanda), com especialização em Concorrência e Regulação, Bacherel *cum laude* em Econometria e Bacharel em Estatística (Universidade de Pretória, África do Sul).

Anja Smith é diretora do Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). É economista do desenvolvimento por formação, com experiência na política do setor financeiro e estratégia regulatória para o desenvolvimento, acesso a serviços financeiros e apoio a governos para fazer os mercados trabalharem em prol do pobre. Anja tem vasta experiência nas áreas de defesa do consumidor, educação financeira, regulação para desenvolvimento do mercado e distribuição de serviços financeiros obtida com seu trabalho na África e América Latina. Anja realizou inúmeros estudos sobre microsseguro, os mais recentes com foco na distribuição alternativa de microsseguro. Antes de ingressar no Cenfri em 2008, Anja passou três anos trabalhando na área de acesso a serviços financeiros da Genesis Analytics. Anja é Mestre em Economia (*cum laude*), Bacharel em Economia (*cum laude*) e Bacharel em Valor e Estudos Políticos (Universidade de Stellenbosch, África do Sul).

Roland Steinmann é consultor do MicroInsurance Centre. É Mestre em Ciências Ambientais (ETH Zurique, 1997) e Mestre em Pesquisa em Economia Internacional (IEP/Sciences Po, Paris, 2007). Seu recente trabalho em microsseguro o levou para Armênia, Bangladesh, Bósnia, Gana, Jordânia, Quênia, Filipinas, Vietnã e Cisjordânia. Como membro ativo da Microinsurance Network desde sua criação, codirige o grupo de trabalho sobre microsseguro agrícola. Roland também é autor de um manual para desenvolvimento de projetos eficientes de microsseguro. Antes de focar em microsseguro, adquiriu vasta experiência em seguro durante oito anos como subscritor na Swiss Re. Em 2008, cofundou a Iniciativa Seguro Comercial Justo, que promove soluções inovadoras em seguro para pequenos agricultores nos países em desenvolvimento.

Donna Swiderek trabalhou como associada atuarial na cooperativa de seguro vida no Canadá, onde se especializou em supervisão de cálculos de reservas, relatórios financeiros e testes de solvência dinâmica de 1990 a 2000. Obteve sua designação ASA em 1993. Depois de fazer uma pausa e dirigir um abrigo de saúde, voltou para o mundo atuarial como consultora independente na Denis Garand & Associates (DGA). Participou de inúmeros projetos e estudos em precificação, principalmente envolvendo produtos para invalidez.

Donna trabalha internacionalmente desde 2008. Faz palestras em conferências de microsseguro na Índia e no Cazaquistão e desenvolve várias oficinas de microsseguro e cursos de formação realizados em países, como, por exemplo, Quênia, Holanda e Filipinas. Como consultora de microsseguro, realiza avaliações para orga-

nizações na África do Sul, Sri Lanka e três ONGs em Bangladesh. Essa atribuição incluiu análise de preços, planejamento de negócios, marketing, gestão, análise financeira e atuarial e desenvolvimento de produtos para microsseguro saúde e vida.

Nashelo Tande começou sua carreira atuarial na Quindiem Consulting trabalhando nas áreas de seguro e finanças do desenvolvimento, o último incluindo a participação no campo de microsseguro e o desenvolvimento de regulação do seguro em mercados em desenvolvimento. Após a aquisição da Quindiem pela Ernst & Young, Nashelo passou a ocupar a função de Gestor Assistente na divisão de Serviços Atuariais da Ernst & Young na África. Suas atribuições são, principalmente, na área de seguros, onde é especialista em avaliação de passivo circulante de seguros.

Clémence Tatin-Jaleran é consultora independente, trabalhando atualmente em várias organizações, incluindo o MicroInsurance Centre e na Denis Garand & Associates. Atuária por formação, passou dez anos trabalhando na área de seguros gerais, incluindo três anos em microsseguro. Trabalhou com instituições de microfinanças (IMFs), seguradoras, bancos rurais e outras organizações sem fins lucrativos em Bangladesh, na Bolívia, no Egito, na Índia, Indonésia, no Mali, Peru, nas Filipinas e no Vietnã. Enquanto tinha essas atribuições, fez avaliação de programas, pesquisa de mercado, desenvolvimento de produto (saúde, índice meteorológico, vida), projeto de treinamento e entrega, projeções de preços e financeiras para programas de microsseguro. Clémence é Mestre em Ciências Financeiras e Atuariais pelo Financial and Insurance Sciences Institute de Lyon, na França. É membro do Instituto de Atuários, na França, e atuou como Membro da Assistência Técnica da OIT na Facility Inovação em Microsseguro na Índia, em 2009 e 2010.

John Wipf é consultor em desenvolvimento de microsseguro. Trabalha com microsseguro desde 1992 (meio período) e desde 1998 trabalha período integral. Ingressou na Denis Garand & Associates (DGA) em 2005. Antes de se mudar para as Filipinas em 1997, John trabalhou por 12 anos nos Departamentos Grupo Atuarial e Atuarial Corporativo na Co-operators Life Insurance Company, Ltd., no Canadá. Em termos internacionais, trabalhou em missões em vários países, inclusive Bangladesh, Camboja, China, Fiji, Gana, Índia, Indonésia, Quênia, Nepal, Timor-Leste e Vietnã. Como consultor em desenvolvimento do microsseguro, trabalhou em estudos de viabilidade/planejamento de negócios, pesquisas de demanda de mercado, desenvolvimento de produto, preços, análise financeira e atuarial, sistemas de administração do desenvolvimento, resseguro do desenvolvimento e *software* atuarial, desenvolvimento de materiais de treinamento de microsseguro, gestão de projetos e em outras áreas. John é membro do grupo de trabalho sobre indicadores de desempenho da Microinsurance Network e é coautor de vários artigos e matérias publicados sobre temas de microsseguro.

Mary Yang trabalhou como atuária e consultora em benefícios de aposentadoria global na Towers Perrin and Hewitt Associates por 12 anos antes de entrar para a Facility Inovação em Microsseguros da OIT. Mary tem experiência no trato de questões internacionais de recursos humanos e realizou projetos em vários países sobre uma gama de tópicos em recursos humanos, incluindo política de benefícios, desenvolvimento, avaliação e gestão de riscos. Mary é membro da Sociedade de Atuários nos Estados Unidos e tem MBA pelo INSEAD (França), e também é Bacharel em Ciências Atuariais pela Universidade de Illinois.

Emily Zimmerman é associada de pesquisa na EA Consultants e no MicroInsurance Centre. Contribui para o projeto MILK, uma iniciativa para compreender o valor para os clientes de produtos de microsseguro e caso comercial de microsseguro. Emily também realiza pesquisas sobre vários temas acerca do desenvolvimento e da venda de microsseguro e outros produtos financeiros. Anteriormente, trabalhava como advogada para duas grandes empresas multinacionais, nas quais o foco de seu trabalho era capital e financiamento de dívida, fusões e aquisições, e gestão de investimentos.

Bibliografia

Access to Insurance Initiative. 2011. *Inside the Initiative: Enhancing regulatory and supervisory capacity, growing financial inclusion and advancing insurance markets* (Eschborn, Germany).

Acharya, A. 2011. *Do social health insurance schemes in developing country settings improve health outcomes and reduce the impoverishing effect of healthcare payments for the poorest people? A systematic review* (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

ACORD. Insurance Data Standards, em: http://www.acord.org/Pages/default.aspx.

Adelhardt, M. 2009. Partners for Health. Comunicação pessoal, ago.

Aggarwal, A. 2010. "Impact evaluation of India's 'Yeshasvini' community-based health insurance programme", em *Health Economics,* Vol. 19, Supplement No. 1, p. 5–35.

—. 2011. *The viability of microinsurance,* ILO Microinsurance Innovation Facility Webinar Series 3, em: http:// www.youtube.com/watch?v=-ObIJr4Vl18 [24 Nov 2011].

Agricultural Insurance Company of India (AIC). 2010. *Annual Report 2009–2010,* em: http://www.aicofindia.com/AICEng/General_Documents/Statutory_Info/Stat_Archive/anual9-10/AR%202009-2010.pdf.

Agricultural Insurance Portal, em: www.agroinsurance.com.

—; Malawi Index Linked Crop Insurance Project, em: http://www.agroinsurance.com/en/products/weather_index/?pid=4755.

AGROASEMEX Mexico National Insurance Organisation (SHCP), Mexico, em: http://www.agroasemex.gob.mx/index.php/en.

Ahmed, M. U.; Islam, S.K.; Quashem, M.D.; Ahmed, N. 2005. *Health microinsurance: A comparative study of three examples in Bangladesh,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), Good and Bad Practices in Microinsurance, Case Study No. 13 (Geneva, ILO).

—; Ramm, G. 2006. "Meeting the special needs of women and children", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 130–144.

Ahmed, S.; Mbaisi, J.; Moko, D.; Ngonzi, A. 2005. "Health is wealth: How low-income people finance health care", em *Journal of International Development,* Vol. 17, No. 3, p. 383–396.

Ahuja, R.; Narang, A. 2005. "Emerging trends in health insurance for low-income groups", em *Economic and Political Weekly,* Vol. 40, No. 38, p. 4151–4157.

Akhilandeswari, J.; Patankar, M. 2010. *Innovative microinsurance distribution: The case of pioneer seeds in India* (CIRM, Chennai, India).

Alemyda, G.; de Paula Jaramillo, F. 2005. *La Equidad Seguros Colombia,* CGAP Working Group on Good and Bad Practices Case Study No. 12 (CGAP, Washington, D.C.).

Aliber, M. 2003. *South African microinsurance case-study,* ILO Social Finance Working Paper No. 33 (Geneva, ILO).

Allianz Group. 2011. "Microinsurance", at: https://www.allianz.com/en/about_allianz/sustainability/microinsurance/index.html

Alvarez Tinajero, S.P. 2009. *Angola: A study of the impact of remittances from Portugal and South Africa,* IOM

Migration Research Series No. 39 (Geneva, International Organization for Migration).

Amuedo-Dorantes, C.; Sainz, T.; Pozo, S. 2007. *Remittances and healthcare expenditure patterns of populations in origin communities: Evidence from Mexico,* Working Paper 25 (Buenos Aires, Institute for the Integration of Latin America and the Caribbean).

Anagol, S.; Cole, S.A.; Sarkar, S. 2011. *Bad advice: Explaining the persistence of whole life insurance,* em: http://ssrn.com/abstract=1786624.

Angove, J.; Tande, N. 2011. *A business case for microinsurance: An analysis of the profitability of microinsurance for five companies,* Microinsurance Paper Series No. 11 (Geneva, ILO).

Arena, M. 2006. *Does insurance market activity promote economic growth? A cross-country study for industrialized and developing countries,* World Bank Policy Research Working Paper 4098 (Washington, D.C., World Bank).

Ariely, D. 2009. *Predictably irrational: The hidden forces that shape our decisions* (London, HarperCollins).

Armendáriz, B.; Morduch, J. 2010. *Economics of microfinance* (Cambridge, Massachusetts, MIT Press).

ARTEMIS. 2011. *Draft microinsurance standards and products approved in Philippines,* em: http://www.artemis.bm/blog/2011/01/05/draft-microinsurance-standards-productapproved-in-philippines/

Arun, T.G.; Steiner, S. 2008. *Microinsurance in the context of social protection,* Working Paper No. 55 (Brooks World Poverty Institute).

Asenso-Okyere, W.K.; Osei-Akoto, I.; Anum, A.; Appiah, E.N. 1997. "Willingness to pay for health insurance in a developing economy: A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation", em *Health Policy,* Vol. 42, No. 3, p. 223–237.

Asfar, R. 2003. *Internal migration and the development nexus: The case of Bangladesh* (Dhaka, Bangladesh Institute of Development Studies).

Asfaw, A. 2003. *Cost of illness, demand for medical care, and the prospect of community health insurance programs in the rural areas of Ethiopia* (Frankfurt).

—; **Von Braun, J.** 2005. "Innovations in health care financing: New evidence on the prospect of community health insurance schemes in the rural areas of Ethiopia", em *International Journal of Health Care Finance and Economics,* Vol. 5, No. 3, p. 241–253.

—; **Jütting, J.P.** 2007. "The role of health insurance in poverty reduction: Empirical evidence from Senegal", em *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 835–858.

Asgary, A.; Willis, K.; Taghvaei, A.; Rafeian, M. 2004. "Estimating rural house-holds' willingness to pay for health insurance", em *European Journal of Health Economics,* Vol. 5, No. 3, p. 209–215.

Ashraf, N.; Gons, N.; Karlan, D.; Wesley, Y. 2003. *A review of commitment savings products in developing countries,* Economic and Research Department Working Paper No. 45 (Manila, Philippines, Asian Development Bank).

