

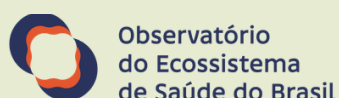
ESTUDOS OESB

# Gasto público e privado em saúde no Brasil

Comparação internacional e implicações para o financiamento e acesso à saúde



Realização:



Apoio:



**UMANE**



# Gasto público e privado em saúde no Brasil

## Comparação internacional e implicações para o financiamento e acesso à saúde

*Por Marcella Semente*

### **Destaques**

- O Brasil está alinhado com padrões internacionais em termos de gasto total com saúde em relação ao PIB, mas apresenta forte desvio pela predominância do gasto privado na sua composição.
- Considerando o nível de renda do país, o gasto privado em saúde no Brasil está acima do gasto de todos os 195 países analisados, com exceção dos Estados Unidos. O Brasil também está entre os dez países com maior gasto com seguros de saúde privados em relação ao PIB.
- Os subsídios indiretos ao setor têm crescido intensamente e de forma muito mais acelerada do que o gasto público direto: em 10 anos, deixou de equivaler a 27% dos recursos destinados ao Ministério da Saúde e passou a corresponder a 40% do orçamento da pasta.
- A coexistência de um sistema público subfinanciado com um setor privado robusto, e reforçado por subsídios regressivos, resulta em diferenciação no acesso e na qualidade dos serviços, além de fragmentação da assistência, duplicação de serviços e ineficiências no uso de recursos.

## 1. Introdução

Existem diversos arranjos de financiamento pelos quais países e sociedades garantem assistência médica a sua população. Programas públicos de saúde financiados pelo Estado constituem o principal mecanismo para cobrir os custos de saúde em quase metade dos países da OCDE; outro principal método de financiamento é alguma forma de seguro de saúde compulsório. Os gastos das famílias, ou as despesas diretas do próprio bolso (out-of-pocket), também podem representar uma parcela significativa dos gastos totais com saúde. Além desses, o seguro de saúde voluntário, em suas diversas formas, pode desempenhar um papel importante no financiamento em alguns países<sup>1</sup> (OCDE, 2023).

Os sistemas nacionais de saúde, financiados principalmente por impostos, ou os seguros sociais de saúde têm sido, tipicamente, os arranjos predominantes de financiamento da saúde nos países para alcançar a cobertura universal. O sistema de saúde brasileiro é um arranjo híbrido, que combina um sistema público universal com um mercado de seguros de saúde privados que oferecem a cerca de um quarto da população cobertura de serviços que já estão incluídos dentro do seguro público. Mesmo em países com cobertura universal através de sistemas de saúde universais – independentemente do esquema de financiamento –, existem mercados de seguros privados de saúde. A forma como essa coexistência se impõe no Brasil, entretanto, coloca o país como um ponto fora da curva internacional em termos da composição do seu gasto em saúde: a maior parte dele é financiada por fontes privadas.

Dados recentes do System of Health Accounts (SHA-BR) indicam que, em 2022, o Brasil destinou o equivalente a 9,4% do Produto Interno Bruto (PIB) à saúde, proporção semelhante à média dos países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Contudo, apenas 45,4% desse gasto foram públicos<sup>2</sup>, enquanto 54,6% teve origem privada (BRASIL, 2025). Essa configuração contrasta com o padrão observado em países com sistemas universais consolidados, nos quais o financiamento público geralmente responde por mais de 70% do gasto total (OCDE, 2023).

1. Outros modelos de financiamento da saúde, como os de organizações sem fins lucrativos ou empresas, podem receber doações ou gerar renda por meio de investimentos ou outras operações comerciais.

2. O gasto público pode ser definido como a soma das transferências governamentais e de todas as contribuições sociais que custeiam os gastos com saúde em uma população.

única fonte de cobertura para aproximadamente três quartos da população – e que inclui não apenas assistência à saúde, mas todas as suas demais atribuições como pesquisa e vigilância sanitária. Tal atipicidade evidencia questões centrais sobre uma estrutura de financiamento tão dependente do setor privado e sobre quais são as consequências dessa configuração para o acesso à saúde, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde.

