

**PKV-Reformkonzept
Krankenversicherung**

**„Reformieren,
nicht zerschlagen“**

15. Juni 2005

Das Konzept im Überblick

- I. Gesundheitssystem in Deutschland heute**

- II. Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem**

- III. Bürgerversicherung und Pauschalprämien bieten keine Lösungen für die strukturellen Probleme des Gesundheitssystems**

- IV. PKV-Reformkonzept Krankenversicherung**
 - 1. Langfristige Finanzierbarkeit**
 - 2. Mehr Wettbewerb**
 - 3. Mehr Verteilungsgerechtigkeit**
 - 4. Gesundheitskosten vom Lohn abkoppeln**

- V. Tabellarischer Überblick über die finanziellen Auswirkungen der einzelnen Maßnahmen des PKV-Reformmodells für die gesetzliche Krankenversicherung**

I. **Gesundheitssystem in Deutschland heute**

Das deutsche Gesundheitswesen gehört nach wie vor zu den **besten der Welt**. Die gesamte Bevölkerung profitiert von dem hohen Qualitätsstandard. Alle haben Zugang zu allen angebotenen medizinisch notwendigen Leistungen – ohne unververtretbare Wartezeiten und Rationierungen.

Der deutsche Gesundheitsmarkt hat mit einem Volumen von gut 250 Milliarden Euro im Jahr 2004 fast die **Größe des Bundeshaushalts** erreicht. Von diesen Gesamtkosten haben die für 90 Prozent der Bevölkerung zuständigen gesetzlichen Krankenkassen rund 140 Milliarden Euro getragen. Die 8,3 Millionen Privatpatienten – 10 Prozent der Bevölkerung – haben über 20 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben.

Mittel- bis langfristig ist das Gesundheitssystem in seiner heutigen Form nicht mehr finanzierbar. Es besteht **Reformbedarf**: Medizinischer Fortschritt und längere Lebenserwartung der Bürger treiben die Kosten. Die über 65-Jährigen machen heute rund 17 Prozent der Bevölkerung aus. Auf sie entfallen aber mehr als 43 Prozent der Gesundheitsausgaben. Bis 2050 wird sich der Anteil dieser Altersgruppe verdoppeln. Diese Entwicklung belastet in erster Linie die gesetzlichen Krankenkassen, die – anders als die privaten Krankenversicherer – nach dem Umlageverfahren arbeiten und nicht gegen die negativen Folgen der demographischen Entwicklung gewappnet sind.

Die Kernfrage ist, ob das derzeitige System **zukunftsfähig verändert** werden kann oder ob die Probleme nur durch eine radikale Umgestaltung des bestehenden Systems, durch neue Ansätze wie die Bürgerversicherung oder die Gesundheitsprämie gelöst werden können.

II. Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem

Über die Hauptziele einer Gesundheitsreform besteht gesellschaftlicher Konsens:

- Die hohe **Versorgungsqualität** muss erhalten werden.
- Die gesamte Bevölkerung muss **Zugang** zu einem entsprechenden Gesundheitsschutz haben.
- Die **Bezahlbarkeit** des Gesundheitssystems muss dauerhaft gesichert werden.

Daneben gibt es weitere Ziele, die unerlässlich sind, um die gesetzliche Krankenversicherung langfristig zukunftssicher zu machen:

- Die Gesundheitskosten müssen, soweit es möglich ist, **von den Lohnkosten abgekoppelt** werden. Durch die paritätische Finanzierung der GKV belasten diese den Faktor Arbeit und stehen – bei steigenden Gesundheitskosten – der Schaffung neuer Arbeitsplätze entgegen.
- Die finanziellen Ressourcen des einzelnen Beitragszahlers und die der Gesellschaft insgesamt sind begrenzt. Deswegen müssen Angebot und Zahlungsbereitschaft stärker miteinander in Einklang gebracht werden. In einem System, das ganz überwiegend über Pflichtbeiträge finanziert wird, muss der gesetzlich vorgegebene **Leistungskatalog** deshalb bei Bedarf neu definiert und auch **eingeschränkt** werden.
- **Wettbewerb** ist das effektivste Instrument, um ein gutes Leistungsangebot sicherzustellen und Kostensteigerungen entgegenzuwirken. Darum muss es **Wettbewerb zwischen den Systemen** gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherung geben – aber auch Wettbewerb **innerhalb** der beiden Systeme sowie zwischen den Leistungserbringern.