—; **Karlan, D.; Yin, W.** 2006. "Tying Odysseus to the mast: Evidence from a commitment to savings product in the Philippines", em *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 121, No. 2, p. 673–697.

—; **Aycinena, D.; Martinez, C.A.; Yang, D.** 2010. *Remittances and the problem of control: A field experiment among migrants from El Salvador,* Working Paper (Harvard Business School, Francisco Marroquin University, University of Chile, University of Michigan).

Baidya, A.; Ruchismita, R. 2011. *Salt case study,* draft paper (Chennai, India, CIRM).

Balkenhol, B. 2010. *Microfinance in crisis, and the implications for microinsurance,* Innovation Flash No. 8 (Geneva, ILO), em: http://www.microinsurancefacility.org/sites/default/files/news8-en.pdf

Banerjee, A.; Deaton, A.; Duflo, E. 2004. "Health care delivery in rural Rajasthan", em *Economic and Political Weekly,* Vol. 39, No. 9, p. 944–949.

Baptistini, E. 2011. *The experience of a large insurance broker in selling and distributing mass insurance products across Brazil and Latin America,* paper presented at the 7th International Microinsurance Conference Rio de Janeiro, Brazil, 8–10 Nov.

Bärnighausen, T.; Liu, Y.; Zhang, X.; Sauerborn, R. 2007. "Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: A contingent valuation study", em *BMC Health Services Research,* Vol. 7, p. 114–130.

Barrett, C.; Carter, M.; Little, P. 2006. "Understanding and reducing persistent poverty in Africa", em *Journal of Development Studies,* Vol. 42, No. 2, p. 167–177.

Barrientos, A.; Holmes, R. 2007. *Social Assistance in Developing Countries Database Version 3.0* (Manchester and London, Brooks World Poverty Institute, Overseas Development Institute).

Barros, R. 2008. *Wealthier but not much healthier: Effects of a health insurance program for the poor in Mexico* (Palo Alto, CA, Stanford University Department of Economics).

Basu, P. 2006. *Improving access to finance for India's rural poor,* Directions in Development No. 36448 (Washington, D.C., The World Bank).

Bauchet, B.; Dalal, A.; Mayasudakar, P.; Morduch, J.; Radermacher, R. Forthcoming. *Can insurers improve healthcare quality? Evidence from a community microinsurance scheme in India* (New York, New York University, Robert F. Wagner School of Public Service).

Bayoumi, A. 2004. "The measurement of contingent valuation for health economics", em *Pharmacoeconomics,* Vol. 22, No. 11, p. 691–700.

Begg, C.B.; Mazumdar, M. 1994. "Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias", em *Biometrics,* Vol. 50, p. 1088–1101.

Begg, D.; Fischer, S.; Dornbusch, R. 2000. *Economics* (London, The McGraw-Hill Companies).

Bertrand, M.; Karlan, D.; Mullainathan, S.; Shafir, E.; Zinman, J. 2010. "What's advertising content worth? Evidence from a consumer credit marketing field experiment", em *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 125, No. 1, p. 263–305.

Bester, H.J.; Chamberlain, D.; Hawthorne, R.; Malherbe, S.; Walker, R. 2003. *Making insurance markets work for the poor in South Africa, Botswana, Namibia, Lesotho and Swaziland: Scoping study* (Bellville, South Africa, FinMark Trust), em: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D.; Short, R.; Walker, R.; Smith, A.** 2006. *Brokering change in the low-income insurance market: Threats and opportunities to the intermediation of microinsurance in South Africa,* A document prepared for FinMark (Bellville, South Africa, FinMark Trust), em: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D; Hougaard, C.** 2008a. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision. Synthesis report of the five country studies for Colombia, India, the Philippines, South Africa and Uganda* (IAIS/CGAP Joint Working Group on Microinsurance), em: www.cenfri.org.

—; **Smith, A.; Hendrie, S.; Rukondo, M.** 2008b. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: South Africa study* (Bellville, South Africa, FinMark Trust), em: www.cenfri.org. —;

Chamberlain, D.; Hougaard, C. 2009. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D.; Hougaard, C.; Smit, H.** 2010. *Microinsurance in Brazil: Towards a strategy for market development* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

Bhatiaa, M. R. 2005. "From evidence to calibration for starting point bias: willingness to pay for treated mosquito nets in Gujarat, India", em *Journal of Applied Economics,* Vol. 37, No. 1, p. 1–7.

Binam, J. ; Nkama, A.; Nkenda, R. 2004. *Estimating the willingness to pay for community health prepayment schemes in rural area: A case study of the use of contingent valuation surveys in central Cameroon* (Yaounde, Institute of Agricultural Research for Development).

Bird, E. 2001. "Does the welfare state induce risk-taking?", em *Journal of Public Economics,* Vol. 80, p. 357–383.

Biswas, S.; Devi, R. 2008. "Making health insurance work", em *ICFAI Journal of Risk and Insurance,* Vol. 5, No. 1, p. 50–59.

Blanchard-Horan, C. 2007. "Health microinsurance in Uganda: Affecting malaria treatment seeking behavior", em *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 765–789.

Bonnevay, S.; Dror, D.; Duru, G.; and Lamure, M. 2002. "A model of microinsurance and reinsurance", em D. Dror, D. and A. Preker (eds): *A new approach to sustainable community health financing* (Washington, D.C. and Geneva, World Bank and ILO), p. 153–186.

Boucher, S.; Carter, M.; Guirkinger, C. 2008. "Risk rationing and wealth effects in credit markets: Theory and implications for agricultural development", em *American Journal of Agricultural Economics* Vol 90, No. 2, p. 409–423.

Brainard, L. 2008. *What is the role of insurance in economic development?,* Zürich Government and Industry Affairs Thought Leadership Series (Zürich).

Braine, T. 2006. "Countries test new ways to finance health care", em *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 84, No. 11, p. 844–845.

Brown, W.; Churchill, C. 2000. *Insurance provision in low-income communities, Part II: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor,* Micro-Enterprise Best Practices Series (Bethesda, Maryland, Development Alternatives Inc.).

Brugiavini, A.; Pace, N. 2010. *Extending health insurance: Effects of the National Health Insurance Scheme in Ghana,* Background Paper to the European Report on Development 2010, apresentado em Dakar, 27–30 jun., 2010.

Bureau of Meteorology (BOM), Australia, em: http://www.bom.gov.au/.

Burks, R. 2009. *A harsh reality for Mongolia's herders,* em: http://www.mercycorps.org/rogerburks/blog/16302 [8 Sept. 2009].

Burns, C.; Caceres, A. 2010. *Product and delivery regulation in Peru,* trabalho apresentado na the International Conference on Enabling Microinsurance Markets: Overcoming the challenges for the insurance industry, regulators and supervisors, Berlin, maio.

—; **Dalal, A.** 2010. *Explaining insurance: Implementing consumer education in CARE-India's Insure Lives and Livelihoods Program* (New York, Financial Access Initiative Case Study).

Caceres M.; Zuluaga, S. 2008. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: Colombia study* (PrimAmerica).

Cai, H.; Chen, Y.; Fang, H.; Zhou, L. 2009. *Microinsurance, trust and economic development: Evidence from a randomized natural field experiment,* Penn Institute for Economic Research (PIER) Working Paper No. 09–34 (Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Department of Economics).

Callan. M. 2010. *Motion for a resolution on the outcome of the Copenhagen Conference on Climate Change (COP 15),* em: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2010-0070+0+DOC+XML+V0//EN [3 Feb. 2010].

Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF), Jamaica, em: http://www.ccrif.org/

Carrera, S.; Merlino, M. 2009. *Undocumented immigrants and rights in the EU: Addressing the gap between social science research and policy-making in the Stockholm Programme?* (Centre for European Policy Studies).

Carter, M. 1997. "Environment, technology and the social articulation of risk in West African agriculture", em *Economic Development and Cultural Change,* Vol. 45, No. 2, p. 557–590.

—; **Barrett, C.B.** 2006. "The economics of poverty traps and persistent poverty: An asset-based approach", em *Journal of Development Studies,* Vol. 42, No. 2, p. 178–199.

—; **Cheng, L.; Sarris, A.** 2010. *The impact of interlinked index insurance and credit contracts on financial market deepening and small farm productivity,* Working Paper (University of Montana).

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Belgium, em: http://cred.be/

Centre for Insurance and Risk Management (CIRM). 2011. *Baseline report. Smallholder access to weather securities: Demand and impact on consumption and product decision* (Chennai, India), em: http://www.cirm.in/images/baseline-report.pdf

Chamberlain, D.; Ncube, S.; Chelwa, G.; Smit, H. 2011. *Insurance products standards to reach low-income consumers in South Africa: Help or hindrance? A review of the experience of Mzansi and Zimele insurance product standards* (Bellville, South Africa, Cenfri), at: www.cenfri.org.

Chankova, S.; Sulzbach, S.; Diop, S. 2008. "Impact of mutual health organizations: Evidence from West Africa", em *Health Policy and Planning,* Vol. 23, No. 4, p. 264–276.

Chatterjee, M. 2005. *Microinsurance: A note on the state of the art* (SEWA, India).

Chee, G.; Smith, K.; Kapinga, A. 2002. *Assessment of the Community Health Fund in Hanang district, Tanzania,* Partners for Health Reformplus Project (Bethesda, MD, Abt Associates, Inc).

Chen, T.; Comfort, A.; Bau, N. 2008. *Implementing health insurance through micro-credit: A case study of SKS Microfinance, India* (Chennai, India, IFMR).

Chizari, M.; Yaghoubi, A.; Lindner, J. 2003. "Perceptions of rural livestock insurance among livestock producers and insurance specialists in Isfahan Province, Iran", em *Journal of International Agricultural and Extension Education,* Vol. 10, No. 1, p. 37– 42.

Choi, J.; Laibson, D.; Madrian, B. 2009. "Reducing the complexity costs of 401(k) Participation Through Quick Enrollment™", em D. A. Wise (ed.): em *Developments in the Economics of Aging,* (University of Chicago Press), p. 57–82.

Christensen, C.M. 2003. *The innovator's dilemma: The revolutionary book that will change the way you do business* (Collins Business Essentials).

Chuma, J.; Gibson, L.; Molyneux, C. 2007. "Treatment-seeking behavior, cost burdens and coping strategies among rural and urban households in coastal Kenya: An equity analysis", em *Tropical Medicine and International Health,* Vol. 12, No. 5, p. 673–686.

Churchill C.; Liber, D.; McCord, M.J.; Roth, J. 2003. *Making insurance work for microfinance institutions: A technical guide to developing and delivering microinsurance* (Geneva, ILO).

Churchill, C. 2006. "What is insurance for the poor?", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 12–24.

—; **de Grandchant, H.** *Zurich Bolivia: Partnerships for success,* em: http://www.zurich.com/NR/rdonlyres/5EC70636-CBA9-4C3A-8161-365B1C9E86AA/0/Zurich Boliviacase.pdf.

—; **Cohen, M.** 2006. "Marketing microinsurance", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 12–24.

—; **Leftley, R.** 2006. "Organization development in microinsurance", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 270–287.

—. 2007. "Insuring the low-income market: Challenges and solutions for commercial insurers", em *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice,* Vol. 32, No. 3, p. 401–412.

Cichon, M.; Scholz, W. 2009. "Social security, social impact and economic performance: A farewell to three famous myths", em P. Townsend (ed.): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Geneva and Basingstoke, ILO and Palgrave Macmillan), p. 80–98.

Ciriacy-Wantrup, S.V. 1947. "Capital returns from soil conservation practices", em *Journal of Farm Economics,* Vol. 29, No. 4, p. 494.

Clarke, D. J. 2011. *A theory of rational demand for index insurance,* Economics Series Working Papers 572 (University of Oxford, Department of Economics).

Cohen, M.; McCord, M.J.; Sebstad, J. 2003. *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa* (Nairobi, Microsave).

Cohen, M.; Sebstad, J. 2005. "Reducing vulnerability: The demand for microinsurance", em *Journal of International Development,* Vol. 17, No. 3, p. 397–474.

—. 2006. "The demand for microinsurance", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 25–44.

—. 2009. *Making microinsurance work for clients,* Microinsurance Centre Briefing Note No. 3, em: www.microinsurance.org. [13 jul. 2009].

Cole, S.; Gine, X.; Tobacman, J.; Topalova, P.; Townsend, R.; J. Vickery. 2010. *Barriers to household risk management: Evidence from India,* Harvard Business School Working Paper, No. 09-116 (Harvard, MA, Harvard Business School).

Collins, D.; Morduch, J.; Rutherford, S.; Ruthven, O. 2009. *Portfolios of the poor: How the world's poor live on $2 a day* (Princeton, N.J., Princeton University Press).

