

## B. Systemanalyse

Das portugiesische System der Sozialen Sicherheit unterliegt – bedingt durch die beschriebenen demographischen und wirtschaftlichen Entwicklungen – einem dauernden Wandel. Die vorliegende Darstellung gibt den Stand zu Ende März des Jahres 2009 wieder. Die Änderungen, die bis zu diesem Zeitpunkt und zuletzt insbesondere im allgemeinen Vorsorgesystem und im System zum Schutz der Familie vorgenommen wurden, sind also mit einbezogen.

### I. Allgemeiner Teil

#### 1. Institutioneller Aufbau

##### a. Öffentliche Einrichtungen

Die öffentlichen Einrichtungen nehmen eine zentrale Position bei der Verwaltung des Gesamtsystems ein. Dies gilt insbesondere für das allgemeine und die speziellen Vorsorgesysteme, das nicht-beitragsfinanzierte und die speziellen geschlossenen Systeme, den Nationalen Gesundheitsdienst, die Familienförderung sowie das Wiedereingliederungseinkommen. Bei den öffentlichen Einrichtungen ist zwischen solchen der direkten, der indirekten und der autonomen Verwaltung zu unterscheiden.<sup>1</sup> Erstere sind in die Hierarchie der juristischen Person Staat eingegliedert und werden unmittelbar von den entsprechenden Ministerien geleitet. Die Einrichtungen der indirekten Verwaltung verfolgen zwar ebenfalls staatliche Ziele und erfüllen staatliche Aufgaben, es handelt sich bei ihnen aber um eigenständige juristische Personen des öffentlichen Rechts mit Verwaltungs- und/oder Finanzautonomie.<sup>2</sup> Sie haben in der Regel die Rechtsform einer Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts oder eines sog. personalisierten Dienstes.<sup>3</sup> Der Staat selbst hat bezüglich der indirekten Verwaltung zwar keine Leitungs-, wohl aber eine Aufsichtsfunktion. Die autonome Verwaltung schließlich verfolgt keine staatlichen, sondern eigene Ziele<sup>4</sup> und wird insofern vom Staat weder geleitet (*dirigir*),

---

1 Vgl. Art. 199 Buchst. d CRP, sowie ausführlich dazu *Freitas do Amaral*, *Curso de Direito Administrativo*, Bd. 1, S. 228 – 232, 347 – 350, 419 – 422, und *Medeiros*, in: *Miranda/ders.*, *Constituição Portuguesa Anotada*, Bd. 2, S. 730 – 737.

2 In der Praxis werden den Einrichtungen der indirekten Verwaltung eigene Einnahmequellen zugewiesen. Wenn sie ihren Finanzbedarf mit Hilfe dieser Quellen nicht zu decken vermögen, werden sie wieder in die direkte Verwaltung eingegliedert.

3 Daneben gehören auch die öffentlich-rechtlichen Unternehmen zu den öffentlichen Einrichtungen der indirekten Verwaltung. Vgl. dazu ausführlich *Freitas do Amaral*, *Curso de Direito Administrativo*, Bd. 1, S. 383 – 417.

4 Diese eigenen Ziele und die damit verbundenen Aufgaben werden den jeweiligen Einrichtungen aber nicht durch die Verfassung, sondern erst durch den Gesetzgeber zugewiesen. Alle öffentlichen Aufgaben sind somit ursprünglich staatliche Aufgaben.

noch beaufsichtigt (*superintender*), sondern lediglich beschützt (*tutelar*).<sup>5</sup> Zu unterscheiden sind bei der autonomen Verwaltung Personal- und Gebietskörperschaften.<sup>6</sup> Grundtyp der Personalkörperschaften sind dabei die berufsständischen Institutionen wie z.B. die Kammern.<sup>7</sup> Gebietskörperschaften sind vor allem Gemeinden (*município*) und deren Untergliederungen (*freguesia*). Ob auch die autonomen Regionen (Madeira und Azoren) eine Form der autonomen Verwaltung darstellen, ist strittig.<sup>8</sup> Im Rahmen der Sozialen Sicherheit spielt die autonome Verwaltung jedenfalls zwischenzeitlich<sup>9</sup> nur mehr bei der alternativen und der ergänzenden Vorsorge sowie bei den privaten Gesundheitsuntersystemen<sup>10</sup> eine Rolle. Dabei ist zu beachten, dass es sich zwar bei den berufsständischen Organisationen selbst eindeutig um Personalkörperschaften handelt. Weniger klar ist jedoch die Einordnung der dazugehörigen Vorsorgekassen.<sup>11</sup> Diese sind nicht dem Verwaltungsrecht unterworfen, werden aber dennoch aufgrund ihrer öffentlich-rechtlichen Befugnisse als juristische Personen des öffentlichen Rechts angesehen und insoweit der autonomen Verwaltung zugeordnet.<sup>12</sup> Dies wird bestätigt durch