III. **Bürgerversicherung und Pauschalprämien bieten keine Lösungen für die strukturellen Probleme des Gesundheitssystems**

Weder die Bürgerversicherung noch die Pauschalprämie (Kopfpauschale, Gesundheitspauschale) können die **strukturellen** Probleme im Gesundheitssystem lösen. Beide Modellvorschläge haben **fundamentale Schwächen**:

- Sowohl Bürgerversicherung als auch Pauschalprämie sind bürokratische Monster. Bei der Bürgerversicherung sollen **Beiträge auf alle Einkommensarten** wie zum Beispiel auf Mieten und Kapitaleinkünfte erhoben werden. Dafür müssen die Kassen entweder zu eigenen Finanzämtern werden oder die Finanzämter übernehmen die Aufgabe zusätzlich. Auch die Prämienpauschale kommt ohne die Einbindung der Finanzämter nicht aus: Transferansprüche müssen nachgewiesen werden, was **millionenfache Verwaltungsvorgänge** erforderlich macht. Zusätzlich muss eine besondere Familienkasse geschaffen werden.
- Beide Modelle tasten den **gesetzlichen Leistungskatalog** nicht an. Damit werden die Kosten zwangsläufig ungebremst weiter steigen.
- Beide Modelle führen zu **weniger Wettbewerb**. Insbesondere die Bürgerversicherung mündet in eine **staatliche Einheitskasse** – mit allen daraus resultierenden Konsequenzen.
- Das entscheidende Manko beider Reformvorschläge ist, dass sie **nicht** auf den **demographischen Wandel reagieren**. Wie notwendig das ist, belegen Zahlen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2004: Auf die über 80-Jährigen entfallen

pro Kopf **12.430 Euro Gesundheitskosten**. Die Durchschnittsausgaben pro Kopf der Bevölkerung – vom Baby bis zum Greis – betragen **lediglich 2.710 Euro**. Die Zahl der 60-Jährigen wird sich in den nächsten Jahrzehnten verdoppeln, die der über 80-Jährigen sogar verdreifachen. Es führt kein Weg daran vorbei, zu akzeptieren, dass die künftige Bezahlbarkeit der medizinischen Versorgung davon abhängt, wie sie **heute** finanziert wird. Wenn nicht rechtzeitig Reserven aufgebaut werden, um den altersbedingten Anstieg der Gesundheitskosten abzufedern, sind die Folgen absehbar: Die Beiträge in der Bürgerversicherung werden ebenso explodieren wie die Pauschalprämie. Deswegen ist ein **Mehr an Kapitaldeckung** in der Gesundheitsversorgung alternativlos.

In der Rentenversicherung hat der Gesetzgeber längst die **Konsequenzen aus der demographischen Entwicklung** gezogen. Durch kapitalgedeckte Riester-Rente und die betriebliche Altersversorgung werden Leistungskürzungen der umlagefinanzierten gesetzlichen Rentenversicherung aufgefangen. Vergleichbare Schritte sind auch für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung dringend notwendig. Niedrige Zinsen sind dabei kein Argument gegen die Kapitaldeckung. Was zählt, ist die Nettoverzinsung – also die Differenz zwischen Zinshöhe und Inflationsrate. Eine zufriedenstellende Nettoverzinsung wird deshalb regelmäßig auch in Niedrigzinsphasen erreicht.

IV. PKV-Reformkonzept Krankenversicherung

Das deutsche Gesundheitssystem kann durch eine **Weiterentwicklung des bestehenden Systems** auch ohne weiteren Bürokratieaufbau und rechtliche Hürden zukunftsfähig gestaltet werden. Dafür stehen verschiedene Stellschrauben zur Verfügung.

1. Langfristige Finanzierbarkeit

Um das deutsche Gesundheitssystem zukunftsfest zu machen, müssen die **Umlagefinanzierung der GKV auf ihre Kernaufgaben begrenzt** und die **Kapitaldeckung gestärkt** werden. Mehr Leistungen und Menschen müssen sukzessive in einer kapitalgedeckten PKV abgesichert sein.