Consultative Group to Assist the Poor (CGAP). 2000. *Microfinance and risk management: A client perspective,* Focus Note No. 17 (Washington, D.C., World Bank).

—. 2010. *Andhra Pradesh 2010: Global implications of the crisis in Indian microinsurance,* Focus Note No. 67 (Washington, D.C., World Bank).

Contreras, J.L. 2009. *Microinsurance: Breaking the paradigm* (Munich, Munich Re Foundation).

Corbett, J.D. 2006. *Making climate-related insurance work in Africa: Targeting and monitoring micro-insurance programmes* (Nairobi, Kenya, Mudsprings/COP12).

Cowley, A.; Ehrbeck, T. 2007. "Health insurance for the poor: Leveraging India's unique strengths", em *Sustainable Health Insurance: Global perspectives for India* (McKinsey and Company), p. 30–42.

Coydon, M.; Molitor, V. 2011. *Commercial insurers in microinsurance,* Microinsurance Network Study No. 1 (Luxembourg, Microinsurance Network).

Crayen, D.; Hainz, C.; Ströh de Martinez, C. 2010. *Remittances, banking status and the usage of insurance schemes* (University of Tuebingen, Ifo Institute for Economic Research, CESifo and WDI, Free University of Berlin).

Criel, B.; Kegels, G. 1997. "A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda District, Zaire: lessons and questions after 10 years of functioning", em *Tropical Medicine and International Health,* Vol. 2, No. 7, p. 654–672.

—. 1998. *District-based health insurance in sub-Saharan Africa (Part II: Case studies),* Studies in Health Services Organization and Policy, No. 10 (Antwerp, Institute of Tropical Medicine).

—; **Van der Stuyft, P.; Van Lerberghe, W.** 1999. "The Bwamanda hospital insurance scheme: Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns", em *Social Science and Medicine,* Vol. 48, No. 7, p. 897–911.

De Allegri, M.; Sanon, M.; Bridges, J.; Sauerborn, R. 2006. "Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa", em *Health Policy,* Vol. 76, No. 1, p. 58–71.

De Bruyn, T.; Wets, J. 2006. *Remittances in the Great Lakes Region,* IOM Migration Research Series No. 2 (Geneva, International Organization of Migration).

de Neubourg, C. 2009. "Social protection and nationbuilding: an essay on why and how universalist social policy contributes to stable nation-states", em P. Townsend (ed.): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Geneva and Basingstoke, ILO and Palgrave Macmillan), p. 63–79.

Dekker, M.; Wilms, A. 2009a. *Can health insurance be the magic bullet? The case of Microcare in Uganda* (Netherlands, African Studies Center Info Sheet).

—. 2009b. "Health insurance and other risk-coping strategies in Uganda: The case of Microcare insurance", em *World Development,* Vol. 38, No. 3, p. 369–378.

Delgado, C.; Rosegrant, M.; Steinfeld, H.; Ehui, S.; Courbois, C. 1999. "Livestock to 2020: The next food revolution", em *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment,* No. 61.

Department of India Post, em: http://www.postallife-insurance. gov.in/

Department of Information Technology, India. 2011. http://www.mit.gov.in/.

Dercon, S.; Bold, T.; De Weerdt, J.; Pankhurst, A. 2004. *Extending insurance? Funeral associations in Ethiopia and Tanzania,* OECD Development Centre Working paper No. 240 (Paris, OECD).

—; **Hoddinott, J.; Woldehanna, T.** 2005. "Consumption and shocks in 15 Ethiopian Villages, 1999–2004", em *Journal of African Economies* Vol. 14, No. 4, p. 559–585.

—. **(ed.).** 2005. *Insurance against poverty* (Oxford, Oxford University Press).

—. 2006. "Group-based funeral insurance in Ethiopia and Tanzania", em *World Development,* Vol. 34, No. 4, p. 685–703.

—; **Hoddinott J.; Krishan. P; Woldehanna, T.** 2008. *Collective action and vulnerability: Burial societies in rural Ethiopia,* CAPRI Working Paper No. 83 (International Food Policy Research Institute (IFPRI)).

—; **Kirchberger, M.** 2008. *Literature review on microinsurance,* Microinsurance Paper Series No. 1 (Geneva, ILO).

––; **Gilligan, D.O.; Hoddinott, J.; Woldehanna, T.** 2009. "The impact of agricultural extension and roads on poverty and consumption growth in fifteen Ethiopian villages", em *American Journal of Agricultural Economics,* Vol. 91, No. 4, p. 1007–1021.

—. 2011. *Social protection, efficiency, and growth,* CSAE Working Paper 2011–17 (Centre for the Study of African Economics, University of Oxford).

—; **Gunning, J.W.; Zeitlin, A.** 2011. *The demand for insurance under limited credibility: Evidence from Kenya,* em: http://www.aae.wisc.edu/mwiedc/papers/2011/Zeitlin_Andrew.pdf

Derriennic, Y.; Wolf, K.; Kiwanuka-Mukiibi, P. 2005. *An assessment of community-based health financing activities in Uganda,* The Partners for Health Reformplus Project (Bethesda, MD, Abt Associates).

Desvousges, W.; Smith, V.; Fisher, A. 1987. "Option price estimates for water quality improvements: a contingent valuation study for the Monongahela River", em *Journal of Environmental Economics and Management,* Vol. 14, No. 3, p. 248–267.

Devadasan, N.; MaNoharan, S.; MeNon, N.; MeNon, S.; Thekaekara, M.; Thekaekara, S. 2004. "ACCORD community health insurance: Increasing access to hospital care", em *Economic and Political Weekly,* Vol. 39, No. 28, p. 3189–3914.

—; **Ranson, K.; Van Damme, W.; Criel, B.** 2004. "Community Health Insurance in India. An overview", in *Economic and Political Weekly,* July 10.

—; **Criel, B.; Van Damme, W.; Ranson, K.; Van der Stuyft, P.** 2007. *Indian community health insurance schemes provide partial protection against catastrophic health expenditure,* BMC Health Services Research, Vol. 7, No. 43, em: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/43 [acesso em 25 de abril de 2011].

Development of Human Action (DHAN) Foundation. 2009. *DHAN Foundation Annual Report,* em: http://www.dhan.org/Downloads/annual_report_2009.pdf.

Dickersin, K. 1990. "The existence of publication bias and risk factors for its occurrence", em *Journal of the American Medical Association,* Vol. 263, No. 10, p. 1385–1389.

Dimitríjevics, A. 2007. *Mainstreaming gender into disaster recovery and reconstruction* (Washington, D.C., World Bank).

Diop, F.P.; Sulzbach, S.; Chankova, S. 2006. *The impact of mutual health organizations on social inclusion, access to health care and household income protection: Evidence from Ghana, Senegal and Mali,* Partners for Health Reformplus project (Bethesda, MD, Abt Associates).

Dodd, R.; Munck, L. 2002. *Dying for change: Poor people's experience of health and ill health* (Geneva, World Health Organization, World Bank, Voices of the Poor).

Dong, H.; Kouyate, B.; Cairns, J.; Mugisha, F.; Sauerborn, R. 2003. "Willingness-to-pay for communitybased insurance in Burkina Faso", em *Journal of Health Economics,* Vol. 12, No. 10, p. 849–862.

—. 2004. "The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso", em *Health Policy,* Vol. 69, No. 1, p. 45–53.

—. 2005. "Inequality in willingness-to-pay for community-based health insurance", em *Health Policy,* Vol. 72, No. 2, p. 149–15.

Drechsler, D.; Jütting, J. 2005. *Is there a role for private health insurance in developing countries? Documento de debate* 517 (Berlin, German Institute for Economic Research).

Dror, D.; Jacquier, C. 1999. "Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded", em *International Social Security Review,* Vol. 52, No. 1, p. 71.

—. 2001. "Reinsurance of health insurance for the informal sector", em *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 79, No. 7, p. 672–678.

—; **Preker, A.** 2002. "Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing", em D. Dror and A. Preker (eds): *A new approach to sustainable community health financing* (World Bank and ILO, Washington, D.C., and Geneva) p. 153–186.

—; **Soriano, E.; Lorenzo, M.; Sarol, J.; Azcuna, R.; Koren, R.** 2005. "Field-based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in the Philippines", em *Health Policy,* Vol. 73, No. 3, p. 263–271.

—; **Armstrong, J.** 2006. "Do micro health insurance units need capital or reinsurance? A simulated exercise to examine different alternatives", em *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice,* Vol. 31, No. 4, p. 739–761.

—; **Koren, R.; Steinberg, D.M.** 2006. "The impact of Filipino micro health insurance units on income-related equality of access to healthcare", em *Health Policy,* Vol. 77, No. 3, p. 304–317.

—; **Wiechers, T.** 2006. "The role of insurers and reinsurers in supporting insurance to the poor", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 524–544.

—. 2007. "Why 'one size fits all' health insurance products are unsuitable for low-income persons in the informal economy in India", em *Asian Economic Review,* Vol. 49, No. 1, p. 1–11.

—; **Radermacher, R.; Koren, R.** 2007. "Willingness to pay for health insurance among rural and poor persons: Field evidence from seven micro health insurance units in India", em *Health Policy,* Vol. 82, No. 1, p. 12–27.

—; **Radermacher, R.; R.; Khadilkar, S.; Schout, P.; Hay, F.; Sing, A.** 2009. "Microinsurance: Innovations in low-cost health insurance", em *Health Affairs,* Vol. 28, No. 6, p. 1788–1798.

Dror, I. 2007. "Demystifying micro health insurance package design. Choosing health plans all together (CHAT)", em *Microfinance Insights,* Vol. 4, p. 17–19.

—. 2008. "Community-based micro health insurance as an enabler of solidarity and self-help amongst poor communities", em *Microfinance Focus,* Vol. 2, No. 8.

—; **Jenkins, K.; Motegi, K.; Siltanen, J.** 2010. *A landscape study of microinsurance education* (Microinsurance Academy).

Dufhues, T.; Lemke, U.; Fischer, I. 2004. *Constraints and potential of livestock insurance schemes: A case study from Vietnam,* Discussion Paper No. 05 (Stuttgart, Germany, University of Hohenheim).

Duflo, E.; Kremer, M.; Robinson, J. 2009. *Nudging farmers to use fertilizer: Theory and experimental evidence from Kenya,* NBER Working Paper Series 15131 (National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA).

Duong, P.B.; Izumida, Y. 2002. "Rural development finance in Vietnam: A microeconomic analysis of household surveys", em *World Development,* Vol. 30, No. 2, p. 319–335.

The Economist. 2009. "Medical goes digital: Special report on health care and technology", 18 de abril, em: http://economist.com.

Edenhofer, O.; Wallacher, J.; Reder, M.; Lotze-Campen, H. 2010. *Global yet equitable: Combating climate change, enabling development* (Munich, Germany, Munich Re Foundation).

Elbers, C.; Gunning, J.W.; Kinsey, B. 2007. "Growth and risk: Methodology and micro evidence", em *The World Bank Economic Review,* Vol. 21, No. 1, p. 1–20.

Enarsson, S.; Wiren, K. 2006. *ALMAO and Yasiru,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP) Good and Bad Practices in Microinsurance Case Study No. 21 (Geneva, ILO).

Ezemenari, K.; Chaudhury, N.; Owens, J. 2002. *Gender and risk in the design of social protection interventions,* Social Safety Net Primers Series (Washington, D.C., World Bank).

Fafchamps, M.; Minten, B. 2008. "Insecurity and welfare: Evidence from county data", em *Journal of Development Studies,* Vol. 56, No. 6, p. 831–863.

FinMark Trust. 2009. *FinScope South Africa 2009 survey,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), em: www.finscope.co.za.

—. 2011. *Ghana 2011 FinScope results,* em: www.finscope.co.za [Sept. 2011].

Financial Sector Deepening Kenya (FSD Kenya). 2009. *FinAccess National Survey 2009: Dynamics of Kenya's changing financial landscape* (Nairobi, Kenya).

Financial Services Authority (FSA) UK. 2007. *Treating customers fairly: Measuring outcomes* (UK, Financial Services Authority).

Fitzpatrick, A.; Magnoni, B.; Thornton, R. 2011. *Microinsurance utilization in Nicaragua: A report on effects on children, retention and health claims,* Microinsurance Innovation Facility Research Paper No. 5 (Geneva, ILO).

Flaming, M.; Owino, A.; Mckee, K.; Jentzsch, N.; di Castri, S.; Maina, B.; Ochleng, M.; Collins, D.; Ahem, B. 2011. *Consumer protection diagnostic study: Kenya* (Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), FSD Kenya, and Ministry of Finance Kenya).

Fonteneau, B.; Galland, B. 2006. "The communitybased model: Mutual health organizations in Africa", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 378–400.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). 2009. *The state of food and agriculture: Livestock in the balance* (Rome), em: http://www.fao.org/docrep/012/i0680e/i0680e.pdf.