## 2. Estrutura do gasto em saúde: comparação internacional e o caráter atípico do caso brasileiro

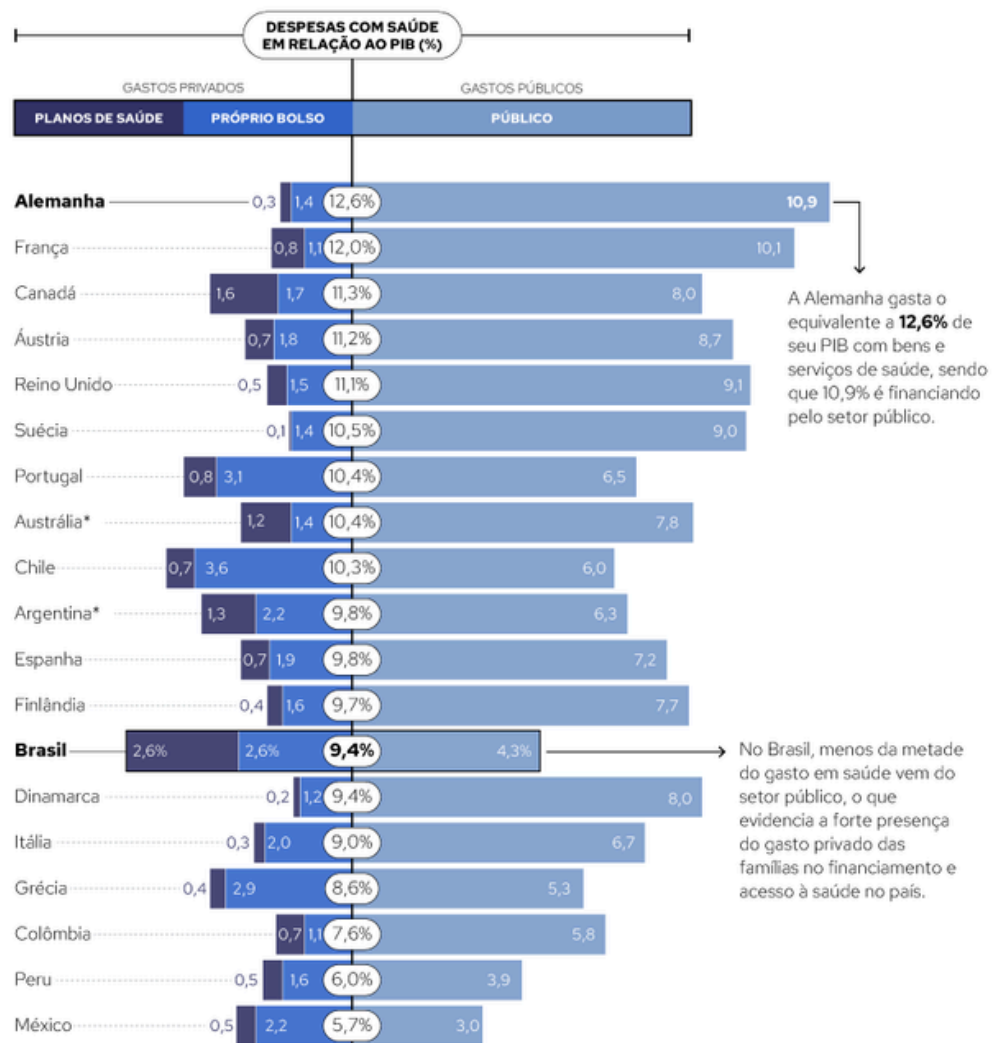
O nível de financiamento público em saúde de um país é determinado, dentre outros fatores, pelo tipo de sistema de saúde existente, o perfil demográfico da população, condições econômicas e prioridades orçamentárias. O nível do gasto público brasileiro com saúde em relação ao PIB está próximo ao esperado para o nível de renda do país: em 2022, os recursos destinados à saúde corresponderam a 9,4% do PIB, percentual ligeiramente superior à média dos países-membros da OCDE, de 9,2% (BRASIL, 2025; OCDE, 2023). Esse percentual, contudo, fica abaixo daquele observado em países com grandes sistemas públicos de saúde e maior PIB per capita como França (12,0%), Canadá (11,3%) e Reino Unido (11,1%), todos com gastos acima de 10%.