In der PKV finanziert jede Generation die altersbedingt steigenden Gesundheitskosten über die **Alterungsrückstellungen** selbst. Um die Preissteigerungen im Gesundheitswesen abzufedern, wird seit dem 1.1.2000 zusätzlich ein gesetzlicher Zuschlag auf den Beitrag von 10 Prozent für alle Neuversicherten erhoben. Damit wird der Beitrag – bei entsprechend langen Vorversicherungszeiten – im Alter selbst dann stabil bleiben, wenn die Kosten im Gesundheitswesen so weitersteigen wie bisher. Damit hat die PKV auf die zentralen Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitsversorgung reagiert.

Aus dem heutigen **Leistungskatalog** der GKV bieten sich bestimmte Leistungen an, die ausgegliedert und durch kapitalgedeckte Produkte der PKV ersetzt werden können:

- **Private Unfälle:** Berufsunfälle werden heute schon alleine von den Arbeitgebern bezahlt. Im Gegenzug sollten private Unfälle in Zukunft allein von den Arbeitnehmern finanziert werden. Das Beispiel der Berufsunfälle zeigt, dass die **Abgrenzung zum Krankheitsgeschehen** verwaltungsmäßig durchaus funktionieren kann. Die PKV ist bereit, nach dem Vorbild der privaten Pflegeversicherung auch die Versicherung für private Unfälle zu übernehmen – mit Annahmepflicht für jeden, dem Verzicht auf Risikozuschläge und einer Begrenzung der Beiträge für ältere Jahrgänge.

- **Krankengeld:** Eine Versicherung des Krankengeldes kann nach analogen Kriterien erfolgen. Die Pflicht zur Versicherung sollte auf ein Mindestabsicherungsniveau begrenzt werden. Dadurch wird die **Wahlfreiheit der Versicherten** erhöht, die dann – im Unterschied zu heute – über Höhe und Eintrittszeitpunkt der Versicherungsleistung frei entscheiden könnten.
- **Zahnbehandlungen und Zahnersatz:** Der gesetzliche Versicherungsschutz für Zahnbehandlungen und Zahnersatz liegt in Deutschland weit über dem internationalen Standard. Der Bedarf an Zahnersatz hängt wesentlich von den eigenen präventiven Bemühungen ab, so dass die Eigenverantwortung gerade in diesem Bereich gestärkt werden sollte. Außerdem ist die Nachfrage sehr stark von ästhetischen Komponenten gesteuert. Zahnersatz sollte deshalb in jedem Fall in die **private Eigenverantwortung des Einzelnen** überführt werden. Auch bei der Zahnbehandlung tragen die eigenen Hygienegewohnheiten entscheidend zur Mundgesundheit bei – deshalb ist auch hier eine **vollständige Überführung** in die private Verantwortung angemessen. Es muss geprüft werden, ob die Zahnbehandlung fakultativ oder obligatorisch in der PKV abzuschließen ist. Ob die Kalkulation nach Alter erfolgen oder als einheitlicher Beitrag erhoben werden soll, muss politisch entschieden werden.

Eine Ausgliederung der drei Leistungsarten – private Unfälle, Krankengeld, Zahnbehandlung/Zahnersatz – würde die GKV sofort um 28 Milliarden Euro entlasten. Damit könnte der Beitragssatz um ca. 2,9 Prozentpunkte sinken.

Weitere Überprüfung des Leistungskatalogs

Weitere Bereiche des Leistungskatalogs müssen kritisch überprüft werden. **Satzungsleistungen** wie z.B. Kuren sind zu streichen. Auch die Erstattungsfähigkeit von Bagatellerkrankungen ist diskussionsfähig. **Versicherungsfremde Leistungen** wie Mutterchaftsleistungen, hauswirtschaftliche Versorgung etc. sollten vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden und systematisch richtig über den allgemeinen Staatshaushalt finanziert werden.

Auch die heutige **Zuzahlungsregelung** gehört auf den Prüfstand. Die Selbstbeteiligung in der GKV ist im internationalen Vergleich immer noch außerordentlich niedrig. Eine Erhöhung der Zuzahlungen würde den Kernbestand des medizinisch Notwendigen daher nicht gefährden – würde aber eine die Ausgaben steuernde Wirkung entfalten. Zudem wird es aufgrund der künftigen Beitragsentwicklung der GKV gar nicht anders möglich sein, als die **Eigenbeteiligung** der Versicherten zu erhöhen. Ein Schritt in diese Richtung könnte eine generelle Selbstbeteiligung bei jedem Arztbesuch sein. Auch die jetzige Chronikerregelung ist zu überprüfen, denn es ist weder nachvollziehbar noch fair, dass ein Versicherter mit mehreren Akuterkrankungen hintereinander mehr Zuzahlungen leisten muss als ein chronisch Kranker.