- 
- 5 Ob die portugiesischen Kategorien leiten (*dirigir*), beaufsichtigen (*superintender*) und beschützen (*tutelar*) gleichzusetzen sind mit Hierarchieverhältnis, Fachaufsicht und Rechtsaufsicht, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht abschließend geklärt werden.
  - 6 Die Zugehörigkeit der Personalkörperschaften zur autonomen Verwaltung war lange Zeit strittig, wird aber inzwischen allgemein anerkannt, vgl. *Freitas do Amaral*, Curso de Direito Administrativo, Bd. 1, S. 421f., 472 – 478.
  - 7 Vgl. für die Rechtsanwaltskammer Art. 1 Lei 15/2005, DR I série-A N°18, 2005-01-16, S. 612 und ausführlich zu den Personalkörperschaften *Freitas do Amaral*, Curso de Direito Administrativo, Bd. 1, S. 423 – 478.
  - 8 Kritisch insoweit *Medeiros*, in: *Miranda/ders.*, Constituição Portuguesa Anotada, Bd. 2, S. 732f. Unklar hingegen *Freitas do Amaral*, Curso de Direito Administrativo, Bd. 1, S. 711 – 713.
  - 9 Während des Estado Novo waren die Vorsorgekassen der Berufsverbände die dominierende Vorsorgeform. Gem. Art. 19 DL 549/77, DR I série N°302, 1977-12-31, S. 3173 und DL 515/79, DR I série N°298, 1979-12-28, S. 3375f., sollten zwar alle Vorsorgekassen in das allgemeine System integriert werden. Diese Integration ist aber bis zum heutigen Tage nicht abgeschlossen.
  - 10 Vgl. zur Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Gesundheitsuntersystemen und der offenen Frage ihres Weiterbestehens oben S. 65 und unten S. 103 sowie *Diário de Notícias – Economia* vom 16. November 2006, S. 7.
  - 11 Das diese Vorsorgekassen grundlegend regelnde Decreto 46548, DG I série N°216, 1965-08-23, S. 1238 – 1254, beschränkt sich darauf, die Personalität der Vorsorgekassen allgemein anzuerkennen. Noch existent sind folgende Vorsorgekassen: die *Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores*, die *Caixa de Abono de Família dos Empregados Bancários*, die *Caixa de Previdência do Pessoal da Câmara Municipal de Lisboa*, die *Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia Portuguesa Rádio Marconi*, die *Caixa de Previdência do Pessoal das Companhias Reunidas de Gás e Electricidade*, die *Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto*, die *Caixa de Previdência dos Engenheiros*, die *Caixa de Previdência dos Trabalhadores da Empresa Portuguesa das Águas Livres*, die *Caixa de Previdência e Abono de Família dos Jornalistas*, die *Caixa de Reformas e Aposentações do Banco Nacional Ultramarino* und die *Federação das Caixas de Previdência – Cimentos*.
  - 12 Vgl. dazu genauer *Neves*, Dicionário técnico e jurídico, S. 404. *Ders.*, Lei de Bases da Segurança Social, S. 269, führt die Vorsorgekassen gemeinsam mit anderen Sonderformen etwas ungenau als spezifische Institutionen (*instituições específicas*). Einzelne Vorsorgekassen verfügen nur noch über eine sehr eingeschränkte Autonomie und erscheinen daher auch bereits als Teil der indirekten Ver-

den Umstand, dass der bezüglich der berufsständischen Organisationen lediglich eine Schutz- und Kontrollfunktion ausübt.<sup>13</sup> Die an die Vorsorgekassen mitunter angeschlossenen Spezialfonds (*fundos especiais*) verfügen ebenso wie die privaten Rentenfonds (*fundos de pensões*) über juristische Eigenständigkeit.<sup>14</sup> Eine Sonderstellung nimmt schließlich auch der Träger der Beamtenversorgung, die allgemeine Pensionskasse (*Caixa Geral de Aposentações*) ein. Bis zur Neuausrichtung der Beamtenversorgung im Jahr 1993<sup>15</sup> handelte es sich bei der *Caixa Geral de Aposentações* um eine Abteilung der allgemeinen Sparkasse (*Caixa Geral de Depositos*), einer inzwischen privatisierten staatlichen Bank. Zudem war die *Caixa Geral de Aposentações* lediglich für die Versorgung im Falle des Alters und der Invalidität verantwortlich. Die Hinterbliebenenversorgung oblag hingegen der Sterbekasse der Staatsbediensteten (*Montepio dos Servidores do Estado*), einer zweiten Unterabteilung der *Caixa Geral de Depositos*. Durch die Reform des Jahres 1993 wurde der *Montepio dos Servidores do Estado* in die *Caixa Geral de Aposentações* integriert und diese zugleich als eigenständige juristische Person des öffentlichen Rechts verfasst.<sup>16</sup> Sie bildet insoweit eine Einrichtung der indirekten Verwaltung des Finanzministeriums und ist dessen Aufsicht unterstellt.<sup>17</sup> Zudem handelt es sich bei ihr um eine zentrale Einrichtung ohne regionale Untergliederung. Alle Aufgaben, also insbesondere die Beitragseinziehung und die Leistungserbringung in der Beamtenversorgung werden somit zentral von der *Caixa Geral de Aposentações* erfüllt. Eine parallele Struktur weisen die staatlichen Gesundheitssysteme auf, die jeweils von Einrichtungen der direkten oder indirekten Verwaltung betrieben werden.<sup>18</sup> Bei den öffentlichen Einrichtungen im Übrigen ist zwischen den Einrichtungen der *Segurança Social* und denen des Gesundheitsdienstes zu unterscheiden.

---

waltung. Dies gilt beispielsweise für die Kindergeldkasse der Bankangestellten (*Caixa de Abono de Família dos Empregados Bancários*).

- 13 Vgl. allgemein Art. 7 Abs. 2 Buchst. a DL 211/2006, DR 1<sup>a</sup> série N<sup>o</sup>208, 2006-10-27, S. 7510 und für die Vorsorgekasse der Rechtsanwälte Art. 109 Portaria 487/83, DR I série N<sup>o</sup>96, 1983-04-27, S. 1487, zuletzt geändert durch Portaria 884/94, DR I série-B N<sup>o</sup>228, 1994-10-01, S. 6045 – 6048. Diese Schutz- und Kontrollfunktion wird im Falle der Rechtsanwaltskammer durch das Justiz- und das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität gemeinsam ausgeübt.
- 14 Vgl. genauer zu den Spezialfonds *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 877 – 880, und *ders.*, *Dicionário técnico e jurídico*, S. 369.
- 15 DL 277/93, DR I série-A N<sup>o</sup>186, 1993-08-10, S. 4260 – 4262.
- 16 Vgl. zur Ausgliederung aus der *Caixa Geral de Depositos* und zu den weiterhin bestehenden personellen Verflechtungen zwischen *Caixa Geral de Aposentações* und *Caixa Geral de Depositos*, Art. 5 Abs. 2 DL 84/2007, DR 1<sup>a</sup> série N<sup>o</sup>63, 2007-03-29, S. 1874.
- 17 Art. 1 DL 84/2007, DR 1<sup>a</sup> série N<sup>o</sup>63, 2007-03-29, S. 1874.
- 18 Zu erwähnen sind insbesondere die dem Finanzministerium zugeordnete Gesundheitsversorgung der Beamten allgemein (*Direcção-Geral de protecção social aos funcionários e agentes da administração pública – ADSE*), die dem Verteidigungsministerium unterstehende Gesundheitsversorgung der Soldaten (*Instituto de Acção Social das Forças Armadas – IASFA*) und die dem Justizministerium angehörende Gesundheitsversorgung der Justizangestellten (*Serviços Sociais do Ministério de Justiça – SSMJ*, inzwischen verwaltet durch die *Secretaria-Geral do Ministério da Justiça*).