Mais do que o nível, entretanto, é a composição com que esse gasto se apresenta (Figura 1) que chama a atenção para o Brasil, uma vez que, diferentemente de todos os países retratados, menos da metade do gasto do país é financiado pelo setor público. Mesmo nos países onde o gasto privado em relação ao PIB é substancial, como Chile (4,3%), Portugal (3,9%), Argentina (3,5%) e Canadá (3,3%), o gasto público é predominante, constituindo pelo menos 58% do gasto total em saúde.

O gasto privado em saúde pode ser decomposto entre o pagamento a planos e seguros privados de saúde e o consumo direto de saúde privada (out-of-pocket), quando o indivíduo realiza o pagamento pela prestação do serviço diretamente ao estabelecimento ou ao profissional de saúde. Nesse sentido, a decomposição do gasto privado no Brasil também se distingue em grande medida na comparação internacional, visto que os planos de saúde representam metade desse gasto (54,6%).

Além da baixa participação relativa, o gasto público brasileiro é reduzido em termos absolutos. Em paridade de poder de compra (PPC), o gasto público per capita foi de aproximadamente US\$ PPC 779 em 2022, valor substancialmente inferior à média da OCDE (de US\$ PPC 4.121) e de quase todos os países selecionados, com exceção apenas de México e Peru (BRASIL, 2025).

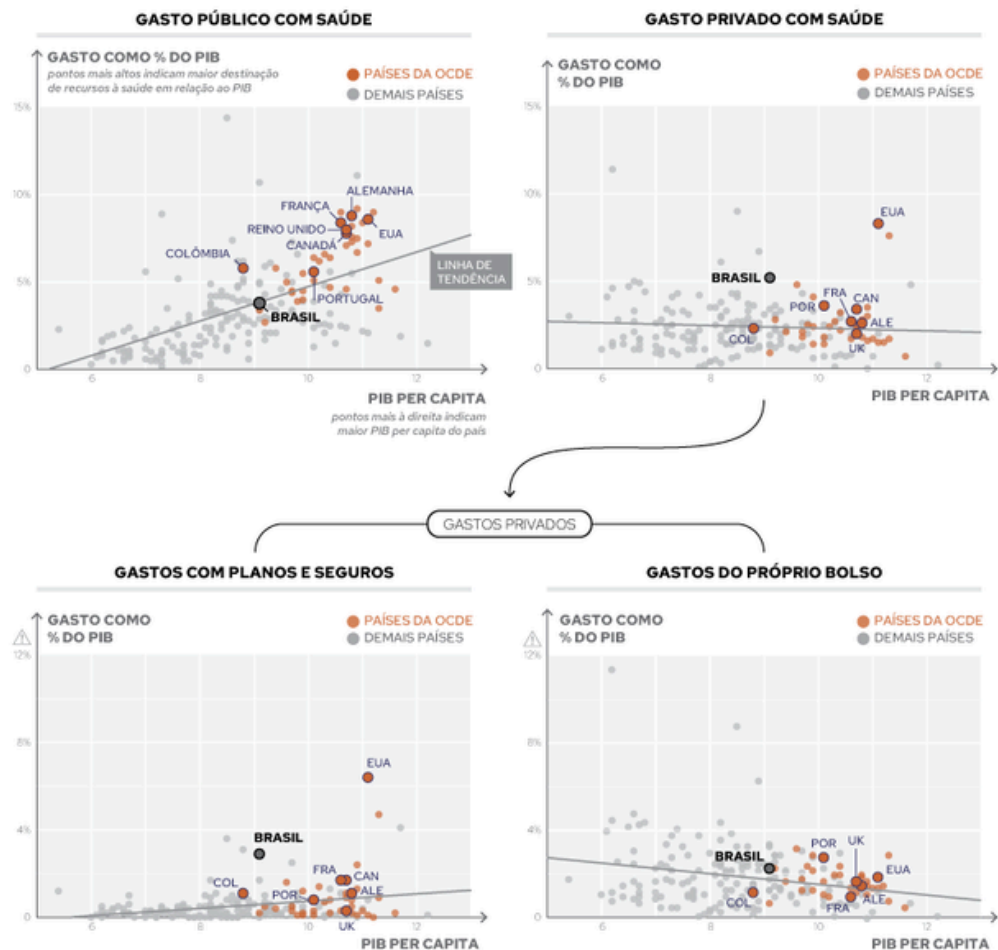
**Figura 1 – Gasto com saúde em relação ao PIB, segundo a origem do gasto**



