

WER ZAHLT WIRKLICH?

Die verborgene Solidarität im Schweizer Gesundheitswesen

Prämienvverbilligung, Spitalfinanzierung, progressives Steuersystem – das Schweizer Gesundheitswesen lebt von einer solidarischen Finanzierung. Kostendämpfungen entlasten die Haushalte wirksamer.

Autorinnen: **Melanie Häner-Müller & Nina Kalbermatter**

Die steigenden Krankenversicherungsprämien gehören seit Jahren zu den grössten Sorgen der Schweizer Bevölkerung. Der Grund: Die Gesundheitskosten pro Kopf haben sich seit 1960 ungefähr verfünffacht.¹ Auch im internationalen Vergleich leisten wir uns eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt.²

Dabei sollte man nicht vergessen, dass dieses System nicht nur teuer ist. Es ist auch ausgesprochen leistungsfähig. Internationale Vergleiche zeigen, dass die Schweiz bei vermeidbaren Sterblichkeitsraten – also bei Krankheiten, die durch Prävention oder rechtzeitige Behandlung abwendbar wären – besonders gut abschneidet. Auch der Zugang zur medizinischen Versorgung ist in der Schweiz sehr gut: Lediglich 1,3 Prozent der Bevölkerung geben an, benötigte medizinische Leistungen nicht in Anspruch nehmen zu können. Im OECD-Vergleich ist dies ein sehr niedriger Wert, der selbst bei einkommensschwachen Haushalten deutlich unter dem Durchschnitt liegt.³

Solidarität trotz Kopfprämien

Trotz dieser erfreulichen Bilanz steigen mit den Gesundheitskosten zwangsläufig auch die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Dies betrifft nicht alle Haushalte im selben Ausmass, da alle Versicherten – unabhängig von ihrem Einkommen – denselben Betrag bezahlen. Damit kommt schnell der Vorwurf auf, es feh-

le dem System an Solidarität. Ein Verkäufer zahlt schliesslich dieselbe Prämie wie eine Bankdirektorin. Doch dieses Argument greift zu kurz: Prämien sind nur ein Teil der Gesundheitsfinanzierung und nicht der einzige mit Umverteilungswirkung.

Für einen ersten Ausgleich sorgt die individuelle Prämienvverbilligung (IPV). Bund und Kantone unterstützen damit Haushalte mit tiefen bis mittleren Einkommen. Heute profitiert rund ein Drittel der Bevölkerung von diesen Beiträgen. Diese Verbilligungen werden aus Steuergeldern bezahlt. Weil unser Steuersystem progressiv ist, leisten Gutverdienende einen grösseren Beitrag.

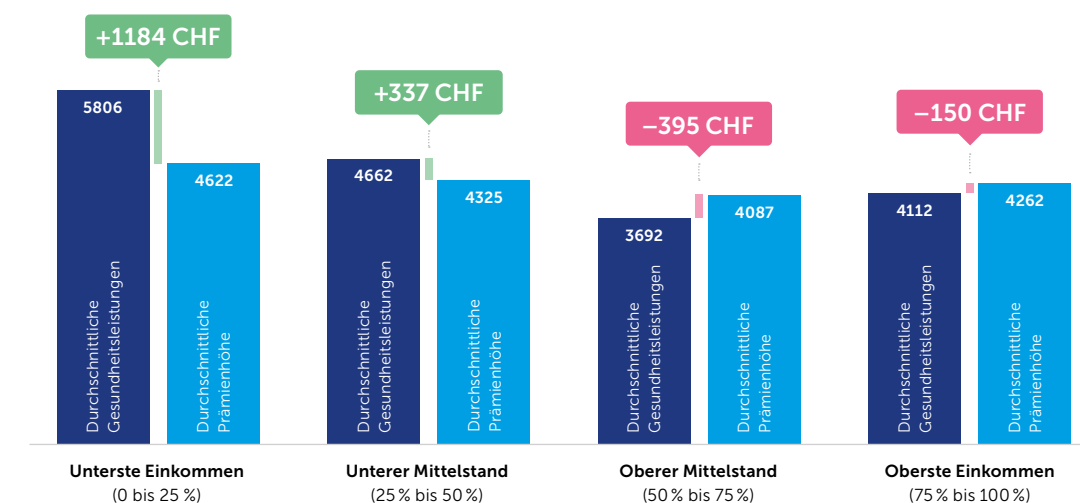
Ein zweiter zentraler Mechanismus ist die Spitalfinanzierung: Seit der Reform von 2012 übernehmen die Kantone mindestens 55 Prozent der Kosten stationärer Behandlungen. Dies ist ebenfalls aus Steuergeldern finanziert und wird damit mehrheitlich von einkommensstarken Haushalten getragen.⁴ Hinzu kommt eine leistungsseitige Umverteilung: Personen mit niedrigerem Einkommen beanspruchen im Durchschnitt mehr Gesundheitsleistungen als solche mit höherem Einkommen.