## aa. *Segurança Social*

Das System der *Segurança Social* wird einheitlich verwaltet. Es existieren somit weder auf zentraler, noch auf regionaler Ebene getrennte Institutionen des Vorsorgesystems und etwa des Systems zum Sozialen Schutz der Bürger.<sup>19</sup> Auch alle vier vorliegend unterschiedenen (Ober-)Kategorien werden daher überwiegend gemeinsam verwaltet.<sup>20</sup> Zwar besteht für den Verwaltungsaufbau keine einheitliche gesetzliche Grundlage<sup>21</sup>, aus den verschiedenen Einzelgesetzen ergibt sich jedoch ein einheitliches Gesamtsystem. An der Spitze des Verwaltungsaufbaus steht das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität (*Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*).<sup>22</sup> Die Verwaltung des Systems der *Segurança Social* bildet nur einen Teil des Aufgabenbereichs des Ministeriums. Als weitere Aufgaben sind insbesondere die Arbeitsverwaltung und die Integration behinderter Menschen vorgesehen.<sup>23</sup> Bei den Einrichtungen des Ministeriums ist daher zu unterscheiden zwischen denjenigen, deren Aufgabenbereich sich mit dem des Ministeriums deckt, und denjenigen, die lediglich bezüglich der *Segurança Social* Bedeutung erlangen.<sup>24</sup> Zur ersten Gruppe gehören in der direkten Verwaltung dabei insbesondere die Generalinspektion (*Inspeção-Geral*), deren Hauptaufgabe die Haushaltskontrolle ist, und das Generalsekretariat (*Secretaria-Geral*).<sup>25</sup> Lediglich dem von einem Staatssekretär geleiteten Teilbereich der *Segurança Social* zuzuordnen ist die Generaldirektion für Soziale Sicherheit (*Direcção Geral da Segurança Social*), die zuständig ist für die Ausarbeitung der erforderlichen Normen.<sup>26</sup>

Zu den allgemein zuständigen Einrichtungen mit eigener Rechtspersönlichkeit und damit zur indirekten Verwaltung gehören das Institut für Informatik (*Instituto de Informática*) und das Institut für die Geschäftsführung des Europäischen Sozialfonds (*Instituto de Gestão do Fundo Social Europeo*). Das Institut für die Geschäftsführung der Sozialen Sicherheit (*Instituto da Gestão Financeira da Segurança Social*) und das Institut für die Verwaltung der Kapitaldeckungsfonds der Sozialen Sicherheit (*Instituto da*

---

19 Reinhard, SozSich 1991, S. 22. Diese einheitliche Verwaltung ist nicht historisch bedingt. Denn bis zur Nelkenrevolution wurden *previdência social* und *assistência social* noch institutionell getrennt verwaltet.

20 Vgl. zur Unterscheidung und Systematisierung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung oben S. 68.

21 Neves, Lei de Bases da Segurança Social, S. 266.

22 Der Name des Ministeriums hat sich mehrfach geändert, verwendet wird die derzeit aktuelle Bezeichnung.

23 Zu den Aufgaben der Arbeitsverwaltung gehört unter anderem auch die berufliche (Weiter-) Bildung, sofern sie aktive Arbeitsförderungsmaßnahme darstellt, vgl. zu den Leistungen bei Arbeitslosigkeit unten S. 115. Bei der Integration behinderter Menschen handelt es sich nur insoweit um eine eigenständige Aufgabe, als es der zugehörigen Einrichtung obliegt, die verschiedenen Maßnahmen, zu denen unter anderem auch Leistungen des Systems der *Segurança Social* gehören, zu koordinieren.

24 Neves, Lei de Bases da Segurança Social, S. 265 – 269.

25 Daneben gehört auch noch das Strategie- und Planungsamt (*Gabinete de Estratégia e Planeamento*) zu dieser Gruppe, vgl. Art. 4, 9, 10f. DL 211/2006, DR 1ª série N°208, 2006-10-27, S. 7510f.

26 Art. 4, 14 DL 211/2006, DR 1ª série N°208, 2006-10-27, S. 7510, 7512.

*Gestão de Fundos de Capitalização da Segurança Social*) sind hingegen ausschließlich der *Segurança Social* zuzuordnen.<sup>27</sup> Zentrale Einrichtung der indirekten Verwaltung und des Systems insgesamt ist jedoch das Institut der Sozialen Sicherheit (*Instituto da Segurança Social*), dem sowohl die Leistungserbringung als auch die Beitragseinziehung obliegt und das somit das Herzstück des Verwaltungsaufbaus bildet.<sup>28</sup> Es verfügt seinerseits über zahlreiche untergeordnete Einrichtungen. Zu nennen sind dabei zunächst die sog. zentralen Dienste, die insbesondere für die innere Organisation des Institutes von Bedeutung sind.<sup>29</sup> Ebenfalls auf nationaler Ebene tätig, aber nicht nur mit inneren Aufgaben betraut sind hingegen das nationale Rentenzentrum (*Centro Nacional de Pensões*) und das nationale Zentrum zum Schutz vor beruflichen Risiken (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*), die für die Leistungsgewährung im Falle von Invalidität, Alter und Tod des Leistungsberechtigten<sup>30</sup> bzw. im Falle der Berufskrankheit<sup>31</sup> zuständig sind. Die Leistungserbringung im Übrigen und die Beitragseinziehung obliegt hingegen den Zentren der Sozialen Sicherheit auf Bezirksebene (*Centros Distritais de Segurança Social*), die ihrerseits wiederum lokale Untereinheiten bilden können und somit die zentralen Ansprechpartner der Bürger sind.<sup>32</sup>

Daneben existieren zudem auf nationaler Ebene auch noch eine Reihe von Konsultativorganen wie beispielsweise der nationale Rat der Sozialen Sicherheit (*Conselho Nacional de Segurança Social*),<sup>33</sup> die nationale Kommission für das Wiedereingliederungseinkommen (*Comissão Nacional do Rendimento Social de Inserção*) oder der beratende Familienrat (*Conselho consultativo das Famílias*).<sup>34</sup> Auch das Institut der So-

---

27 Ebenfalls zu dieser Kategorie gehört die sog. *Casa Pia de Lisboa*, eine im System des Sozialen Eingreifens und der Bildung tätige Sozialeinrichtung mit eigener Rechtspersönlichkeit. Zuständig für die Arbeitsverwaltung ist das Institut für Arbeit und Berufliche Bildung (*Instituto do Emprego e da Formação Profissional*). Die Integration behinderter Menschen obliegt dem nationalen Institut für Rehabilitation (*Instituto Nacional para a Reabilitação*). Vgl. Art. 5, 17, 21f. DL 211/2006, DR 1<sup>a</sup> série N°208, 2006-10-27, S. 7510, 7513f., Art. 3 Abs. 2 DL 213/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°208, 2007-05-29, S. 3483, Art. 3 Abs. 2 DL 213/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°208, 2007-05-29, S. 3499, Art. 1 DL 397-A/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°251, 2007-12-31, S. 9178-(457), und *Neves*, Dicionário técnico e jurídico, S. 149.