Fonte: Ministério da Saúde, Relatório do System of Health Accounts Brasil (SHA-BR) 2022. \*Austrália e Argentina possuem dados apenas de 2021.

Apesar disso, em perspectiva comparada, o nível do gasto público brasileiro com saúde<sup>3</sup> em relação ao PIB (Figura 2) está próximo ao esperado para o nível de renda do país, mas abaixo dos países da região e de alta renda. Já o gasto privado está acima do esperado para o nível de renda do país e acima do gasto de todos os países, com exceção dos Estados Unidos. Chama a atenção, portanto, o nível elevado de gasto privado com saúde, que chega a ser maior do que em países que não contam com um serviço nacional de saúde, como o Chile (Arruda et al., 2021).

**Figura 2 – Gasto com saúde em relação ao PIB segundo o PIB per capita**



Fonte: Arruda et al. (2024). Saúde privada no Brasil: evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente. In: IEPS & Umanê (2024). Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Nota: elaboração com base em dados do I-ME e Banco Mundial. Dados de 2019 a preços constantes de 2015.

3. O gasto total com saúde no Brasil em 2019 (ano imediatamente anterior à pandemia) foi equivalente a 9% do PIB. Nesse ano, o gasto público equivalia a 3,8% do PIB, enquanto o gasto privado correspondia a 5,2% do PIB.

Na decomposição do gasto privado, a comparação internacional mostra que, enquanto o gasto do próprio bolso está ligeiramente acima do nível esperado para o nível de renda do país (2,3%), o gasto com planos e seguros de saúde privados está significativamente acima do esperado (2,9%), posicionando o Brasil entre os dez países com maior gasto em seguros de saúde privados em relação ao PIB (Arruda et al., 2021).

A análise comparada evidencia que o Brasil ocupa uma posição singular. Em termos de gasto total em relação ao PIB, o país está alinhado com padrões internacionais, porém, no que se refere à estrutura de financiamento, apresenta forte desvio pela predominância do gasto privado. Nos países da OCDE, cerca de 76% do gasto em saúde é público; essa predominância garante maior redistribuição de recursos, diluição de riscos e menor dependência de pagamentos diretos – que expõe pessoas que precisam pagar pelos serviços de saúde a dificuldades financeiras, podendo levar a gastos catastróficos com saúde, sendo as famílias mais pobres e aquelas que precisam pagar por tratamentos de longo prazo particularmente vulneráveis (OCDE, 2023).

### 3. Subsídios fiscais ao gasto privado em saúde

Pode-se afirmar que o Estado desempenha papel relevante na sustentação desse arranjo, de elevada participação do setor privado no financiamento e acesso à saúde no Brasil, não somente pela menor participação relativa no gasto total – e conseqüente menor capacidade de financiamento efetivo dos serviços públicos –, mas também pela política de subsídios fiscais que adotou. Em 2024, a estimativa é de que o gasto tributário em saúde – recursos que o Estado deixa de arrecadar para incentivar determinado setor – tenha atingido R\$ 77,9 bilhões. A maior parte dessa renúncia é composta por deduções de despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) – mais de um terço – e de despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica a empregados no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), aproximadamente 17,3% (Semente; Nobre, 2024).