Die Grafik unten zeigt, dass die untersten Einkommen und der untere Mittelstand 2020 durchschnittlich mehr Leistungen bezogen haben, als sie Prämien bezahlt haben, während für den oberen Mittelstand und die obersten Einkommen ein umgekehrtes Bild vorliegt. Das Schweizer System enthält also trotz Kopfprämien beträcht-

Gesundheitsleistungen und Prämienhöhe nach Einkommensgruppen

Die untersten Einkommen und der untere Mittelstand haben im Jahr 2020 durchschnittlich mehr Leistungen bezogen als sie Prämien bezahlt haben (in Franken pro Kopf)*

Quelle: IWP – Swiss Inequality Database Health, 2024



Melanie Häner-Müller

Dr. oec. ist Bereichsleiterin Sozialpolitik und Bildungsverantwortliche am Institut für Schweizer Wirtschaftspolitik (IWP) an der Universität Luzern, sowie Dozentin an den Universitäten Basel und Luzern. Sie schreibt eine monatliche Wirtschaftskolumne in der «NZZ am Sonntag».



Nina Kalbermatter

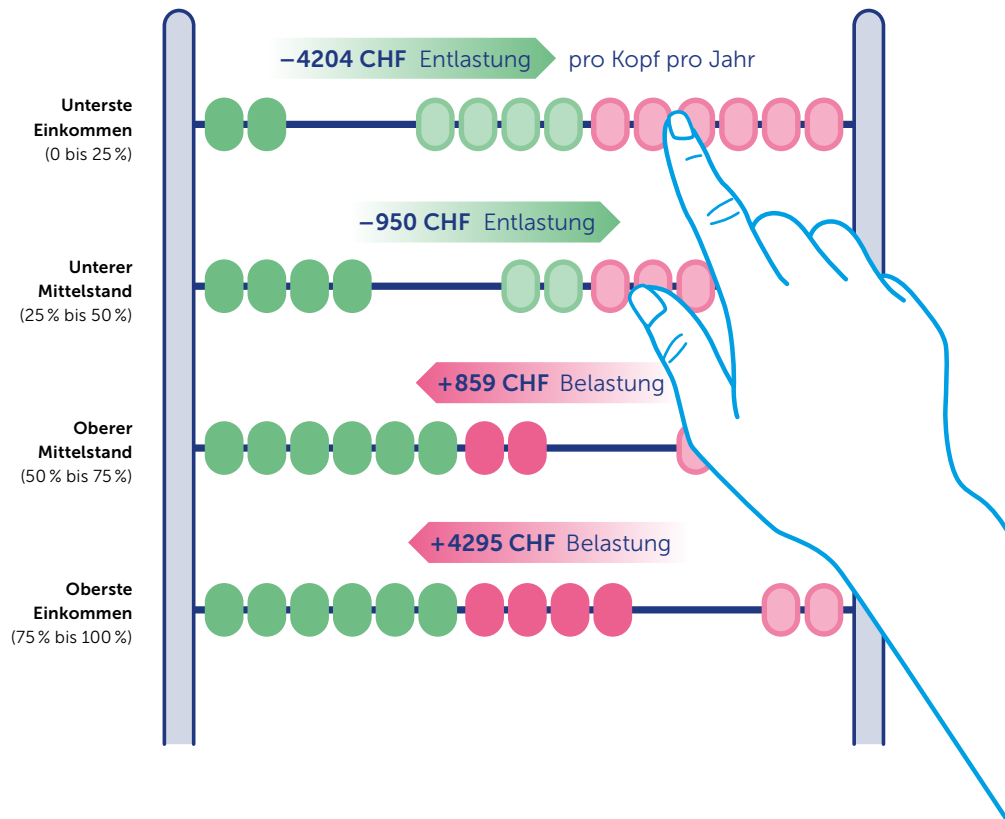
ist Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Sozialpolitik am Institut für Schweizer Wirtschaftspolitik (IWP) an der Universität Luzern.

*Die Grafik berücksichtigt die Höhe der Prämien ohne Abzug der Prämienvverbilligungen. Unterschiedliche Prämienhöhe widerspiegeln u.a. unterschiedliche Präferenzen bei der Franchise.