28 Vgl. insbesondere Art. 18 Abs. 2 Buchst. a und f DL 211/2006, DR 1<sup>a</sup> série N°208, 2006-10-27, S. 7513.

29 Dazu gehören etwa Abteilungen für Qualitätskontrolle und Haushaltsmanagement, vgl. Art. 5 – 22 Annex zu Portaria 638/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°104, 2007-05-30, S. 3556 – 3561.

30 Art. 23f. Annex zu Portaria 638/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°104, 2007-05-30, S. 3561f. Das nationale Rentenzentrum war bis zum Jahr 2000 eine unabhängige, direkt dem Ministerium unterstellte Einrichtung und wurde nunmehr dem Institut der Sozialen Sicherheit untergeordnet.

31 Art. 25 – 27 Portaria 638/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°104, 2007-05-30, S. 3562f., Art. 5 DL 160/99, DR I série-A N°109, 1999-05-11, S. 2444 Trotz seines Namens ist das bis zum Jahr 2007 ebenfalls unabhängige nationale Zentrum zum Schutz vor beruflichen Risiken lediglich für die Leistungsgewährung im Falle der Berufskrankheit verantwortlich, vgl. zu den Leistungen bei Berufskrankheit unten S. 133.

32 Art. 28f. Annex zu Portaria 638/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°104, 2007-05-30, S. 3563f.

33 Art. 95 LBSS.

34 Art. 6, 23 – 30 DL 211/2006, DR 1<sup>a</sup> série N°208, 2006-10-27, S. 7510, 7514f.

zialen Sicherheit verfügt über ein eigenes Beratungsgremium (*Conselho Consultivo*).<sup>35</sup> All diese Konsultativeinrichtungen haben lediglich eine beratende Funktion bzw. Vorschlagsrechte und setzen sich überwiegend aus Vertretern anderer Ministerien oder staatlicher Einrichtungen zusammen. Daneben finden sich in ihnen aber auch meist Vertreter der Sozialpartner, also der Gewerkschaften und der Arbeitgeber.<sup>36</sup>

## bb. Öffentliches Gesundheitssystem

Zur Klärung der Begrifflichkeiten sei angemerkt, dass das öffentliche Gesundheitssystem nicht identisch ist mit dem Nationalen Gesundheitsdienst. Denn neben dem Nationalen Gesundheitsdienst gehören auch die öffentlichen Einrichtungen, die der Förderung der Gesundheit oder der Vorsorge dienen,<sup>37</sup> die privaten Einrichtungen, die aufgrund einer vertraglichen Bindung mit dem Nationalen Gesundheitsdienst Leistungen erbringen, und insbesondere die Leistungsverwaltung zum öffentlichen Gesundheitssystem.<sup>38</sup> Der Nationale Gesundheitsdienst selbst ist weder eine eigenständige juristische Person noch ein organisatorischer Teil des öffentlichen Gesundheitssystems, sondern lediglich eine Bezeichnung für die Gesamtheit der leistungserbringenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.<sup>39</sup> Während also das Öffentliche Gesundheitssystem und damit der Staat neben den jeweiligen Trägern der Gesundheitsunterysteme, und den privaten Versicherungen der bestimmende Leistungsträger des Gesundheitssystems ist, erscheint der Nationale Gesundheitsdienst als dominierender Leistungserbringer neben den Gesundheitsunterystemen und den privaten Anbietern.<sup>40</sup>

Seit Beginn der 80er Jahre ist die Verwaltung des öffentlichen Gesundheitssystems vollkommen von der Verwaltung der *Segurança Social* getrennt.<sup>41</sup> Einzige Ausnahme bilden das 2006 gegründete und sich derzeit im Aufbau befindliche Netz für Leistungen der weiterführenden Pflege (*Rede Nacional de Cuidados Continuados*), das von Ge-

---

35 Art. 6 DL 214/2007, DR 1ª série N°103, 2007-05-29, S. 3488, zuletzt geändert durch DL 163/2008, DR 1ª série N°153, 2008-08-08, S. 5396f.

36 Vgl. zur Beteiligung der Sozialpartner Art. 95 LBSS und dazu *Neves*, Lei de Bases da Segurança Social, S. 271f.

37 Base XII LBS.

38 In die Kategorie der privaten Einrichtungen, die aufgrund einer vertraglichen Bindung an den Gesundheitsdienst Leistungen erbringen, fallen beispielsweise die Apotheken.

39 Art. 1 Annex zu DL 11/93, DR I série-A N°12, 1993-01-15, S. 130, zuletzt geändert durch DL 276-A/2007, DR 1ª série N°146, 2007-07-31, S. 4902-(2)f. sowie Art. 7 Abs. 2 DL 212/2006, DR I série-A N°208, 2006-10-27, S. 7519.

40 Vgl. zur Doppelfunktion der Gesundheitsunterysteme als Leistungsträger und Leistungserbringer S. 162, zu den privaten Versicherungen als Leistungsträger S. 94 und zu den privaten Leistungserbringern S. 180. Das System der Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes wird unter S. 182 erläutert.