Franco, L.M.; Diop, F.P.; Burgert, C.; Kelley, A.G.; Makinen, M,; Siampara, C.H.T. 2008. "Effects of mutual health organizations on use of priority health care services in urban and rural Mali: A case-control study", em *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 86, No. 11, p. 830–838.

Frenk, J. 2006. "Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico", em *The Lancet,* Vol. 368, No. 9539, p. 954–961.

Fuller, M. 2011. *Utilising technology to improve customer service and efficiency in microinsurance programmes,* presented at 7th International Microinsurance Conference, 10 Nov., 2011, em: http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/6AE7F64A-EBE2-4DA4-B754-F4740279601E/0/S5_MIC2011_Presentation_Fuller_New.pdf

G-20 Communique. 2010. "Meeting of the Finance Ministers and Central Bank Governors, Busan, Republic of Korea, June 5, 2010", em: http://media.ft.com/cms/422d6406-7093-11df-96ab-00144feabdc0.pdf.

Gakidou, E.; Lozano, R.; Gonzalez-Pier, E.; Abbot-Klafter, J.; Barofsky, J. T.; Bryson-Cahn, C.; Feehan, D. M.; Lee, D. K.; Hernandez-Llamas, H.; Murray, C. J. L. 2006. "Assessing the effect of the 2001–2006 Mexican health reform: An interim report card", em *The Lancet,* Vol. 368, p. 1920–1935.

Galarraga, O.; Sosa-Rubi, S. G.; Salinas, A.; Sesma, S. 2008. *The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico: A model with an endogenous treatment variable,* Health Econometrics and Data Group Working Paper 08/12 (York, UK, University of York).

Gallup. 2011. *Mobile phone access varies widely in Sub-Saharan Africa.* Disponível em http://www.gallup.com/poll/149519/Mobile-Phone-Access-Varies-Widely-Sub-Saharan-Africa.aspx [Nov. 2011].

Ganzach, Y.; Karsahi, N. 1995. "Message framing and buyer behavior: A field experiment", em *Journal of Business Research,* Vol. 32, No.1, p. 11–17.

Garand, D.; Wipf, J. 2006. "Risk and financial management", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 254–269.

Garcia, B.A.; Gruat, J.V. 2003. *Social protection: A lifecycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development* (Geneva, ILO).

Gaurav, S.; Cole, S.; Tobacman, J. 2011. *Marketing complex financial products in emerging markets: Evidence from rainfall insurance in India,* Microinsurance Innovation Facility Working paper 1-2011 (Geneva, ILO).

Gehrke, E. 2009. *Sozialpolitik und Mikroversicherung: Das Fallbeispiel Ghana* (Cologne University).

—. 2011. *Can micro-insurance cover natural risks?* (Bonn, German Development Institute).

The Geneva Association. 2009. *The insurance industry and climate change – Contribution to the global debate,* The Geneva Reports – Risk and Insurance Research No. 2 (Geneva).

Gerelle, E.; Berende, M. 2008. *Technology for microinsurance,* Microinsurance Paper Series No. 4 (Geneva, ILO).

Gertler, P.; Levine, D.; Moretti, E. 2009. "Do microfinance programs help families insure consumption against illness?", em *Health Economics,* Vol. 18, No. 3, p. 257–273.

Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2009. *Remittances and social protection* (Eschborn, Germany).

Gine, X.; Townsend, R.; Vickery, J. 2008. "Patterns of rainfall participation in rural India", em *The World Bank Economic Review,* Vol. 22, No. 3, p. 539–566.

—; **Yang, D.** 2007. *Insurance, credit and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi,* World Bank Policy Research Working Paper No. 4425 (Washington, D.C.).

—. 2009. "Insurance, credit, and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi", em *Journal of Development Economics,* Vol. 89, No. 1, p. 1–11.

GlobalAgRisk. 2009. http://www.globalagrisk.com/.

Global Facility for Disasters Reducation and Recovery (GFDRR). 2011. *Enhancing crop insurance in India* (Washington, D.C., GFDRR and World Bank,).

Global Partnership for Financial Inclusion (GPFI) and CGAP. 2011. *Global standard-setting bodies and financial inclusion for the poor: Toward proportionate standards and guidance,* White Paper prepared by CGAP on behalf of the G-20's Global Partnership for Financial Inclusion (CGAP, Washington, D.C.).

Gnawali, D. P.; Pokhrel, S.; Sie, A.; Sanon, M.; de Allegri, M.; Souares, A.; Dong, H.; Sauerborn, R. 2009. "The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso", em *Health Policy,* Vol. 90, No. 2, p. 214–222.

Gomez, J.C. 2007. *Microinsurance regulatory and supervisory framework – The Peruvian case,* paper presented at the 3rd International Microinsurance Conference, Mumbai, Nov. 2007.

Goslinga, R. 2011. Syngenta Foundation. Entrevista por telefone, 19 set. **Govindarajan, V.; Trimble, C.** 2005. *Ten rules for strategic innovators: From idea to execution* (Harvard Business Press).

Grace, M.E.; Scott, H. 2009. "An optional federal charter for insurance: Rationale and design", em M.E. Grace and R.W. Klein (eds): *The future of insurance regulation in the United States* (Washington, D.C., Brookings Institution Press).

Gradl, C.; Herrndorf, M.; Knobloch, C.; Sengupta R. 2010. *Learning to insure the poor* (Zürich, Allianz).

Greifeneder, R. 2008. *The effect of having too much choice, unpublished dissertation* (Berlin, Germany, Humboldt University).

Gross, P. 2011a. *New frontiers in microinsurance distribution,* ILO Microinsurance Innovation Facility Webinar Series 2, em: http://www.youtube.com/watch?v=tgDoan5kWFI [13 de julho de 2011].

—. 2011b. *Reaching the poor at scale through mobile phones,* presented at the 7th Annual International Microinsurance Conference, Rio de Janeiro, Brazil, 9 Nov., 2011.

Gruber, J. 2007. *Public finance and public policy* (New York, Worth Publishers).

Gumber, A. 2001. *Hedging the health of the poor: The case for community health financing in India,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28875 (Washington, D.C., World Bank).

Gustafsson-Wright, E.; Asfaw, A.; van der Gaag, J. 2009. "Willingness to pay for health insurance: An analysis of the potential market for new low-cost health insurance products in Namibia", em *Social Science & Medicine,* Vol. 69, No. 9, p. 1351–1359.

Güth, W. 2007. *(Non-) Behavioural Economics – A programmatic assessment,* Jena Economic Research Paper No. 2007-099 (Max Planck Institute of Economics, Center for Economic Studies and Ifo Institute for Economic Research).

Hadi, A. 2001. "Promoting health knowledge through micro-credit programmes: Experience of BRAC in Bangladesh", em *Health Promotion International,* Vol. 16, No. 3, p. 219–227.

Haiss, P.; Sumegi. K. 2008. "The relationship between insurance and economic growth in Europe: A theoretical and empirical analysis", em *Empirica,* Vol. 35, No. 4, p. 405–431.

Hamid, S.A.; Roberts, J.; Mosley, P. 2010. *Can micro health insurance reduce poverty?* Evidence from Bangladesh, Sheffield Economic Research Paper Series 2010001 (Sheffield University).

Hansen, J.D.; Kyser, D.A. 1999. "Taking behavioralism seriously: The problem of market manipulation", em *New York University Law Review* Vol. 74 p. 630–749.

Harmeling, S. 2010a. Zurich Bolivia-Bancosol, estudo de caso, ILO Microinsurance Facility (Geneva, ILO).

—. 2010b. *Estudo de caso: Max Vijay insurance product,* International Case Method Institution (Geneva, ILO).

Hazell, P. 1992. "The appropriate role of agricultural insurance in developing countries", em *Journal of International Development,* Vol. 4, p. 567–581.

—; **Anderson, J.; Balzer, N.; Hastrup Clemmensen, A.; Hess. U.; Rispoli, F.** 2010. *The potential for scale and sustainability in weather index insurance for agriculture and rural livelihoods* (Rome, International Fund for Agricultural Development, World Food Programme).

Heckman, J. J.; Smith, J.; Clements, N. 1997. "Making the most out of programme evaluations and social experiments: Accounting for heterogeneity in programme impacts", em *Review of Economic Studies,* Vol. 64, No. 4, p. 487–535.

Heffernan, C.; Misturelli, F.; Pilling, D. 2003. *Livestock and the poor: Findings from Kenya, India and Bolivia* (London, Animal Health Programme, Department for International Development).

Hellmuth, M.E.; Moorhead, A.; Thomson, M.C.; Williams, J. (eds). 2007. *Climate risk management in Africa: Learning from practice,* Climate and Society No. 1 (New York, International Research Institute for Climate and Society).

—. 2009. *Index insurance and climate risk: Prospects for development and disaster management,* Climate and Society No. 2 (New York, International Research Institute for Climate and Society).

Herbas, J. C. 2009. "BancoSol's Microinsurance Programs", Microfinance Network: Microinsurance Working Group Conference Call.

Herbold, J. 1999. *New approaches to agricultural insurance in developing economies,* Finance for food (Frankfurt am Main, KFW).

—. 2010. "Crop insurance in developing economies: The insurers' and reinsurers' perspective", em *The International Journal for Rural Development,* Vol. 4, p. 14–18.

––. 2011. *Climate change and agriculture insurance: Industry vulnerability and implications for scaling up innovations: The (re)insurer's perspective,* apresentado na FARMD annual Conference, Zürich, 9–10 June, 2011.

Hintz, M. 2010a. "Understanding the context is understanding the impact: Evidence from a qualitative microinsurance impact survey in Indonesia", em E. Morelli et al. (eds): *Microinsurance – An innovative tool for risk and disaster management* (Davos, Global Risk Forum).

—. 2010b. *Micro-impact: Deconstructing the complex impact process of a simple microinsurance product in Indonesia* (Passau, University of Passau).

Holzmann, R.; Jørgensen, S. 2000. *Social risk management: A new conceptual framework for social protection and beyond* (Washington, D.C., World Bank).

Hougaard, C.; Chamberlain, D.; Aseffa, Y. 2009. *Towards a strategy for microinsurance development in Zambia: A market and regulatory analysis* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org

—; **Chelwa, G.; Swanepoel, A.** 2011. *Swaziland microinsurance diagnostic* (Access to Insurance Initiative and FinMark Trust).

Impact Working Group of the Microinsurance Network. 2011a. *The practical guide to impact assessments of microinsurance,* em: http://microinsurancenetwork.org/publication/fichier/MIN_Publication__Impact_Practical Guide_V1_2010.pdf [acesso em 2 de abril de 2011].

—. 2011b. *Stocktaking initiative: Ongoing impact assessments of microinsurance,* em: http://www.microinsurancenetwork.org/workinggroup/impact/stocktaking.php [acesso em 2 de outubro de 2011].

Institute of Development Studies. 2009. *Accounts of crisis: Poor people's experience of the food, fuel and financial crises in five countries* (Brighton, UK).

Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA), India. 2008. Em: http://www.irda.gov.in

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 2007. *Climate Change 2007: The physical science basis,* IPCC WGI Fourth Assessment Report (Geneva).

—. 2011. *Special report on managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation* (Stanford, CA, WMO, UNEP).

International Association of Insurance Supervisors (IAIS). 2007. *Issues in regulation and supervision of microinsurance* (Basel, Switzerland).

—. 2010. *Issues paper on the role, regulation and supervision of mutuals, cooperatives and other community-based organizations in increasing access to insurance markets* (não publicado) (Basel, Switzerland).

International Fund for Agriculture Development (IFAD). 2004. *Livestock services and the poor. A global initiative: Collecting, coordinating and sharing experiences* (Rome).

International Labour Organization (ILO). 2008. *Social health protection. An ILO strategy towards universal access to healthcare,* Social Security Policy Briefings, Paper 1 (Geneva).

—. 2010. *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond* (Geneva).

ILO Microinsurance Innovation Facility. 2011. *Annual Report 2010* (Geneva, ILO), em: http://www.ilo.org/public/english/employment/mifacility/download/annual/annualreport2010_en.pdf

International Monetary Fund (IMF). 2010. *World Economic Outlook Database,* em: http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weorept.aspx?pr.x=31&pr.y =11&sy=2009&ey=2009&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c=369&s=LP&grp=0&a=

Ito, S.; Kono, H. 2010. "Why is take-up of microinsurance so low? Evidence from a health insurance scheme in India", em *The Developing Economies,* Vol. 48, No. 1, p. 74–101.

Iturrioz, R. 2009. *Agricultural insurance,* Primer Series on Insurance Issue 12 (Washington, D.C., International Bank for Reconstruction and Development, World Bank).