A estrutura das renúncias vinculadas ao Imposto de Renda apresenta efeitos distributivos relevantes, com traços de regressividade. No âmbito do IRPF, as deduções de despesas médicas são ilimitadas e, em 2023, foram estimadas em cerca de R\$ 24,5 bilhões (De Renzio et al., 2025) – planos de saúde representam aproximadamente 75% das despesas

declaradas (Semente; Nobre, 2024). No IRPJ, a dedução de gastos com assistência médica ofertada a empregados, estimada em aproximadamente R\$ 12,6 bilhões (Renzio et al., 2025), atua como incentivo direto à expansão de planos coletivos empresariais. Em conjunto, esses mecanismos operam como subsídios à demanda por serviços privados de saúde, reforçando a segmentação do sistema e reduzindo a arrecadação. O resultado é o deslocamento de recursos que poderiam ser alocados no financiamento público para o consumo privado incentivado por benefícios tributários.

Do ponto de vista econômico, esses mecanismos equivalem a um gasto público indireto, reduzindo a arrecadação e, conseqüentemente, o espaço fiscal disponível para o financiamento direto do SUS. Contudo, enquanto o gasto público exibe uma característica altamente progressiva, pois beneficia majoritariamente os estratos de menor renda da população, o gasto privado, de maneira geral, acompanha o nível de concentração de renda, que é significativamente elevado no país (Silveira; Gaiger, 2021). Como ponto de partida, apenas 20% da população está obrigada a declarar o Imposto de Renda, aqueles com rendimentos superiores ao limite estabelecido; ou seja, somente essa parcela usufrui desses benefícios. Dentro disso, os 10% no estrato mais alto de renda são responsáveis por 40% das despesas declaradas com saúde e somente os 5% de maior renda respondem por 25% (Semente; Nobre, 2024). Assim, como os benefícios fiscais na área da saúde concedidos via IRPF não possuem limite máximo de valor, acabam por reproduzir a concentração do gasto privado em saúde, com concentração dos benefícios nos estratos mais elevados da distribuição de renda.

Adicionalmente, o gasto tributário em saúde tem crescido intensamente e de forma muito mais acelerada do que o gasto público direto: em 2014, os subsídios em saúde da União foram equivalentes a 27% dos recursos destinados ao Ministério da Saúde; em 2024, estima-se que o gasto tenha correspondido a 40% do orçamento da pasta (Semente; Nobre, 2024). Isso gera uma distorção no princípio de progressividade do sistema fiscal e reduz seu potencial redistributivo, pois direciona recursos públicos para o consumo privado de saúde, de uma maneira que beneficia desproporcionalmente contribuintes com maior renda, além de limitar a capacidade de financiamento de políticas universais como o SUS.

## 4. Discussão

Apesar de projetado para garantir acesso integral à saúde para toda a população, o SUS é cronicamente subfinanciado, operando com menor volume de recursos públicos do que sistemas comparáveis, o que limita severamente a sua capacidade de atuar como sistema de acesso universal à saúde. As projeções indicam que o Brasil precisará ampliar significativamente o gasto em saúde nas próximas décadas para atender às demandas decorrentes do envelhecimento populacional e do aumento de custos médicos (Rocha; Furtado; Spínola, 2021).

Esse cenário é agravado pela crescente perda de arrecadação da União decorrente do gasto tributário em saúde, que registrou aumento de pelo menos 49% entre 2014 e 2023, sem que esse crescimento tenha se refletido na ampliação da cobertura: no mesmo período, o número de beneficiários de planos de saúde cresceu menos de 1% (Semente; Nobre, 2024). As despesas indiretas em saúde têm, portanto, crescido de forma alta e sistemática (Ocké-Reis; Dos Santos, 2011; Ocké-Reis; Gama, 2016), em ritmo muito superior ao das despesas diretas – o que aprofunda o financiamento estatal do setor privado em detrimento do setor público de saúde, tendência já consolidada nos últimos anos.

O caso brasileiro evidencia um desalinhamento entre desenho institucional e estrutura de financiamento, pois a universalidade do SUS pressupõe um financiamento público robusto, mas a realidade mostra predominância de mecanismos privados. Esse desalinhamento produz um sistema no qual o acesso formal é universal, mas o acesso efetivo é condicionado pela capacidade de oferta de serviços públicos subfinanciados e de pagamento das famílias, enquanto o Estado subsidia, direta e indiretamente, o setor privado. A predominância do gasto privado também contribui para a segmentação do acesso. Enquanto aproximadamente um quarto da população dispõe de planos de saúde, cerca de 160 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS. Essa segmentação resulta em diferenciais de tempo de espera, acesso desigual a serviços especializados e variação na qualidade percebida dos serviços.