41 Während des Bestehens des *Estado Novo* unterstanden Gesundheitsversorgung und Fürsorge einem gemeinsamen Ministerium, während der Vorsorgebereich eigenständig und die Bezeichnung *Segurança Social* noch nicht gebräuchlich war. Nach der Nelkenrevolution wurden die beiden Ministerien zusammengelegt, bevor schließlich 1983 die Trennung von Gesundheits- und Sozialministerium erfolgte, vgl. Art. 2, 28 DL 344-A/83, DR I série N°169, 1983-07-25, S. 2744(2) – 2744(4) sowie ausführlich zur Entwicklung *Leal* in: *Análise Social*, Vol. XXI, S. 928 – 935.

sundheitsministerium und Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität gemeinsam beaufsichtigt, aber überwiegend durch das Gesundheitsministerium finanziert wird.<sup>42</sup> Auch bei der Verwaltung des Gesundheitssystems ist dabei zu unterscheiden zwischen der direkten Staatsverwaltung einerseits und der indirekten Staatsverwaltung andererseits.<sup>43</sup> Zudem ist auch im Gesundheitssystem ein Konsultativorgan in Form des Nationalen Gesundheitsrates (*Conselho Nacional de Saúde*) vorgesehen.<sup>44</sup> Zur direkten Staatsverwaltung gehören das Hohe Kommissariat für Gesundheit (*Alto Comissariado da Saúde*), das für die Planung des Gesundheitssektors verantwortlich ist, die Generalinspektion der Gesundheitsaktivitäten (*Inspecção-Geral das Actividades em Saúde*), die zuständig ist für die Aufsicht und Kontrolle der Gesundheitseinrichtungen, das Generalsekretariat (*Secretaria-Geral*), das die nicht zum Nationalen Gesundheitsdienst gehörenden Einrichtungen koordiniert, die Generaldirektion für Gesundheit (*Direcção Geral da Saúde*), die mit der Ausarbeitung der erforderlichen Normen betraut ist, und die Behörde für Blut- und Transplantationsdienste (*Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação*).<sup>45</sup> Zu den Einrichtungen der indirekten Verwaltung gehören die Zentralverwaltung des Gesundheitssystems (*Administração Central do Sistema de Saúde*), die für die personelle und finanzielle Ausstattung des Nationalen Gesundheitsdienstes zuständig ist, die Behörde für Apotheken und Medikamente (*Autoridade Nacional da Farmácia e do Medicamento - INFARMED*), die verantwortlich ist für die Überwachung des Marktes für Medikamente und Gesundheitsprodukte, das Nationale Institut für Notfallmedizin (*Instituto Nacional de Emergência Médica*), das Portugiesische Institut des Blutes (*Instituto Português do Sangue*), das Institut für Rauschgiftabhängigkeit (*Instituto da Droga e da Toxicodependência*) und das Nationale Gesundheitsforschungsinstitut Dr. Ricardo Jorge (*Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*).<sup>46</sup> Ebenfalls eigenständige Einrichtungen der indirekten Verwaltung bilden schließlich auch die regionalen Gesundheitsverwaltungen (*Administrações Regionais de Saúde*), die unmittelbar dem Ministerium unterstellt sind, und denen insoweit eine ähnlich zentrale Rolle zufällt wie den Zentren der Sozialen Sicherheit auf Bezirksebene (*Centros Distritais de Segurança Social*) in der *Segurança Social*.<sup>47</sup> Die Verwaltung des Natio-

42 Art. 1 Abs. 1, 47 Abs. 1 DL 101/2006, DR I série-A N°109, 2006-06-06, S. 3857, 3865, Portaria 1087-A/2007, DR 1ª série N°171, 2007-09-05, S. 6320-(2) – 6320-(5), Portaria 189/2008, DR 1ª série N°35, 2008-02-19, S. 1114f. Vgl. zum Aufbau des Netzes unten S. 185 sowie OPSS, Luzes e Sombras, S. 139 – 147, zur Finanzierung *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 109.

43 Der Aufbau der Gesundheitsverwaltung wurde im Jahr 2006 neu strukturiert, vgl. DL 212/2006, DR I série-A N°208, 2006-10-27, S. 7517 – 7525. Innerhalb des Gesundheitsdienstes spielen nicht nur die Rechtsformen Anstalt bzw. Stiftung des öffentlichen Rechts und personalisierter Dienst eine Rolle, denn schon seit 2005 werden zahlreiche Krankenhäuser in der Rechtsform eines öffentlich-rechtlichen Unternehmens betrieben, vgl. dazu genauer DL 93/2005, DR I série-A N°109, 2005-06-07, S. 3636f. und DL 233/2005, DR I série-A N°249, 2005-12-29, S. 7323 – 7333.

44 Art. 8 DL 212/2006, DR I série N°208, 2006-10-27, S. 7519.

45 Art. 4, 11 – 15 DL 212/2006, DR I série N°208, 2006-10-27, S. 7519 – 7521.

46 Die Kompetenzen der beiden letztgenannten Einrichtungen wurden durch die jüngste Umstrukturierung gestärkt, da das Institut für medizinische Genetik (*Instituto de Genética Médica*) und die regionalen Zentren für Alkoholkrankheiten (*Centros Regionais de Alcoologia*) in sie integriert wurden.

47 Art. 5, 16 – 22 DL 212/2006, DR I série-A N°208, 2006-10-27, S. 7519, 7521 – 7523.

nenal Gesundheitsdienstes erfolgt somit auf nationaler Ebene durch die Zentralverwaltung des Gesundheitssystems und auf regionaler Ebene durch die regionalen Gesundheitsverwaltungen. Dabei ist zu beachten, dass sich die beiden Ebenen anders als bei der *Segurança Social* nicht in einem Hierarchieverhältnis befinden, sondern jeweils getrennte Aufgabenbereiche haben. Zu den Aufgaben der Zentralverwaltung des Gesundheitswesens gehört dabei die Personalverwaltung und die Bedarfsplanung,<sup>48</sup> während es den regionalen Gesundheitsverwaltungen obliegt, den Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen.<sup>49</sup> Aufgeteilt zwischen den beiden Ebenen ist auch die Finanzplanung der leistungserbringenden Einrichtungen. Denn die Finanzplanung der Krankenhäuser gehört zu den Aufgaben der Zentralverwaltung des Gesundheitswesens, die zu diesem Zweck mit den Krankenhäusern jährliche vertragliche Vereinbarungen (*contratos programa*) trifft und den Krankenhäusern im Rahmen der Vereinbarung finanzielle Autonomie gewährt.<sup>50</sup> Die anderen Leistungserbringer wie insbesondere die Gesundheitszentren (*centros de saúde*) verfügen hingegen nicht über finanzielle Autonomie, sondern werden aus dem Globalbudget der jeweiligen regionalen Gesundheitsverwaltungen finanziert.<sup>51</sup>

## b. Private Einrichtungen

Private Einrichtungen spielen an verschiedenen Stellen des Systems der Sozialen Sicherheit eine Rolle. Dazu gehören insbesondere die Absicherung des Risikos Arbeitsunfall, die ergänzende Vorsorge, das System des sozialen Eingreifens und das Gesundheitssystem. Es handelt sich bei ihnen entweder um gewinnorientierte juristische Personen des Privatrechts oder um gemeinnützige private Einrichtungen<sup>52</sup>. Gewinnorientierte

48 Art. 3 Abs. 1 DL 219/2007, DR 1ª série N°103, 2007-05-29, S. 3509.

49 Base XXVII LBS sowie Art. 3 Abs. 1 DL 222/2007, DR 1ª série N°103, 2007-05-29, S. 3519. Bei den fünf Gesundheitsregionen handelt es sich um Norden, Zentrum, Lissabon mit Tejo-Tal, Alentejo und Algarve, vgl. dazu Art. 4 Annex zu DL 11/93, DR I série-A N°12, 1993-01-15, S. 131, zuletzt geändert durch DL 276-A/2007, DR 1ª série N°146, 2007-07-31, S. 4902-(2)f.