Die Streichung bzw. Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen, die Herausnahme von Satzungsleistungen und die Ausweitung der Zuzahlung würde die GKV um rund 6,9 Mrd. Euro entlasten. Dadurch ergibt sich ein Beitragssatzsenkungsspielraum von knapp 0,7 Beitragspunkten.

Absenkung Versicherungspflichtgrenze

Neben einer Überprüfung des Leistungskatalogs und einer Überführung von Teilen davon in die **kapitalgedeckte private Krankenversicherung** geht es auch darum, mehr Menschen die Möglichkeit zu geben, eine private Krankenversicherung mit Kapitaldeckung abzuschließen.

Ursprünglich wurde die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland nur für sozial Schutzbedürftige geschaffen – zuerst nur für Arbeiter und später für alle Arbeitnehmer, deren Lohn oder Gehalt unterhalb einer bestimmten Grenze lag. Allen anderen wurde zugetraut, eigenverantwortlich für den Krankheitsfall vorzusorgen. Daraus hat sich das heutige duale Versicherungssystem mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung entwickelt.

Von dem ursprünglichen **Kriterium der sozialen Schutzbedürftigkeit** als Trennlinie zwischen GKV und PKV ist man inzwischen jedoch weit entfernt: Etwa 90 Prozent der Bevölkerung sind in der GKV und ca. 10 Prozent in der PKV abgesichert.

Ein Großteil der GKV-Versicherten wäre aber in der Lage, sich eigenverantwortlich abzusichern. Dieser Gruppe sollte die **Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung** geboten werden. Eine Veränderung der **Versicherungspflichtgrenze** sollte dem Rechnung tragen; zumindest sollte die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1.1.2003 wieder rückgängig gemacht werden. Damit würde sich dann auch ein stärkerer **Wettbewerb zwischen GKV und PKV** entwickeln.

2. Mehr Wettbewerb

Systemwettbewerb GKV – PKV

Der PKV-Verband hat ein Konzept vorgelegt, das allen freiwillig Versicherten in der GKV den Eintritt in die PKV ermöglicht. Damit ist der Vorwurf eines Solidaritätsdefizits an der Grenze GKV – PKV endgültig ausgeräumt.

- Künftig sollen alle freiwillig GKV-Versicherten bis zum 55. Lebensjahr eine **Wechselmöglichkeit** zur PKV mit Annahmegarantie und ohne Risikozuschlag haben. Möglich wird dies durch einen neuen Tarif, den PKV-einheitlichen Basistarif. Damit kann jeder – auch mit erheblichen Vorerkrankungen – ohne Risikozuschläge zur PKV wechseln.
- Wird dieser Vorschlag verwirklicht, erhalten auch freiwillig GKV-Versicherte über 55 Jahre einmalig für eine Dauer von 12 Monaten die Wechselmöglichkeit zu diesen Konditionen – also **ohne Risikozuschlag** und bei Annahmeverpflichtung durch jedes Unternehmen.
- Jedem GKV-Versicherten stehen innerhalb der ersten sechs Monate, nachdem er erstmalig versicherungsfrei geworden ist, auch alle **höherwertigen Produkte** der PKV offen. Ein eventuell notwendiger Risikozuschlag ist auf 30 Prozent begrenzt.

Durch diese Öffnungsaktion wird ein **uneingeschränkter Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV** für alle freiwillig Versicherten möglich.

Der Vorschlag kann nicht ad hoc umgesetzt werden. Neben Vorbereitungsarbeiten und Abstimmungsprozessen bei den privaten Krankenversicherungen sind vor allem gesetzgeberische Änderungen erforderlich. Diese können jedoch im Zusammenhang mit der nächsten Gesundheitsreform realisiert werden – wenn der politische Wille vorhanden ist.