Sistemas de saúde só garantem proteção financeira adequada quando os custos não causam dificuldades econômicas às pessoas. Sistemas com alta participação de gasto direto no financiamento da saúde tendem a apresentar maior desigualdade no acesso e maior incidência de gastos catastróficos em saúde (OCDE, 2023). Em países com forte proteção

social, esse componente é reduzido; no Brasil, o peso do gasto direto das famílias permanece elevado, apontando lacunas na cobertura e no acesso e indicando alta exposição das famílias ao custo da saúde.

Outro elemento central é a natureza profundamente imbricada do sistema de saúde brasileiro. O setor público e o privado não operam de forma isolada, mas compartilham recursos, infraestrutura e funções. Essas interações manifestam-se de diversas formas – na contratação de serviços privados pelo SUS, no uso de infraestrutura pública por beneficiários de planos privados, na circulação de profissionais entre os setores –, reforçando a complexidade do sistema e dificultando a separação clara entre financiamento público e privado, o que exige uma compreensão sistêmica das relações entre os setores público e privado. A manutenção de um sistema com gasto público secundário no financiamento da saúde e subsídios regressivos tende a restringir o acesso à saúde, a aumentar o risco financeiro para famílias, a aumentar desigualdades e a fragilizar a sustentabilidade do sistema de saúde.

## 5. Considerações finais

A predominância do gasto privado em saúde no Brasil constitui um elemento central para compreender os desafios do sistema. O SUS provê acesso universal e é a única fonte de assistência à saúde para cerca de três quartos da população, mas o gasto público corresponde a menos da metade do gasto total com saúde do país. Embora o nível de gasto total do Brasil seja comparável ao de economias desenvolvidas, a baixa participação do financiamento público limita o acesso à saúde e a equidade, reduz a proteção financeira da população e compromete a sustentabilidade do SUS.

Os dados analisados indicam que esse padrão é reforçado por subsídios regressivos e pela relação imbricada entre os setores público e privado. A coexistência de um sistema público subfinanciado com um setor privado robusto resulta em diferenciação no acesso e na qualidade dos serviços, além de fragmentação da assistência, duplicação de serviços e ineficiências no uso de recursos. É necessário reavaliar o papel dos subsídios ao setor privado, ampliar o financiamento público direto e reduzir a dependência de gastos diretos das famílias. Sem essas mudanças, o Brasil tende a perpetuar um sistema universal em princípio, mas segmentado na prática.

## Referências

ARRUDA, H.; ROSA, L.; MREJEN, M.; ROCHA, R. Saúde privada no Brasil: evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente. In: INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS); UMANE. Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido. Rio de Janeiro: IEPS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde. Relatório do System of Health Accounts Brasil (SHA-BR) 2022 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2020-2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

OCKÉ-REIS, C. O.; DOS SANTOS, F. P. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Texto para Discussão. IPEA: Brasília, 2011.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013. Nota Técnica. IPEA: Brasília, 2016.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

ROCHA, R.; FURTADO, I. e P. SPÍNOLA (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 2021, v.30, n.5, pp.1082-1094.

SEMENTE, M.; NOBRE, V. Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil. In: INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS); UMANE. Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido. Rio de Janeiro: IEPS, 2024.

SILVEIRA, F. G.; GAIGER, M. L. C. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

DE RENZIO, P.; PIRES, M.; RODRIGUES, N.; TEIXEIRA JUNIOR, G.  
Relatório nacional sobre gastos tributários: Brasil. German Institute of  
Development and Sustainability (IDOS) and Council on Economic  
Policies (CEP), 2025. <https://doi.org/10.23661/cr1.2025>

**Observatório do Ecossistema de Saúde do Brasil (OESB)**

Semente, M. (2026). Discrepância entre gasto público e privado em  
saúde no Brasil - Comparação internacional e implicações para o  
financiamento e acesso à saúde. São Paulo: Observatório do  
Ecossistema de Saúde do Brasil (OESB).

[www.oesb.org.br](http://www.oesb.org.br)