50 Bis zum Jahr 1997 basierten die Krankenhausbudgets auf den Ausgaben der Vorjahre. Seither kommt jedoch den DRGs eine wachsende Bedeutung zu. Zudem können Krankenhäuser seit dem Jahr 2002 auch die Rechtsform öffentlich-rechtlicher Unternehmen annehmen, Art. 2 Abs. 1 Annex zu Lei 27/2002, DR I série-A N°258, 2002-11-08, S. 7151. Vgl. zur Finanzierung der Krankenhäuser im Einzelnen *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 53 – 56 und *Guichard*, The Reform of the Health Care System in Portugal, S. 21 – 28 sowie zum Aufbau der Einrichtungen des Gesundheitsdienstes unten S. 182.

51 Bis vor kurzem waren insoweit noch sog. Unter-Regionen der Gesundheitsverwaltung (*sub-regiões de saúde*) zwischengeschaltet, die aber ebenfalls der jüngsten Reform zum Opfer fielen und deren Aufgaben auf die regionalen Gesundheitsverwaltungen übertragen wurden. Allerdings sollen nun jeweils mehrere Gesundheitszentren zusammengeschlossen und teilweise gemeinsam verwaltet werden, vgl. dazu *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 56 und *Missão para os cuidados de saúde primários*, Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde. Rechtsgrundlage des Zusammenschlusses bildet DL 28/2008, DR 1ª série N°38, 2008-02-22, S. 1182 – 1189.

52 Bei den gemeinnützigen Einrichtungen ist weiter zu unterscheiden zwischen rein gemeinnützigen Einrichtungen (*peçoas colectivas de mera utilidade pública*), Privateinrichtungen der sozialen Solidarität (*instituições particulares de solidariedade social*) und gemeinnützigen Einrichtungen mit Verwaltungsfunktionen (*peçoas colectivas de utilidade pública administrativa*). Alle gemeinnützi-



juristische Personen treten als private Leistungserbringer im Gesundheitssystem in Erscheinung, als Träger der Arbeitsunfallversicherung oder bei der ergänzenden bzw. alternativen Vorsorge. Während im Gesundheitssystem vor allem private Krankenhäuser, privat tätige Ärzte und Apotheken von Bedeutung sind, handelt es sich bei den Akteuren in den anderen beiden Zweigen in der Regel um Banken oder Versicherungen. Neben diesen beiden Gruppen können aber auch gewerkschaftliche Einrichtungen als Träger der ergänzenden oder der speziellen Absicherung bzw. als Träger von Gesundheitsuntersystemen in Erscheinung treten.<sup>53</sup> Private Gesundheitsuntersysteme können daneben auch von gemeinnützigen Einrichtungen<sup>54</sup> oder von Privatunternehmen<sup>55</sup> getragen werden. Zu beachten ist zudem, dass soweit im Rahmen der ergänzenden oder alternativen Vorsorge Rentenfonds (*fundos de pensões*), die wiederum von den ihnen zugrunde liegenden Rentenplänen (*planos de reforma*) zu unterscheiden sind, eingesetzt werden, diese unabhängig von den sie tragenden Einrichtungen sein müssen.<sup>56</sup>

Aus dem Bereich der gemeinnützigen privaten Einrichtungen kommt den Vereinen auf Basis gegenseitiger Hilfe (*associações de socorros mútuos*)<sup>57</sup> vor allem in der ergänzenden Vorsorge eine gewisse Bedeutung zu, während im Gesundheitssystem insbesondere die sog. *Misericórdias*<sup>58</sup> zu erwähnen sind. Bezüglich des sozialen Eingreifens schließlich übernehmen gemeinnützige Einrichtungen in verschiedensten Formen Verantwortung.

---

gen Einrichtungen sind Privatrechtssubjekte, auf die einzelne Regeln des Verwaltungsrechts Anwendung finden, vgl. dazu *Freitas do Amaral*, *Curso de Direito Administrativo*, Bd. 1, S. 735 – 748.

53 Auf diese Weise organisiert ist beispielsweise das Gesundheitsuntersystem der Bankangestellten (*Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas – SAMS*), das das größte private Gesundheitsuntersystem bildet. Vgl. dazu unten S. 165.

54 Von einer gemeinnützigen Einrichtung wird etwa das Gesundheitsuntersystem der PT (*Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde – PT-ACS*) getragen, vgl. Art. 10 Abs. 1 DL 122/94, DR I série-A N°112, 1994-04-14, S. 2550.

55 So ist ein Privatunternehmen Träger des der portugiesischen Fluggesellschaft TAP unterstehenden Gesundheitsuntersystems (*UCS – Cuidados Integrados de Saúde, S.A.*).

56 DL 158/2002, DR I série-A N°150, 2002-07-02, S. 5153 – 5157, *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 881 – 891. Im Unterschied zu den Vereinen auf Basis gegenseitiger Hilfe (*associações de socorros mútuos*) liegt den Rentenfonds eine individuelle Kapitaldeckung zugrunde. Vgl. zur Unterscheidung zwischen Rentenfonds und Rentensparplänen auch Comissão do Livro Branco da Segurança Social, *Livro Branco da Segurança Social*, S. 67f.

57 Vgl. dazu DL 71/90, DR I série N°52, 1990-03-03, S. 903 – 914 und *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 871 – 877. Vereine auf Basis gegenseitiger Hilfe gehören demzufolge zur Gruppe der Privateinrichtungen der sozialen Solidarität.