Iyengar, S.S.; Lepper, M.R. 2000. "When choice is demotivating: Can one desire too much of good thing?", em *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 79, No. 6, p. 995–1006.

Jianakoplos, N.A.; Bernasek, A. 1998. "Are women more risk averse?", em *Economic Inquiry,* Vol. 36, p. 620–630.

Johnson S. 2004. "'Milking the elephant': Financial markets as real markets in Kenya", em *Development and Change,* Vol. 35, No. 2, p. 247–274.

Joseph, C.; Ruchismita, R. 2010. *Livestock case study, draft paper* (Chennai, India, CIRM).

Jowett, M.; Deolalikar, A.; Martinsson, P. 2004. "Health insurance and treatment seeking behavior: evidence from a low-income country", em *Health Economics,* Vol. 13, p. 845–857.

Jütting, J. 2002. *Social risk management in rural areas of low-income countries: An economic analysis of communitybased health insurance schemes* (Bonn, University of Bonn, Faculty of Agriculture).

—. 2004. "Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from Rural Senegal", em *World Development,* Vol. 32, No. 2, p. 273–288.

Kahneman, D.; Tversky, A. 1979. "Prospect theory: An analysis of decision under risk", em *Econometrica,* Vol. 47, No. 2, p. 263–292.

Karlan, D.; McConnell, M.; Mullainathan, S.; Zinman, J. 2010. *Getting to the top of mind: How reminders increase savings,* Working Paper (Yale University, Harvard University, and Dartmouth).

—; **Kutsoati, E.; McMillan, M.; Udry, C.** 2011. "Crop price indemnified loans for farmers: A pilot experiment in rural Ghana", em *Journal of Risk and Insurance,* Vol. 78, No. 1, p. 37–55.

Karnani, A. 2009. "Romanticizing the poor", in *Stanford Social Innovation Review,* Vol. 7, No. 1. Em: http://www.ssireview.org/articles/entry/romanticizing_the_poor.

Kern, A.; Ritzen, J. 2002. *Dying for change: Poor people's experience with health and ill health* (Geneva and Washington, D.C., World Health Organization and World Bank).

King, G.; Gakidou, E.; Imai, K.; Lakin, J.; Moore, R. T.; Nall, C.; Ravishankar, N.; Vargas, M.; Tellez-Rojo, M. M.; Hernandez Avila, J. E.; Hernandez Avila, M.;

Hernandez Llamas, H. 2009. "Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme", em *The Lancet,* Vol. 373, p. 1447–1454.

Kiwara, A. 2007. "Group premiums in micro health insurance experiences from Tanzania", em *East African Journal of Public Health,* Vol. 4, No. 1, p. 28–32.

Knaul, F.; Arreola-Ornelas, H.; Méndez-Carniado, O.; Bryson-Cahn, C.; Barofsky, J.; Maguire, R.; Miranda, M.; Sesma, S. 2006. "Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico", em *The Lancet,* Vol. 368, No. 9549, p. 1828–1841.

Kogan, F.N. 1990. "Remote sensing of weather impacts on vegetation in non-homogeneous areas", em *International Journal of Remote Sensing,* Vol. 11, p. 1405–1419.

Kotler, P. 1994. *Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control* (New Jersey, Simon & Schuster).

Krishnan, S. 2010. *ACE progress report: Beyond 'nonadmitted'. A closer look at trends affecting today's multinational insurance programs* (ACE Group).

Krishnaswamy, K.; Ruchismita, R. 2011. *Rashitriya Swasthya Bima Yojana – Performance trends and policy recommendations: An evaluation of a government mass health insurance scheme* (Chennai, India, IMFR CIRM).

Kruk, M.; Goldmann, E.; Galea, S. 2009. "Borrowing and selling to pay for health care in low- and middleincome countries", em *Health Affairs,* Vol. 28, No. 4, p. 1056–1066.

Kumar, S. 2011. *Experiences and challenges in implementation of crop insurance programme in India* (India Ministry of Agriculture).

Kundra, S.; Lagomarsino. 2008. *Implementing health insurance: Overcoming the challenges of scaling voluntary risk pools in low income settings* (The Rockefeller Foundation, Result for Development Institute).

Kunzemann, T. 2010. *Microinsurance tested: Cyclone Nisha batters India,* em: http://knowledge.allianz.com/microfinance/alternative_finance/?424/allianz-bajaj-carecyclone-nisha-microinsurance [acesso em 27 de maio de 2010].

Laajaj, R.; Carter, M. 2009. *Using satellite imagery as the basis for index insurance contracts in West Africa,* em: http://i4.ucdavis.edu/projects/contracts/files/laajaj-using-satelliteimagery.pdf.

Lacey, D. 2011. *A business case for microinsurance: Case study analysis of the profitability of microinsurance products* (Johannesburg, South Africa, Quindiem Consulting).

Lai, I. 2010. *As demand grows for microinsurance in Asia, Swiss Re launches first agricutural product in Vietnam,* em: http://www3.ambest.com/ambv/bestnews/newscontent.aspx?altsrc=23&refnum=142823

Langenbrunner, J.; Cashin, C.; O'Dougherty, S. (eds). 2009. *Designing and implementing health care provider payment systems,* How-to Manuals (Washington, D.C., World Bank and USAid).

Lashley, K. 2008. "Health-care provision meets microcredit finance in Argentina", em *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 86, No.1, p. 9-10.

Latortue, A. 2006. "The role of donors", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 470–487.

—: **de Montesquious, A.; Ward, V.** 2008. "Microinsurance: What can donors do?", CGAP Working Group on Microinsurance (Washington, D.C., World Bank).

Leach, J. 2005. *The regulator's dilemma,* presentation to the Microinsurance Conference, Munich Re Foundation and CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Germany, Oct.

—. 2011. Hollard Insurance. Entrevista por telefone, set. 2011.

Leatherman, S.; Dunford, C. 2010. "Linking health to microfinance to reach the poor", em *World Health Organization Bulletin,* Vol. 88, No. 6, p. 401–480.

Leftley, R. 2009. "Microinsurance for health and agricultural risk innovations in insuring the poor", em *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment,* Foc. 17, Br. 4.

—. 2010. *Credit Life: It's supposed to be simple,* Field Notes (MicoEnsure).

Lei, X; Lin, W. 2009. "The new cooperative medical scheme in rural China: Does more coverage mean more service and better health?", em *Health Economics,* Vol. 18, No. S2, p. 25–46.

Lethourmy, A. 2010. *How to implement health insurance in Sub-Saharan Africa?,* Documento de referência ao European Report on Development 2010, apresentado em Dakar, 27–30 de junho de 2010.

Leventhal, H.; Singer, R.; Jones, S. 1965. "Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior", em *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 2, p. 20–29.

Levin, T.; Reinhard, D. 2007. *Microinsurance aspects in agriculture,* documento de debate (Munich, Munich Re).

Lichand, G. 2010. *Decomposing the effects of CCTs on entrepreneurship,* World Bank Policy Research Working Paper 5457 (Washington, D.C., World Bank).

Lim, Y.; Townsend, R. 1998. "General equilibrium Models of financial systems: Theory and measurement in village economies", em *Review of Economic Dynamics,* Vol. 1, No. 1, p. 59–118.

List, J.A. 2003. "Does market experience eliminate market anomalies?", em *Quarterly Journal of Economics,* No.188, p. 1–47.

Llanto, G.M., Geron, M. P., Almario, J. 2008. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: Philippines study,* CGAP Working Group on Microinsurance (Washington, D.C., World Bank).

Lloyd's. 2009. *Insurance in developing countries: Exploring opportunities in microinsurance* (London, UK).

Loewe, M. 2001. *Improving the social protection of the urban poor and near-poor in Jordan: The potential of micro-insurance,* relatórios e documentos de trabalho 12 (Bonn, German Development Institute).

—. 2005a. "Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Sicherheit im informellen Sektor: Das Beispiel der arabischen Welt", em D. Messner and I. Scholz (eds): *Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik* (Nomos, Baden-Baden).

—. 2005b. *Social security and the informal sector: the state of theoretical discussion and critical analysis of the situation in Arab countries with special emphasis on micro-insurance approach* (Heidelberg University)

—. 2006. "Downscaling, upgrading or linking? Ways to realize microinsurance", em *International Social Security Review,* Vol. 59, No. 2, p. 37–59.

—. 2009a. *Soziale Sicherung, informeller Sektor und das Potenzial des Kleinstversicherungsansatzes* (Baden-Baden, Nomos).

—. 2009b. "The third way to social protection: promoting group-based micro-insurance", em *Journal of Insurance and Risk Management,* Vol. 4, No. 1, p. 86f.

Lofgren, C.; Thanh, N.X.; Chuc, N.T.; Emmelin, A.; Lindholm, L. 2008. "People's willingness to pay for health insurance in rural Vietnam", em *Cost Effectiveness and Resource Allocation,* Vol. 6, No. 16.

Lomas, P. 2009. *Third party administration in the provision of in-patient health insurance: An Indian case study* (MicroEnsure), em: http://www.microinsurancenetwork.org/file/TPA_PAPER__March_09__Final.pdf.

Lybbert, T.J.; Galarza, F.; McPeak, J.; Barrett, C.B.; Boucher, S.; Carter, M.R.; Chantarat, S.; Fadlaoui, A.; Mude, A. 2010. "Dynamic field experiments in development economics; Risk valuation in Morocco, Kenya and Peru", em *Agricultural and Resource Economics Review,* Vol. 39, No. 2, p. 176-192.

Magnoni, B.; Lovoi, A.; Brown, J.; Thornton, R. 2010. *Risk across borders: A study of the potential of microinsurance products to help migrants cope with cross border risks* (Washington, D.C., Inter-American Development Bank).

Magnoni, B.; Zimmerman, E. 2011. *Do clients get value from microinsurance? A systematic review of recent and current research* (Micro Insurance Centre, MILK Project).

Manje, L. 2005. *Madison Insurance,* Zambia, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bank Practices Case Study, No. 11 (Geneva, ILO).

—. 2007. *Microinsurance client satisfaction study: Zambia* (Microfinance Opportunities), em: http://www.microfinanceopportunities.org/docs/Zambia_clientsatisfactionstudy_Final%20Report_November%202007.pdf.

Manning, W.G.; Marquis, S.M. 1996. "Health insurance: The trade-off between risk pooling and moral hazard", em *Journal of Health Economics* Vol. 15, No. 5, p. 609–639.

Mapfumo, S. 2009. *Weather index insurance in Malawi,* presented in Kampala, Uganda, 3 March (Microensure).

Marek, T.; Yamamoto, C.; Ruster, J. 2003. *Private health: Policy and regulatory options for private participation,* Public Policy for the Private Sector Note Number 265 (Washington, D.C., World Bank).

—; **O'Farrell, C.; Yamamoto, C.; Zable, I.** 2005. *Trends and opportunities in public-private partnerships to improve health service delivery in Africa,* Africa Region Human Development Working Paper 33646 (Washington, D.C., World Bank).

Marquez, P.; Chassin, L. 2012. *Donors in microinsurance,* Microinsurance Network Study No. 4 (Luxembourg, Microinsurance Network), não publicado.

Mas, I.; Radcliffe, D. 2010. *Mobile payments go viral: M-PESA in Kenya,* em http://pymnts.com/mobile-payments-go-viral-m-pesa-in-kenya/[Nov. 2011].

Masud, T.I.; Farooq, N.; Ghaffar, A. 2003. "Equity shortfalls and failure of the welfare state: Community willingness to pay for health care at government facilities in Jehlum (Pakistan)", em *Journal of Ayub Medical College Abbottabad,* Vol. 15, No. 4, p. 43-49.

Mathews, B. 2008. *Microinsurance: Delivering the core value of insurance to new customers* (Zürich, Switzerland, Zurich Insurance).

Mathiyazhagan, K. 1998. "Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India", em *International Journal of Health Planning and Management,* Vol. 13, No. 1, p. 47–67.

Matsuura, K. 2009. "Address by Mr. Koïchiro Matsuura, Director General of UNESCO, to welcome the United Nations Secretary-General, Mr. Ban Ki Moon on his first visit at UNESCO Headquarters", em: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001816/181647e.pdf

Matul, M.; McCord, M.; Phily, C.; Harms, J. 2010. *The landscape of microinsurance in Africa,* Microinsurance Working Paper No. 4 (Geneva, ILO).

—; **Tatin-Jaleran, C.; Kelly, E.** 2011. *Improving client value from microinsurance: Insights from India, Kenya, and the Philippines.* Microinsurance Paper Series No. 12 (Geneva, ILO).

Mayoux, L. 2002. *Gender dimensions of microinsurance: Questioning the new bootstraps,* Microinsurance: Improving Risk Management for the Poor No. 7 (Luxembourg, ADA).