Mehr Wettbewerb innerhalb der PKV

Neben einem fairen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV ermöglicht der PKV-Vorschlag auch **mehr Wettbewerb** zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen. Insbesondere der Vorwurf mangelnder Wechselmöglichkeiten in der PKV wird damit aufgegriffen und für Neuversicherte entkräftet:

- Auf der Grundlage des Basisschutzes erhalten alle neu PKV-Versicherten ein Wechselrecht zu anderen PKV-Anbietern unter **Beibehaltung ihrer Rechte aus der Alterungsrückstellung**. Damit ist ein Unternehmenswechsel in der „neuen Welt“ auch für langjährig Versicherte nicht mehr mit Nachteilen verbunden.
- Auch für die bisher schon in der PKV Versicherten wird der **Wechsel zu einer anderen Gesellschaft erleichtert**. So sollen die Rechte aus dem gesetzlichen 10-Prozent-Zuschlag erhalten bleiben. Die **Alterungsrückstellung** hingegen kann nicht übertragen werden. Zu diesem Ergebnis sind auch viele Expertenkommissionen gekommen, die sich mit dem Thema beschäftigt haben. Die Tarife sind höchst unterschiedlich. Sie sind ohne Wechselrecht kalkuliert und so von den Versicherten abgeschlossen worden. Jedes PKV-Mitglied kann jedoch jederzeit in die neue Produktwelt wechseln und für die Zukunft zusätzliche Rechte aufbauen.

Durch den neuen Tarif wird ein **Wechselrecht** geschaffen, das dem der GKV vergleichbar ist. Versicherte mit Basisschutz können jederzeit wechseln. Die privaten Zusatzversicherungen sind nicht standardisierbar. Darum fehlen hier die Voraussetzungen für einen erleichterten Wechsel.

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen heißt aber auch **Vertragsfreiheit mit den Leistungserbringern** – und zwar auch für die PKV. Denn die Vertragspolitik mit Leistungserbringern ist ein Kernelement für mehr Effizienz im System. Auch die PKV muss deshalb in Eigenregie mit Leistungserbringern notwendige Strukturen und Bedingungen gestalten dürfen.

3. Mehr Verteilungsgerechtigkeit

Ohne Kinder ist unser Land nicht zukunftsfähig. Das Schaffen von **familienfreundlichen Rahmenbedingungen** ist deshalb eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Insofern gehört die finanzielle Entlastung von Familien im Rahmen einer effektiven Familien- und Kinderförderung in das Steuertransfersystem und nicht in die GKV.

- Für die bislang beitragsfrei mitversicherten Kinder sollte ein eigener Beitrag an die GKV entrichtet werden. Die Beiträge für Kinder sollten – steuerfinanziert – über ein **erhöhtes Kindergeld** finanziert werden. Diese Regelung muss dann selbstverständlich auch für die in der PKV versicherten Kinder gelten.
- Auf den Prüfstand gehört in diesem Zusammenhang die beitragsfreie Familienmitversicherung. Sie knüpft letztendlich an einem tradierten, **nicht mehr zeitgemäßen Familienbild** an. Nicht berufstätige und kinderlose Ehepartner sollten deshalb künftig, wenn sie keinen Familienangehörigen pflegen, einen eigenen Beitrag in die GKV zahlen müssen.

Durch die Änderung der beitragsfreien Mitversicherung (1 Mio. Fälle unterstellt) erhält die GKV zusätzliche Einnahmen in Höhe von 1,1 Mrd. Euro. Durch die Finanzierung der Kinderversicherung über Steuern würden der GKV 10,1 Mrd. Euro an Steuermitteln zufließen. Dadurch ergibt sich ein Beitragssatzsenkungsspielraum von etwa 1,2 Beitragspunkten.

4. Gesundheitskosten vom Lohn abkoppeln

Derzeit führen steigende GKV-Beitragssätze über einen steigenden Arbeitgeberzuschuss automatisch zu steigenden Lohnzusatzkosten. Diese gefährden Arbeitsplätze und damit ihrerseits wiederum die Finanzierungsgrundlage der GKV. Da die dringend gebrauchte Kehrtwende am Arbeitsmarkt mit steigenden Lohnzusatzkosten nicht zu schaffen ist, dürfen steigende Gesundheitskosten nicht durch steigende Lohnzusatzkosten finanziert werden. Dies gelingt durch eine **Festschreibung des Arbeitgeberzuschusses**. Beitragssatzsteigerungen sind ab dann nicht mehr vom Arbeitgeber, sondern alleine vom Arbeitnehmer zu tragen.