Gesamtumverteilung in der OKP (2020)

Fällt der Umverteilungsbetrag positiv aus, so wird diese Einkommensgruppe von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überdurchschnittlich belastet. Bei einem negativen Betrag wird die entsprechende Einkommensgruppe unterdurchschnittlich belastet. Berücksichtigt werden die Prämienbelastung und andere Geldflüsse (IPV, Steuern).

Quelle: IWP – Swiss Inequality Database Health, 2024



liche Umverteilungsströme. Allerdings sind diese weniger sichtbar als eine direkt einkommensabhängige Prämie.

Eine zusätzliche Jahresprämie als Umverteilungsbeitrag

Wie gross diese Umverteilung tatsächlich ist, zeigt die Swiss Inequality Database (SID) Health des Instituts für Schweizer Wirtschaftspolitik (IWP) an der Universität Luzern. Auf Basis eines einzigartigen Datensatzes der CSS-Versicherung sowie der Steuerstatistiken der Eidgenössischen Steuerverwaltung haben wir sämtliche Umverteilungsströme der OKP systematisch erfasst und ausgewertet – sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Finanzierungsseite.⁵

Das Ergebnis ist aufschlussreich: Versicherte mit niedrigem Einkommen (unterste 25 Prozent) werden durch die Kopfprämien zwar überproportional belastet, durch die anderen Umverteilungsmechanismen aber deutlich entlastet. Unter dem Strich wird die unterste Einkommensgruppe um durchschnittlich 4204 Franken pro Kopf und Jahr entlastet. Umgekehrt leistet die oberste Einkommensgruppe (oberste 25 Prozent) einen Netto-Umverteilungsbeitrag von 4295 Franken pro Kopf, was in etwa einer zusätzlichen Jahresprämie entspricht (siehe Grafik oben).

Kostendämpfung statt Solidaritätsausbau

Angesichts der steigenden Prämien wird dennoch häufig gefordert, die Solidarität im System durch einkommensabhängige Prämien oder grosszügigere Subventionen weiter auszubauen. Solche Massnahmen können kurzfristig den Mittelstand entlasten, lösen jedoch das eigentliche Problem

nicht: das anhaltend starke Wachstum der Gesundheitskosten. Dieses Wachstum hat strukturelle Ursachen. Neue medizinische Technologien erschliessen laufend zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten steigen, und der Leistungskatalog wird wiederholt ausgebaut. Gleichzeitig mangelt es an Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern wie Spitälern, Arztpraxen, Apotheken und weiteren Akteuren.⁶ Die Folgen sind Ineffizienzen: unnötige Untersuchungen, Überbehandlungen und Doppelspurigkeiten. Hier liegt erhebliches Sparpotenzial.

Statt die Finanzierungsstruktur zu ändern, sollten die Reformen bei der Effizienz der Versorgung ansetzen. Bessere Koordination zwischen Leistungserbringern, stärkere Ausrichtung an messbaren Behandlungsergebnissen sowie mehr Transparenz über Qualität und Kosten könnten unnötige Ausgaben erheblich reduzieren – ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Der Mittelstand leidet letztlich nicht in erster Linie unter mangelnder Solidarität, sondern vielmehr unter den wachsenden Gesundheitskosten. Denn diese schlagen sich in steigenden Prämien nieder. Die eigentliche Krankheit des Systems ist das Kostenwachstum. Wer sie kurieren will, muss dort ansetzen: bei Effizienz, Koordination und Transparenz – und nicht allein bei der Verteilung der Lasten. ●



dialog.css.ch/fokus

Weitere Artikel der Rubrik «Fokus» finden Sie auf dialog.css.ch.

1. Lerch, B., Colombier, C. & Brändle, T. (2025). Determinants of Healthcare Expenditure: Evidence from Switzerland between 1960–2022.
2. OECD (2025). Health at a Glance.
3. Ebd.
4. Im Jahr 2028 erfolgt die Finanzierung aufgrund der Einführung von EFAS nach neuem Schlüssel.
5. iwp.swiss/sid/health
6. Brunner, B.; Wieser, S.; Maurer, M.; Stucki, M.; Nemitz, J.; Schmidt, M.; Brack, Z.; Lenzin, G.; Trageser, J.; von Stokar, T.; Gschwend, E.; Vettori, A. (2019). Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Studie von Infrass und dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Hochuli, P. & Chuard, C. (2026). Unpacking Regional Variance in Health Care: Insights from Internal Migration in Switzerland. CSS Institut Working Paper.