McNamee, P.; Ternent, L.; Gbangou, A.; Newlands, D. 2010. "A game of two halves? Incentive incompatibility, starting point bias and the bidding game contingent valuation method", em *Health Economics,* Vol. 19, No. 1, p. 75–87.

McCord, M.J. 2001. "Health care microinsurance – Case studies from Uganda, Tanzania, India and Cambodia", em *Small Enterprise Development,* Vol. 12, No. 1, p. 25–38.

—; **Buczkowski, G.** 2004. *CARD MBA: The Philippines,* Good and Bad Practices Case Study No. 4, CGAP Working Group on Microinsurance (Geneva, Switzerland).

—; **Botero, F; McCord, J.S.** 2005a. *AIG: Uganda,* Good and Bad Practices Case Study No. 9, CGAP Working Group on Microinsurance (Geneva, Switzerland).

—; **Ram, G.; McGuinness, L.** 2005b. *Microinsurance demand and market prospects: Indonesia* (Allianz AG, UNDP, GTZ).

—; **Osinde, S.** 2005. "Reducing vulnerability: The supply of health microinsurance in East Africa", em *Journal of International Development,* Vol. 17, No.3, p. 327–381.

—; **Buczkowski, G.; Saksena, P.** 2006. "Premium collection: Minimizing transactions costs and maximizing customer service", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 197–215.

—. 2007a. *Partnerships: Microfinance institutions and commercial insurers,* Microinsurance Note 3 (USAID).

—. 2007b. "Supplying health microinsurance: Lessons from East Africa", em *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 737–764.

—; **Wiedmaier-Pfister, M.; Chatterjee A.** 2008. *Facilitating an appropriate regulatory and supervisory environment for microinsurance,* Microinsurance Note 8 (USAID).

McPeak, J.; Chantarat, S.; Mude, A. 2010. "Explaining index-based livestock insurance to pastoralists", em *Agricultural Finance Review,* Vol. 70, No. 3, p. 333–352.

Medicall Home. 2010. Medicall Home Page, em: http://www.medicallhome.com/Indexaspx [acesso em 29 de abril de 2010].

Meessen, B.; Criel, B.; Kegels, G. 2002. "Formal pooling of health risks in sub-Saharan Africa: reflections on the obstacles encountered", em *International Social Security Review,* Vol. 55, No. 2, p. 80–84.

Micro Insurance Academy. 2009. *Implementing micro health insurance in Nepal: Sumário executivo* (New Delhi, India).

MicroEnsure. 2011. *M-Insurance goes live in Ghana,* em: www.microensure.com/news [acesso em setembro de 2011].

Micro Insurance Map. 2011. http://microinsurancemap.com

Microinsurance Centre. 2009. *India's report on health micro-insurance schemes: Diversity, innovations and trends* (New Delhi, ILO Subregional Office for Southeast Asia).

—. 2011. *Microinsurance Bollywood movie,* em: http://www.microinsuranceacademy.org/content/%E2%80%9Csabtujhse-hai%E2%80%9D-bollywood-style-movie-insurance-education-tool [acesso em 24 de abril de 2011].

Microinsurance Innovation Facility Knowledge Centre. 2010a. *Evolving climatic adaptation through crop insurance,* em: http://www.microinsurancefacility.org/en/learningjourney/evolving-climatic-adaptation-through-cropinsurance (acesso em outubro de 2011).

—. 2010b. *Max Vijay case study,* em: http://www.munichrefoundation. org/NR/rdonlyres/ACA0BEA6-2F22-43EA-9B77-8256B26DA65C/0/S8_MIC2010_MaxVijayStudy.pdf [acesso em setembro de 2011].

—. 2011a. *Cattle insurance through electronic identification chip technology,* em: http://www.microinsurancefacility.org/learning-journey/cattle-insurance-through-electronicidentification-chip-technology [acesso em outubro de 2011].

—. 2011b. *Care Foundation: Project summary,* em: http://www.microinsurancefacility.org/en/learning-journey/insuring-primary-care-sustainable-financing-solution-rural-primary-health [acesso em outubro de 2011].

Mills, E. 2008. "The role of U.S. insurance regulators in responding to climate change", em *Journal of Environmental Law and Policy,* Vol. 26.

Mobae, T. 2002. Personal communication, Asmara, Eritrea, National Insurance Corporation of Eritrea.

Moens, F. 1990. "Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire", em *Social Science and Medicine,* Vol. 30, No. 12, p. 131–1327.

Mohammed, M.A.; Ortmann, G.F. 2005. "Factors influencing adoption of livestock insurance by commercial dairy farmers in three zobatat of Eritrea", em *Agrekon,* Vol. 44, No. 2, p. 172–186

Morduch, J. 1995. "Income smoothing and consumption smoothing", em *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 9, No. 3, p. 103–114.

—. 1999. "Between the market and state: Can informal insurance patch the safety net?", em *World Bank Research Observer,* Vol. 14, No. 2, p. 187–207.

—. 2006. "Microinsurance: The next revolution", em A. Banerjee, R. Bénabou and D. Mooherjee (eds): *Understanding poverty* (Oxford University Press, UK).

Morrah, D. 1955. *A history of industrial life assurance* (University of Michigan, Allen and Unwin).

Morris, S.; Carletto, C.; Hoddinott, J.; Christiaensen, L. 2000. *Validity of rapid estimates of household wealth and income for health surveys in rural Africa,* FCND Discussion Paper No. 72 (International Food Policy Research Institute).

Morsink, K.; Geurts, P. 2011. *Research design for measuring the client value of microinsurance,* MILK Brief No. 6 (Appleton, Wisconsin, Microinsurance Centre).

—; **Wenner, M; et al.** 2011. *Value for farmers from meso-level index insurance?,* paper presented at the 7th International Microinsurance Conference Rio de Janeiro, Brazil, 8–10 Nov. —;

Geurts, P.; Kooijman-van Dijk, A. 2012. *Impact of micro insurance on vulnerability of low income households in the Philippines: The case of typhoon re-housing insurance* (Netherlands, Institute of Governance Studies (IGS) University of Twente).

M-PESA Resource Centre. 2011. *M-PESA customers and agent numbers,* em: http://www.safaricom.co.ke/fileadmin/M-PESA/Documents/statistics/M-PESA_Statistics_-_2.pdf (acesso em novembro de 2011).

Msuya, J.M.; Jütting, J.P.; Asfaw, A. 2004. *Impacts of community health insurance programs on health care provision in rural Tanzania,* ZEF-Discussion Papers on Development Policy Number 82 (University of Bonn, Centre for Development Research (ZEF), Germany).

—. 2007. "Impact of community health funds on the access to health care: Empirical evidence from rural Tanzania", em *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 813–833.

Mude, A; Chantarat, S., Barrett, C., Carter, M., Ikegami, M., and McPeak, J. 2010. *Insurance against drought-related livestock mortality: Piloting index based livestock insurance in Northern Kenya* (International Livestock Research Institute Working Paper, Nairobi).

Mukherjee, P. 2011. "Budget 2011–2012: Speech of Pranab Mukherjee, Minister of Finance, Feb. 28, 2011", em: http://india.gov.in/images/bs11-12.pdf

Mullainathan, S.; Krishnan, S. 2008. *Psychology and economics: What it means for microfinance* (Financial Access Initiative, Innovations for Poverty Action), em: http://iamfi.com/documents/psychologyandeconomics.pdf

—; **Shafir, E.** 2009. "Savings policy and decision-making in low-income households", em M.S. Barr and R.M. Blank (eds): *Insufficient funds: Savings, assets, credit and banking among low-income households* (New York, Financial Accession Initiative, New Haven, CT, Innovations for Poverty Action), p. 121–145.

Munich Climate Insurance Initiative, Munich, em: http://www.climate-insurance.org/**Munich Re.** 2010. *Topics Geo: Natural catastrophes in 2009: Analyses, assessments, positions* (Munich).

—. 2011. *SystemAgro – The integrated approach to help farmers feed the world through an intelligent crop insurance system,* em: www.munichre.com/systemagro

Munich Re Foundation. 2007. *Munich Re Foundation 2006 Report – From knowledge to action* (Munich).

—. 2009. *Munich Re Foundation 2008 Report – From knowledge to action* (Munich).

—. 2011. *6th International Microinsurance Conference Report 2010* (Munich).

Murray, C.J.L.; Evans, D. 2003. *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism* (Geneva, World Health Organization).

Murray, I. 2008. *Safe places to save* (Women's World Banking).

Nabeth, N.; Barrau, O. 2010. *AIC: A pioneering insurance company in microinsurance actions after the earthquake on 12 January 2010,* apresentação disponível em: http://www.aic.ht/pdf/AIC_actions_defis_post_seisme_VF2_eng.pdf.

Naeemi Nezam Abadi, M. 1999. *An investigation of effective factors in expansion and development of agricultural insurance,* dissertação não publicada (Tehran, Iran, Tehran University).

Narayan, D.; Patesh, P. (eds). 2000. *Voices of the poor: From many lands* (Washington, D.C., World Bank).

National Bank for Agriculture and Rural Development (NABARD). 2011. *Relatório anual,* em: http://www.nabard.org/FileUpload/DataBank/AnnualReports/Nabard_AR_Eng_2011_(Fianl)[1].pdf

National Statistical Coordination Board (NSCB). *2011. 2009 official poverty statistics in the Philippines* (Manila, NSCB).

National Treasury, Republic of South Africa. 2008. *The future of microinsurance regulation in South Africa,* Documento de debate, em: http://www.treasury.gov.za/public%20comments/The%20Future%20of%20Microinsurance% 20Regulation%20in%20South%20Africa.pdf [acesso em outubro de 2011].

—. 2011. *The South African Microinsurance Regulation Framework,* em: http://www.fsb.co.za/insurance/Microinsurance/PolicyDocumentMicroInsurance.pdf [acesso em outubro de 2011].

Nienaber, P.M.; Preiss, J. 2006. *Funeral insurance: A perception from the office of the Ombudsman for Long-term Insurance,* em: www.ombud.co.za/res/pdf/FuneralInsurance.pdf

Nyman, J.A. 2001. *The demand for insurance: Expected utility theory from a gain perspective,* University of Minnesota Center for Economic Research, Department of Economics Working Paper No. 313 (University of Minnesota), em: http://hdl.handle.net/10419/23492.

Onwujekwe, O.; Okereke, E.; Onoka, C.; Uzochukwu, B ; Kirigia, J.; Petu, A. 2010. "Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: do economic status and place of residence matter?", em *Health Policy and Planning,* Vol. 25, No. 2, p. 155–161.

Orozco, M. 2003. *Family Remittances to Nicaragua: Opportunities to Increase the Economic Contributions of Nicaraguans Living Abroad* (Washington, D.C., USAID).

Qureshi, Y.; Reinhard, D. (eds). 2011. *6th International Microinsurance Conference 2010: Making insurance work for the poor* (Munich Re Foundation).

Palm, R. 1995. *Earthquake insurance: A longitudinal study of California homeowners* (UCLA,Westview Press).

Patankar, M. 2011. *Comprehensive risk cover through remote sensing techniques,* CIRM working Paper Series (Chennia, India, CIRM), em: http://www.cirm.in/library/publications

Perry, B.; Randolph, T. 2003. "The economics of foot and mouth disease, its control and its eradication", em B. Bodet and M. Vicari (eds): *Foot and mouth disease control strategies* (Paris, Elsevier).

Peterson, T.C.; Zhang, X.; Brunet-India, M.; Vázquez-Aguirre, J.L. 2008. "Changes in North American extremes derived from daily weather data", em *Journal of Geophysical Research,* Vol. 7, No. 113, p. 1–9.

PhilHealth. 2010. *Extending public insurance schemes to the low income sector,* apresentado na International Microinsurance Conference, Manila, Nov. 9–11, 2010.

Pica, G.; Pica-Ciamarra, U.; Otte, J. 2008. *The livestock sector in the World Development Report 2008: Re-assessing the policy priorities,* PPLPI Research Report No. 08-07 (Rome, Pro-Poor Livestock Policy Initiative, FAO).

Pica-Ciamarra, U. 2005. *Livestock policies for poverty alleviation: Theory and practical evidence from Africa, Asia and Latin America,* PPLPI Working Paper No. 27 (Rome, Pro-Poor Livestock Policy Initiative, FAO).

Picard, P. 2008. "Natural disaster insurance and the equity-efficiency trade-off", em *The Journal of Risk and Insurance,* Vol. 75, No. 1.

Plaster, G.; Alderman, J. 2006. *Beyond Six Sigma: Profitable growth through customer value creation* (New York, John Wiley & Sons).