5. Fazit

In Deutschland verfügen die Menschen über eine **exzellente Gesundheitsversorgung**. Diese – insbesondere im internationalen Vergleich – herausragende flächendeckende Versorgungsqualität hat ihren Preis. Medizinischer Fortschritt und steigendes Lebensalter fordern ihren Tribut, so dass die Kosten in Zukunft noch weiter steigen werden. Alle Versicherten – auch die Mitglieder der PKV – müssen sich deshalb darauf einrichten, dass sie künftig höhere Gesundheitskosten zu tragen haben.

Um die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig zu gewährleisten, ohne die Wettbewerbsfähigkeit der Volkswirtschaft zu gefährden, muss

- die **Eigenverantwortung** des Einzelnen gestärkt,
- der **Wettbewerb** im System verstärkt und

- das **Finanzierungssystem** stärker auf die sich ändernde Altersstruktur unserer Bevölkerung – Verdoppelung der Altersklasse der über 65-Jährigen und Abnahme der Altersklasse der 20 bis 60-Jährigen um ein Fünftel – ausgerichtet werden.

Die **Ausgliederung** einzelner Bereiche aus dem Leistungskatalog, **Kostendämpfung** durch mehr Wettbewerb und höhere Effizienz sowie **Mehreinnahmen** in der Kinder- und Familienversicherung sind deshalb Maßnahmen, die alternativlos sind, um die GKV langfristig auf eine sichere Finanzierungsgrundlage zu stellen. Sie ermöglichen in der Summe eine **Beitragssatzsenkung in der GKV auf rund 9,4 Prozent** – und zwar im **bestehenden** System, ohne den Aufbau neuer Bürokratien, ohne Rechtshürden. Für die Absicherung der ausgegliederten Leistungen steht die PKV bereit – sowohl freiwillig als auch obligatorisch, bei entsprechenden Rahmenbedingungen. Entscheidend ist, dass künftig **mehr Leistungen und mehr Menschen** in einer privaten kapitalgedeckten Krankenversicherung versichert sind als heute. Nur so wird die Gesundheitsversorgung langfristig auf eine sichere Finanzierungsgrundlage gestellt.

Bürgerversicherung und Pauschalprämie sind keine Wege ohne Alternative. Die Politik hat bereits im bestehenden System Optionen an der Hand, zügig wirksame Reformen einzuleiten. Dieses System ist in der Bevölkerung fest verankert und – trotz einem Hang zum Klagen – fest verwurzelter Bestandteil der sozialen Absicherung. Das PKV-Reformkonzept zeigt, dass **Reformen im System möglich sind**. Es zeigt die Stellschrauben für Reformen und quantifiziert ihre Wirkungen.

So richtet sich der Appell an die Politik, dieses Konzept in die Reformüberlegungen einzubeziehen und zu nutzen. Die PKV steht als kompetenter Partner **für eine zukunftsfähige Lösung** bereit.

V. Die finanziellen Auswirkungen des PKV-Reformmodells für die gesetzliche Krankenversicherung in der Übersicht

Ausgaben der GKV (2004)	139.900.000.000 €
Ausgliederung Krankengeld	-6.400.000.000 €
Ausgliederung Zahnbehandlung	-7.700.000.000 €
Ausgliederung Zahnersatz	-3.600.000.000 €
Ausgliederung „privater Unfälle“	-10.400.000.000 €
Streichung versicherungsfremder Leistungen	-1.600.000.000 €
Ausweitung von Zuzahlungen	-1.500.000.000 €
Überprüfung des Leistungskatalogs Streichung von Satzungsleistungen	-3.800.000.000 €
Ausgabenrahmen (gesamt)	105.000.000.000 €
Finanzierung der Kinderversicherung über Steuern	-10.100.000.000 €
Zusätzliche Beitragseinnahmen durch Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	-1.100.000.000 €
Grundfinanzierungsvolumen über Beiträge	93.800.000.000 €
Effizienzreserven durch mehr Wettbewerb	xxx ¹
Beitragsrelevant	93.800.000.000 €

¹ Eine 2004 vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung veröffentlichte Studie sieht durch Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen ein Potential für ein jährliches Einsparvolumen von 7,5 bis 10 Mrd. €.