58 Bei den *Misericórdias* handelt es sich um nach kanonischem Recht gegründete Einrichtungen der sozialen Solidarität, eine Ausnahme bildet die *Santa Casa de Misericórdia de Lisboa*, die neben ihrer Tätigkeit im Gesundheitssektor und im System des Sozialen Eingreifens beispielsweise auch für die staatliche Lotterie verantwortlich ist und daher als gemeinnützigen Einrichtungen mit Verwaltungsfunktionen gemeinsam vom Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität und vom Gesundheitsministerium beaufsichtigt wird, vgl. dazu Art. 1 Abs. 1 Annex zu DL 322/91, DR I série-A N°193, 1991-08-26, S. 4417, Art. 7 Abs. 2 Buchst. b DL 211/2006, DR 1ª série N°208, 2006-10-27, S. 7510 und *Neves*, *Dicionário técnico e jurídico*, S. 654f.

Allen vom System erfassten privaten Einrichtungen gemeinsam ist dabei die unterschiedlich ausgestaltete steuerliche Förderung.<sup>59</sup> Gemeinnützige private Einrichtungen werden darüber hinaus auch durch direkte Zahlungen staatlich unterstützt.<sup>60</sup>

## 2. Finanzierung

### a. Allgemeines

Auch bei der Finanzierung des Systems der Sozialen Sicherheit ist zwischen den verschiedenen Bestandteilen des Gesamtsystems zu differenzieren. Als Finanzquellen kommen dabei insbesondere staatliche Transferleistungen aus dem Steueraufkommen<sup>61</sup>, Beiträge der Versicherten bzw. der Arbeitgeber<sup>62</sup> oder Zuzahlungen bzw. Eigenmittel der Bürger in Frage.<sup>63</sup> Daneben finden sich auch noch andere Finanzierungsquellen, die aber aufgrund ihres geringen Volumens und ihrer daraus folgenden geringen Bedeutung für die Finanzierung des Gesamtsystems im Folgenden außer Betracht bleiben.<sup>64</sup> Sowohl im System zum Sozialen Schutz der Bürger<sup>65</sup> als auch im Gesundheitsdienst<sup>66</sup> dominieren dabei gem. den gesetzlichen Vorgaben die Steuermittel. Eine Ausnahme bildet das auf verschiedene Art und Weise beitragsfinanzierte Vorsorgesystem. Im Gesundheitssektor kommt zudem den Eigenmitteln der Bürger eine gewisse Bedeutung

---

59 Vgl. genauer zur steuerlichen Förderung Fn. 48.

60 Grundsätzlich bestimmt wird die Unterstützung der gemeinnützigen Einrichtungen durch den Despacho Normativo 75/92, DR I série-B N°116, 1992-05-20, S. 2369 – 2374. Die derzeit aktuellen Sätze der Unterstützung finden sich in Portaria 881/2007, DR 1ª série N°152, 2007-08-08, S. 5109 – 5111.

61 Unter die staatlichen Transferleistungen fallen auch die unmittelbar der *Segurança Social* zugewiesenen Abgaben, wie z.B. ein Teil der Mehrwertsteuer, vgl. dazu *Neves*, Dicionário técnico e jurídico, S. 422.

62 Der Begriff Beitrag wird insoweit in einem weiten Sinne verwendet und als zweckgebundene Abgabe zur Vorsorge für bestimmte Risiken verstanden. Hierunter fallen sowohl die Sozialversicherungsbeiträge als auch die Beiträge zu einer privaten Versicherung.

63 Vgl. allgemein zu Möglichkeiten der Klassifizierung von Finanzierungsquellen der Sozialen Sicherheit *Scholz/Cichon/Hagemejer*, Social Budgeting, S. 24 – 35.

64 Zu diesen sonstigen Finanzierungsquellen gehören beispielsweise die Einnahmen aus der Vermögensverwaltung, aus dem staatlichen Glücksspiel, aus möglichen Sanktionen oder aus internationalen Zuschüssen, vgl. Art. 92 LBSS. Bei der ergänzenden oder der alternativen Vorsorge finden sich auch noch andere, teils sehr kreative Quellen wie etwa eine zur Finanzierung der Vorsorgekasse der Journalisten herangezogene einprozentige Abgabe auf alle Werbeeinnahmen der Tageszeitungen, vgl. dazu *Neves*, Direito da Segurança Social, S. 878.

65 In Bezug auf das System zum Sozialen Schutz der Bürger ergibt sich dies aus Art. 90 Abs. 1 LBSS und Art. 6 – 12 DL 367/2007, DR 1ª série N°211, 2007-11-02, S. 7988f. Im Gegensatz zu den anderen Teilen des Systems wird das Untersystem zum Schutz der Familie zwar weiterhin zu großen Teilen aus Beiträgen finanziert. Bis zum Jahr 2010 soll jedoch auch dieses Untersystem ausschließlich aus Steuern finanziert werden.

66 Diese Art der Finanzierung meinte wohl auch der portugiesische *pouvoir constituant*, als er in Art. 64 CRP vorsah, dass der Nationale Gesundheitsdienst „umsonst“ sein sollte. Umgesetzt wird der Verfassungsauftrag in Base XXIII Abs. 1 LBS.

zu.<sup>67</sup> Beiträge und Eigenmittel der Bürger bzw. der Arbeitgeber führen schließlich insoweit zu einer indirekten Steuerfinanzierung, als sie unter bestimmten Voraussetzungen steuerlich abzugsfähig sind und daher die Steuerschuld der Betroffenen bzw. die staatlichen Steuereinnahmen mindern.<sup>68</sup>

Grundlegend zu beachten ist, dass die Leistungen der verschiedenen Teilbereiche des staatlichen Systems der *Segurança Social*, also insbesondere des allgemeinen Vorsorgesystems und des Systems zum sozialen Schutz der Bürger, auf einem gemeinsamen Haushaltsplan beruhen, der jährlich als integraler Bestandteil des Staatshaushaltes beschlossen wird.<sup>69</sup> Dies hat zur Folge, dass die Zuordnung der einzelnen Finanzierungsquellen zu den Leistungen auch auf pragmatischen und nicht immer auf sachlichen Erwägungen beruht. So wurden lange Zeit eigentlich steuerfinanzierte Leistungen in nicht unerheblichem Umfang durch Beitragszahlungen querfinanziert. Die virtuelle Schuld, die der Staatshaushalt dadurch gegenüber dem Beitragssystem der *Segurança Social* zwischen 1985 und 1995 angehäuft hat, wird auf eine Summe zwischen 9 und 10 Milliarden € geschätzt.<sup>70</sup> Zwar hat sich die Haushaltsplanung zwischenzeitlich auch aufgrund der steigenden Kosten für die Leistungen des Vorsorgesystems geändert, doch auch heute noch wird insoweit weder auf der Ausgaben-<sup>71</sup> noch auf der Einnahmenseite<sup>72</sup> ausreichend differenziert.<sup>73</sup> Die eigentlich vorgesehene Unterscheidung nach Sys-

---

67 Sowohl die Zuzahlungen im Rahmen des Gesundheitsdienstes als auch private Gesundheitsleistungen werden durch Eigenmittel der Bürger finanziert.