Polonsky, J.; , D.; McPake, B.; Poletti, T.; Vyas, S.; Ghazaryan, O.; Yanni, M.K. 2009. "Equity in community health insurance schemes: Evidence and lessons from Armenia", em *Health Policy and Planning,* Vol. 24, No. 3, p. 209–216.

Porteous, D. 2006. *The enabling environment for mobile banking in Africa* (Boston, MA, Bankable Frontier Associates), em: http://www.bankablefrontier.com/assets/pdfs/ee.mobil.banking.report.v3.1.pdf.

—; **Lyman, T.R.; Pickens, M.** 2008. *Regulating transformational branchless banking: Mobile phones and other technology to increase access to finance,* Focus Note 43 (Washington, D.C., World Bank).

Prahalad, C.K. 2005. *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits* (Upper Saddle River, NJ, Wharton School Publishing).

Prashad, P. 2011. Technology officer, Microinsurance Innovation Facility. Entrevista por telefone, 19 set., 2011.

Pratt, J.W. 1964. "Risk aversion in the small and in the large", em *Econometrica,* Vol. 32, No. 1/2, p. 122–136.

Preker, A.S.; Carrin, G.; Dror, D.; Jakab, M.; Hsiao, W.; Arhin-Tenkorang, D. 2002. "Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness", em *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 80, p. 143–150.

Pronyk, P.M.; Hargreaves, J.R.; Morduch, J. 2007. "Microfinance programs and better health: Prospects for Sub-Saharan Africa", em *Journal of American Medical Association,* Vol. 298, No. 16, p. 1925–1927.

Public Health Foundation of India (PHFI). 2011. *A critical assessment of the existing health insurance models in India* (New Delhi, India).

Radermacher, R.; Wig, N.; Van Putten-Rademaker, O.; Müller, V.; Dror, D. 2005a. *Yeshasvini Trust, Karnataka India,* CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices Case Study No. 20 (Geneva, ILO).

—; **van Putten-Radermaker, O.; Müller, V.; Wig, N.; Dror, D.** 2005b. *Karuna Trust, Karnataka,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP) Good and Bad Practices in Microinsurance Case Study No. 19 (Geneva, ILO).

—; **Dror, I.** 2006. "Institutional options for delivering health microinsurance", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 401–423.

—; **Roberts; Singh, J.; Srivastava, S.** 2009. "Integrated risk management in microinsurance", em *Microfinance: An innovative tool for disaster and risk reduction* (IDRC).

—; **Vanderhyden, M.; Meshack, M.; Harting, S.; Stoermer, M.** 2011. *Mission report: Health financing situational analysis. Health promotion and system strengthening project in Dodoma, Tanzania* (Basel, Switzerland, Swiss Tropical and Public Health Institute).

—; **van Armansperg, K.; Chen, T.** 2012. "Impact analyses of micro health insurance", em H.J. Rösner et al. (eds): *Handbook of micro health insurance in Africa, social protection in health – Challenges, needs and solutions in international health care financing, Vol. 1* (Cologne, Germany, University of Cologne).

—; **van Armansperg, K.; Chen, T.** Forthcoming. *What do we know about the impact of microinsurance?* (New Delhi, Micro Insurance Academy).

Ramm, G. 2011. *Public-private partnerships in microinsurance* (Luxembourg, Microinsurance Network).

Ranson, M. K. 2001. *The impact of SEWA's medical insurance fund on hospital utilization and expenditure: A household survey,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28895 (Washington, D.C., World Bank).

—. 2002. "Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges", em *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 80, No. 8, p. 613–621.

—; **Sinha, T.; Chatterjee, M.; Acharya, A.; Bhavsar, A.; Morris, S.; Mills, A.** 2006. "Making health insurance work for the poor: Learning from the Self-Employed Women's Association's (SEWA) community-based health insurance scheme in India", em *Social Science and Medicine,* Vol. 62, p. 707–720.

Rao, K. D.; Waters, H.; Steinhardt, L.; Alam, S.; Hansen, P.; Naeem, A.J. 2009. "An experiment with community health funds in Afghanistan", em *Health Policy and Planning,* Vol. 24, No. 4, p. 301–311.

Ratha, D.; Mohapatra, S.; Silwal, A. 2010. *Outlook for remittance flows 2010–2011,* Migration and Development Brief (Washington, D.C., World Bank).

Reed, L. 2011. *State of Microcredit Summit Campaign Report 2011* (Washington, D.C., Microcredit Summit Campaign).

Rimansi. 2002. *Willingness to pay for life insurance: Market research study* (Manila).

Robine, J.M.; Cheung, S.L. ; Le Roy, S. ; Van Oyen et F R Herrmannm, F.R. 2007. *Report on excess mortality in Europe during summer 2003* (Brussels, EU Community Action Programme for Public Health).

Robinson, J.; Yeh, E. 2009. *Transactional sex as a response to risk in Western Kenya,* Policy Research Working Paper (Washington, D.C., World Bank).

Roth. J. 1999. *Informal micro-finance schemes: The case of funeral insurance in South Africa,* Social Finance Unit Working Paper No. 22 (Geneva, ILO).

—; **Garand, D.; Rutherford, S.** 2006. "Long-term savings and insurance", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 94–108.

—; **McCord, M.J.; Liber, D.** 2007. *The landscape of microinsurance in the world's 100 poorest countries* (Microinsurance Centre).

Rubinstein, A. 2006. Discussion of "Behavioural Economics", em *Advances in economics and econometrics: Theory and applications, Ninth World Congress.*

Ruchismita, R. 2011. Executive Director, IFMR, Centre for Insurance and Risk Management. Entrevista por telefone, maio 2011.

Sabri, B. 2003. "Healthcare financing in the African countries of the Eastern Mediterranean", em *International Social Security Review,* Vol. 56, No. 3, p. 73–85.

Samuelson, P. 1938. "A note on the pure theory of consumers' behaviour", em *Economica,* Vol. 5, No. 17, p. 61–71.

Sanlman. 2006. *Annual Report,* em: http://www.sanlam.co.za (acesso em 2 de novembro de 2011).

Sarris, A.; Karfakis P.; Christiaensen, L. 2006. *Producer demand and welfare benefits of rainfall insurance in Tanzania,* FAO Commodity and Trade Policy Research Working Paper No. 18.

Scheibehenne, B. 2008. *An experimental test of the choice overload hypothesis using chocolate,* manuscrito não publicado (Germany, University of Mannheim).

Schneider, P.; Diop, F. 2001. *Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28903 (Washington, D.C., World Bank).

—. 2004. "Why should the poor insure? Theories of decision-making in the context of health insurance", em *Health Policy And Planning,* Vol. 19, No.6, p. 349–355.

—; **Hanson, K.** 2006. "Horizontal equity in utilization of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda", em *Health Economics,* Vol. 15, No. 1, p. 19–31.

Schumpeter, J. 1942. "Creative destruction", in *Capitalism, socialism and democracy* (New York, Harper).

Schwarcz, D. 2010. "Regulating insurance sales or selling insurance regulation? Against regulatory competition in insurance", em *Minnesota Law Review,* Vol. 94, p. 1707.

Sebstad, J.; Cohen, M. 2000. *Microfinance, risk management and poverty* (Washington, AIMS).

SegurCaixa Holding. 2008. *Annual Report,* em: www.laCaixa.es.

Self-Employed Women's Association (SEWA). 2009. "Vimo SEWA's Insurance Products," SEWA Bank, em: http://www.sewainsurance.org/[4 June, 2009].

—; **Ahmedabad, India,** em: http://www.sewa.org/Specialedition.asp.

Sepehri, A.; Sarma, S.; Simpson, W. 2006. "Does nonprofit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam living standards survey panel", em *Health Economics,* Vol. 15, No. 6, p. 603–616.

Setel, P.; Abeyasekera, S.; Ward, P.; Hemed, Y.; Whiting, D.; Mswia, R.; Antoninis, M.; Kitange, H. 2003. "Development, validation, and performance of a rapid consumption expenditure proxy for measuring income poverty in Tanzania: Experience from AMMP demographic surveillance sites", em *Population and Health Policies and Programs,* p. 169–183, em: http://www.reading.ac.uk/ssc/publications/Inc_PovProx.pdf

Shampanier, K.; Mazar, N.; Ariely, D. 2007. "Zero as a special price: The true value of free products", em *Marketing Science,* Vol. 26, No. 6, p. 742–757.

Shankar, S.; Asher, M.G. 2009. "Micropensions in India: Issues and challenges", em *International Social Security Review,* Vol. 64, No. 2, p. 1–21.

Sharma, A.; Gupta, A.; Mohan, J. 2009. *Integrated insurance and risk mitigation solution for dairy farmers* (Chennai, India, CIRM).

—. 2010. *Livestock insurance: Lessons from the Indian experience,* Centre for Insurance and Risk Management Working Paper (Chennai, India, CIRM).

—; **Shukla A.** 2010. *An exploration – Community based livestock insurance scheme, Vizianagaram,* Working Paper (Chennai, India, CIRM).

Shepard, D. S.; Vian, T.; Kleinau, E. F. 1996. "Performance and impact of four health insurance programs in rural and urban areas of Zaire", em R. P. Shaw; M. Ainsworth (eds): *Financing health services through user fees and insurance: Case studies from sub-Saharan Africa,* World Bank Discussion Paper No. 294 (Washington, D.C.).

Shetty, N.K.; Veerashekharappa, D. 2009. "Institutional innovations and access to micro-health insurance for the poor: Evidence from Karnataka", em *The Icfai University Journal of Risk and Insurance,* Vol. 6, No.1, p. 50–68.

Sigma. 2010. *Microinsurance – Risk protection for 4 billion people* (Swiss Re).

Simanowitz A.; Sandmark, T. 2011. *Social performance indicators for microinsurance,* Workshop Report 5–7 Oct. (Luxembourg, Microinsurance Network).

Simba, F. 2002. *Assessing the demand for microinsurance in Kenya* (Nairobi, Microsave).

Simkhada, N.J.; Gautam, S.; Mishra, M.; Acharya, I.; Sharma, N. 2000. *Research on risk and vulnerability of rural women in Nepal* (Nepal, Centre for Micro Finance).

Simões, R.L.G; Salles, O.R; Vieira, J.L.N; de Faria Zettel, C.; Ramos Wagner Clemenceau Rodrigues, R.O.; Conceição, A.R. 2010. "SUSEP's Microinsurance Working Group Reports Part 1", em *Microinsurance in Brazil: Research Series Volume 1* (Rio de Janeiro, Brazil).

Sinha, S. 2007. *Agriculture insurance in India,* CIRM Working Paper Series (Chennai, India, CIRM).

Sinha, T.; Ranson, K.; Patel, F.; Mills, A. 2007. "Why have the members gone? Explanations for dropout from a community-based insurance scheme", em *Journal of International Development,* Vol. 19, p. 653–665.

Skees, J.; Enkh-Amgalan, A. 2002. *Examining the feasibility of livestock insurance in Mongolia,* World Bank Policy Research Working paper 2886 (Washington, D.C., World Bank).

—. 2008. "Innovations in index insurance for the poor in lower income countries", em *Agricultural and Resource Economics Review,* Vol. 37, p. 1–15.

Skipper, H.D. 1997. *Foreign insurers in emerging markets: Issues and concerns* (Washington, D.C., International Insurance Foundation).

Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP). 2010. *Consumer protection principles in practice: A framework for developing and implementing a pro-client approach to microfinance,* Progress Note No. 14 (Washington, D.C.).

Smit, H.; Smith, A.; Chamberlain, D. 2009. *A global survey of passive microinsurance distribution channels* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

—; **Smith, A.** 2010a. *Utility and database microinsurance distribution in Brazil: The case of QBE Brazil Seguros, ACE group and Aon Affinity* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

—; **Smith, A.** 2010b. *Microinsurance distribution through retail stores in Brazil: Insurer Mapfre Seguros, retailer Casas Bahia and cellular provider Vivo* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

Smith, A.; Camberlain, D.; Smit, H.; Ncube, S.; Chelwa, G. 2010a. *Kenya microinsurance landscape: Market and regulatory analysis* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

—; **Matul, M.; Ncube, S.; Bester, H.** 2010b. *South African Insurance Association Consumer Education Programme: 2005–2009* (Geneva, ILO, Cenfri).

—; **Smit, H.** 2010a. *Case study: Hollard Insurance and Take it Eezi,* em: www.cenfri.org.

—; —. 2010b. *Case study: Hollard Insurance and Pep,* em: www.cenfri.org.

—; —. 2010c. *Case study: Metropolitan Cover2Go,* em: www.cenfri.org.

—; —. 2010d. *Case study: Shoprite,* em: www.cenfri.org.

Smith, K.; Sulzbach, S. 2008. "Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries", em *Social Science and Medicine,* Vol. 66, p. 2460–2473.

Smith, V.; Watts, M. 2009. *Index based agricultural insurance in developing countries: Feasibility, scalability and sustainability* (Bill & Melinda Gates Foundation).

Solomon, S.; D. Qin, M. Manning, Z. Chen, M. Marquis, K.B. Averyt, M. Tignor and H.L. Miller. (eds). 2007. *Contribution of Working Group I to the fourth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA).

Srinivasan, N. 2010. *Microfinance India: State of sector report 2010* (New Delhi, India, Sage Publications).

Stålhammar, N.O. 1996. "An empirical note on willingness to pay and starting-point bias", em *Medical Decision Making,* Vol. 16, No, 3, p. 242–247.

Sterling, R. 2000. *Insurance and private pensions compendium for emerging economies. Book 1, Part 2 (1)b: Insurance regulation and supervision in OECD countries, Asian economies, Latin-American countries and CEEC and NIS countries* (Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development).

Swiss Re. 2010a. *Natural catastrophes and man-made disasters in 2009: Catastrophes claim fewer victims, insured losses fall,* Sigma Report No. 01 (Zürich).

—. 2010b. *Microinsurance – Risk protection for 4 billion people,* Sigma Report No. 06 (Zürich).

—. 2011. *Swiss Re and partners break new ground with cholera protection for women micro-entrepreneurs in Haiti and weather insurance for farmers in Senegal,* em: http://www.swissre.com/media/news_releases/nr_20110920_CGI_Commitments.html

Tarazona, A.; Trivelli, C. 2005. *Situación del financiamiento rural en Piura,* Project report (Lima, Instituto de Estudios Peruanos).

Tendulkar, S.; Radhakrishna, R.; Sengupta, S. 2009. *Report of the Expert Group to Review the Methodology for Estimation of Poverty* (India, Government of India Planning Commission).

Thaler, R.H. 1990. "Anomalies: Saving, fungibility, and mental accounts", em *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 4, No. 1, p. 193–205.

—; **Sustein, C.** 2008. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness* (New Haven, CT, Yale University Press).

Thomas, D.; Frankenberg, E. 2002. "The measurement and interpretation of health in social surveys", em C. Murray et al. (eds): *Measurement of the global burden of disease* (Geneva, World Health Organization), p. 387–420.

Thornton, R. L. 2008. "Climate change and poverty in Africa: Mapping hotspots of vulnerability", em *Journal of Agricultural and Resource Economics,* Vol. 2, No. 1.

—; **Hatt, L. E.; Field, E. M.; Islam, M.; Solis Diaz, F.; Azucena Gonzalez, M.** 2010. "Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: A randomized evaluation", em *Health Economics,* Vol. 19, p. 181–206.

Trommershäuser, S.; Lindenthal, R.; Krech, R. 2006. "The promotional role of government", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 508–523.

Trujillo, A.; Portillo, J.; Vernon, J. 2005. "The impact of subsidized health insurance for the poor: Evaluating the Colombian experience using propensity score matching", em *International Journal of Health Care Finance and Economics,* Vol. 5, No. 3, p. 211–239.

Trustco Group Holdings Limited. 2011. *Financial Results 2011,* Windhoek, 26 May 2011, em: http://www.tgi.na/downloads/Financial_results_31_March_2011.pdf

Tversky, A.; Kahneman, D. 1991. "Loss aversion in riskless choice. A reference-dependent model", em *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 106, p. 1039–1061.

UNAIDS. 2008. *2008 Report on the Global AIDS Epidemic: Executive summary* (Geneva).

United Nations (UN). 1998. *Kyoto Protocol to the United Nations Framework Convention on Climate Change.*

United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), Population Division. 2009. *International Migration, 2009: Wallchart,* United Nations publication Sales No. E.09.XIII.8 (United Nations).

United Nations Development Program (UNDP). 2008. "Fighting climate change: Human solidarity in a divided world", em *Human Development Report* (New York).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UNIFEM), em: http://unwomen-nc.org.sg/gender_issues_datasheet_1.shtml

United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCC). 2011. *Risk management approaches to address adverse effects of climate change – Insurance,* em: http://unfccc.int/adaptation/adverse_effects_and_response_measures_art_48/items/4971.php

United States Agency for International Development (USAID). 2006. *Assessment on how strengthening the insurance industry in developing countries contributes to economic growth* (Washington, D.C.).

U.S. Climate Change Science Program. 2008. *Our changing planet* (US Climate Change Science Program, the Subcommittee on Global Change Research).

Valvekar, H.K. 2007. *Innovative finance for sustainable development,* presented at UNDESA Expert Group Meeting, em: http://www.un.org/esa/sustdev/sdissues/finance/egm2007/presentations.htm [acesso em outubro de 2007].

Vaughan, E. 1989. *Fundamentals of risk and insurance* (New York, USA, John Wiley and Sons).

Villegas, C.C. 2010. *Microinsurance Regulation in Peru,* presented at Microinsurance – Promoting Successful Regulatory and Supervisory Approaches for Increased Access to Insurance, Basle, July 2010.

Virani, A. 2009. *Health microinsurance experience of Grameen Koota* (Chennai, India, CIRM).

Vollbrecht, J. 2000. *Insurance and private pensions compendium for emerging economies. Book 1, Part 2 (1)a: Insurance regulation and supervision in OECD countries, Asian economies, Latin-American countries and CEEC and NIS countries* (Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development).

Waddington, H. 2009. *Financing better healthcare for all,* International Initiative for Impact Evaluation Brief Number No. 11 (New Delhi, India, 3ie).

Wagstaff, A.; Pradhan, M. 2005. *Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country,* Policy Research Working Paper 3563 (Washington, D.C., World Bank).

—. 2007. *Health insurance for the poor: Initial impacts of Vietnam's health care fund for the poor,* Policy Research Working Paper Series 4134 (Washington, D.C., World Bank).

—; **Lindelow, M.; Jun, G.; Ling, X.; Juncheng, Q.** 2009. "Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme", em *Journal of Health Economics,* Vol. 28, No. 1, p. 1–19.

Walravenm, G. 1996. "Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania", em *Health Policy and Planning,* Vol. 11, No. 4, p. 428–437.

Walton, D.; Bathurst, J. 1998. "An exploration of the perceptions of the average driver's speed compared to perceived driver safety and driving skill", em *Accident Analysis and Prevention,* Vol. 30, No. 6, p. 821–830.

Wall Street Journal. 2010. "Max New York Life's lesson in insuring a rural foothold", em: http://online.wsj.com/article/SB127296921636786509.html [acesso em setembro de 2011].

Warner, D.C.; Schneider, P.G. 2004. *Cross-border health insurance: Options for Texas,* Policy Research Project on Cross-Border Health Insurance (Austin, Lydon B. Johnson School of Public Affairs, University of Texas at Austin).

Warner, K.; Zissner, M.; Kref, S.; Höppe, P.; Bals, C.; Linnerooth-Bayer, J.; Haas, A.; Gurenko, E.; Loster, T.; Burton, I. 2010. *Solutions for vulnerable countries and people: Designing and implementing disaster risk reduction and insurance for adaptation* (Bonn, Germany, Munich Climate Insurance Initiative).

Weigand, C.; Grosh, M. 2008. *Levels and patterns of safety net spending in developing and transition countries,* SP Discussion Paper No. 0817 (Washington D.C., World Bank).

Weinstein, N.D. 1980. "Unrealistic optimism about future life events", em *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 39, No. 5, p. 806–870.

Werner, W.J. 2009. "Micro-insurance in Bangladesh: Risk protection for the poor?", em *Journal of Health Population and Nutrition,* Vol. 27, No. 4, p. 563–573.

Wiedmaier-Pfister, M.; Chatterjee, A. 2006. "An enabling environment for microinsurance", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 488–507.

—; **Klein, B.; Denker, H.; Wagner, J. (eds).** 2009. *BMZ Concepts 176: Small premiums – high level of security. Microinsurance and the development of financial systems* (Bonn, Federal Ministry of Economic Cooperation and Development (BMZ))

Wiesmann, D.; Jütting, J. 2000. "The emerging movement of community-based health insurance in sub-Saharan Africa: Experiences and lessons learned", em *Afrika Spektrum,* Vol. 35, No. 2, p. 193–210.

Wipf, J.; Liber, D.; Churchill, C. 2006. "Product design and insurance risk management", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 146–173.

—; **Garand, D.** 2006. "Pricing microinsurance products", em C. Churchill (ed.): *Protecting the poor: A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 238–253.

—. 2008. *Performance indicators for microinsurance: A handbook for microinsurance practitioners,* 1st Edition, Appui au Développement Autonome (Luxembourg).

—. 2010. *Performance indicators for microinsurance: A handbook for microinsurance practitioners,* 2nd Edition, Appui au Développement Autonome (Luxembourg).

Women's World Banking (WWB). 2003. *WWB Savings Report with ADOPEM* (Dominican Republic).

—. 2005. *WWB Gender Report with Al Amana* (Morocco).

—. 2006a. *WWB Savings Report with PADME* (Benin).

—. 2006b. *WWB Savings Report with Mi-Bospo* (Bosnia & Herzegovina).

—. 2006c. *WWB Gender Report with MFW* (Jordan).

—. 2006d. *WWB Gender Report with ADOPEM* (Dominican Republic).

—. 2007a. *WWB Healthcare Financing Report with MFW* (Jordan).

—. 2007b. *WWB Healthcare Strategy with MFW* (Jordan).

—. 2007c. *WWB Savings Report with Kashf Foundation* (Pakistan).

—. 2008a. *WWB Healthcare System Analysis with FMMB* (Colombia).

—. 2008b. *WWB Gender Report with ADOPEM* (Dominican Republic).

—. 2008c. *WWB Gender Report with Kashf Foundation* (Pakistan).

Woodruff, R. B. 1997. "Customer value: The next source for competitive advantage", em *Journal of the Academy of Marketing Science,* Vol. 25, No. 2, p. 139–153.

World Bank. 2005. *Managing agricultural production risk: Innovations in developing countries* (Washington, D.C.).

—. 2007. *Vietnam Development Report 2008: Social protection* (Hanoi, World Bank).

—. 2009. *The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children* (Washington, D.C.).

—. 2011a. *Country and lending groups,* em: http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-andlending-groups (acesso em 28 de setembro de 2011).

—; 2011b. *Weather index insurance for agriculture: Guidance for development practitioners* (Washington, D.C.). **World Federation of Insurance Intermediaries**

(WFII). 2010. *WFII policy position paper on Microinsurance* (WFII, Washington, D.C.).

World Health Organization (WHO). 2000. *World Health Report 2000: Health systems improving performance* (Geneva).

World Meteorological Organization (WMO). 2010. "2010 equals record for world's warmest year", Press Release No. 906, em: http://www.wmo.int/pages/mediacentre/press_releases/pr_906_en.html [acesso em 20 de janeiro de 2010].

Wright, G.; Mutesasira, L. 2001. *The relative risks to the savings of poor people* (Nairobi, MicroSave).

Xu, K.; Klavus, J.; Kawabata, K.; Evans, D.B.; Hanvoravongchai, P.; Ortiz, J.P.; Zeramdini, R.; Murray, C.J.L. 2003. "Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges", em C.J.L. Murray; D.B. Evans (eds): *Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism* (Geneva, World Health Organization).

Ying, X.H.; Hu, T.W.; Ren, J.; Chen, W.; Xu, K.; Huang, J.H. 2007. "Demand for Private Health Insurance in Chinese Urban Areas", em *Journal of Health Economics,* Vol. 16, No. 10, p. 1041–1050.

Yip, W.; Wang, H.; Hsiao, W. 2009. *"The impact of Rural Mutual Health Care on access to care: Evaluation of a social experiment in rural China"* (Cambridge, MA, Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing).

Young, P.; Mukwana, P.; Kiyaga, E. 2006. *Microinsurance: Exploring ways to assess its impact* (Microfinance Opportunities).

Young, S. 2010. *CCRIF: Demonstrating the utility of risk pooling as a climate change adaptation tool,* apresentado em MCII side event, COP-16, Cancún, Mexico, 7 Dec. 2010.

Zeleke, T. 2011. *Insurance for all,* apresentado em MFW4A conference, Addis Ababa.

Zingales, L. 2009. "The future of securities regulation", em *Journal of Accounting Research,* Vol.47, No. 2, p. 391–425.

Zuluaga, S. 2010. *Case studies on the use of alternative models for the distribution of microinsurance in Colombia* (Bellville, South Africa, Cenfri), em: www.cenfri.org.

Zurich Financial Services Group. 2010. *Insurance and technology to better serve emerging consumers: Learning to improve access and service* (Zurich).

—. 2011. *Insurance and technology to better serve emerging consumers: Learning to improve access and service* (Zurich).

Zweifel, P.; Eisen, R. 2000. *Versicherungsökonomie* (Springer Verlag, Berlin).