68 Vgl. zu den Abzugsmöglichkeiten im Rahmen der Einkommenssteuer Art. 25f., 75 – 96 DL 442-A/88 (*Código do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares*), DR I série-A N°277, 1988-11-30, S. 4754-(17), 4754-(25) – 4754-(27), zuletzt geändert durch Art. 43 – 47 Lei 67-A/2007 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°251, 2007-12-31, S. 9178-(10) – 9178-(15). Abgezogen werden können beispielsweise 20 % der Ausgaben für einen Rentensparplan (*planos de poupança-reforma*), wobei insoweit altersabhängige Obergrenzen vorgesehen sind. Bei den Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversicherungen können – ebenfalls unter Berücksichtigung von Obergrenzen – sogar jeweils 30 % steuerlich geltend gemacht werden, weshalb gerade dieser Abzug aktuell zur Disposition steht. Vgl. Punkt 6 der Empfehlungen der Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht, S. 3, 110 – 123. Vgl. des Weiteren zu den steuerlichen Abzugsmöglichkeiten für Unternehmen insbesondere bezüglich einer betrieblichen Altersversorgung Art. 8f., 38 DL 442-B/88 (*Código do imposto sobre o rendimento das pessoas colectivas*), DR I série-A N°277, 1988-11-30, S. 4754-(47), 4754-(54), zuletzt geändert durch Art. 48 – 51 Lei 67-A/2007 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°251, 2007-12-31, S. 9178-(15) – 9178-(19).

69 Art. 93 LBSS.

70 Comissão do Livro Branco da Segurança Social, Livro Branco da Segurança Social, S. 89f und 212f. Vgl. dazu auch *Neves*, *Crise e Reforma*, S. 108 – 116, *ders.*, *Direito da Segurança Social*, S. 39 – 42, *Cabral*, *O Orçamento da Segurança Social*, S. 54 – 63.

71 Die einzelnen Renten werden beispielsweise nicht danach unterschieden, ob es sich um Alters-, Invaliden- oder Hinterbliebenenrenten handelt. Bei einzelnen Leistungen wie etwa der sozialen Rentenergänzung zur beitragsfinanzierten Rente ist nicht ersichtlich, ob sie als Vorsorgeleistungen behandelt und aus Beiträgen finanziert werden. Kritisch insoweit auch *Cabral*, *O Orçamento da Segurança Social*, S. 29 – 36.

72 Die durch DL 326/93, DR I série-A N°226, 1993-09-25, S. 5363f., zuletzt geändert durch DL 200/99, DR I série-A N°132, 2000-06-08, S. 3216f., vorgesehene Aufteilung der Beiträge auf

temen bzw. nach sozialen Lagen und die Transparenz der Finanzierung wird durch diese Art der Planung und Kontrolle behindert. Zudem werden die Beiträge zum Sozialversicherungssystem durch die Vereinheitlichung und durch die Einbeziehung in den allgemeinen Staatshaushalt in die Nähe der Steuermittel gerückt,<sup>74</sup> was die durchgreifende Analyse des Systems erschwert und sich auch auf die Bedeutung des Äquivalenzprinzips auswirkt.<sup>75</sup>

## b. Vorsorgesysteme

Der Vorsorgesektor wird definitionsgemäß durch Beiträge, also durch zweckgebundene Abgaben zur Vorsorge für bestimmte Risiken finanziert, die entweder vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer oder von beiden gemeinsam getragen werden. Zudem können die Beiträge entweder als Prozentsatz des Einkommens oder aber in absoluten Beträgen bestimmt werden. Es ist zu unterscheiden zwischen dem allgemeinen und den speziellen Vorsorgesystemen, der Vorsorge für den Fall des Arbeitsunfalls, der ergänzenden Vorsorge und den Gesundheitsuntersystemen. Während im Fall des Arbeitsunfalls ausschließlich der Arbeitgeber einkommens-, tätigkeits- und gefahrabhängige Beiträge zu entrichten hat,<sup>76</sup> sind bei der ergänzenden Vorsorge verschiedene Beitragsformen möglich.<sup>77</sup> Bei den Rentenplänen der ergänzenden Vorsorge (*planos de pensões*) sind Beitragsrentenpläne und Nichtbeitragsrentenpläne zu unterscheiden. Nur bei Ersteren trägt der Arbeitnehmer zur Finanzierung bei.<sup>78</sup> Die private ergänzende

---

die verschiedenen sozialen Risiken findet in Haushalt und Bilanz der *Segurança Social* keinen Niederschlag.

73 Im Haushalt der *Segurança Social* und in der nachträglich zu veröffentlichenden Bilanz werden gemäß den Vorgaben der öffentlichen Bilanzierung die Einnahmen rein wirtschaftlich, die Ausgaben wirtschaftlich und funktional klassifiziert. Wirtschaftliche Klassifizierung bedeutet dabei, dass zwischen laufenden Einnahmen bzw. Ausgaben und Kapitaleinnahmen bzw. –ausgaben unterschieden wird. Demgegenüber meint die funktionale Klassifizierung im Bereich der *Segurança Social* eine Unterscheidung zwischen den Ausgaben für Verwaltung, Forschung, Leistungen der *Segurança Social* und Leistungen des Systems des Sozialen Eingreifens. Vgl. dazu DL 171/94, DR I série-A N°144, 1994-06-24, S. 3329f., Art. 3 DL 26/2002, DR I série-A N°38, 2002-02-14, S. 1157, sowie Cabral, O Orçamento da Segurança Social, S. 25 – 36.

74 Vgl. dazu auch Neves, Direito da Segurança Social, S. 39 – 42.

75 Kritisch bezüglich dieser Art der Finanzierung auch Neves, Crise e Reforma, S. 116 – 127, Cabral, O financiamento da Segurança Social, S. 75, 156 – 165.

76 Ein Teil dieser Beiträge fließt in den vom Portugiesischen Versicherungsinstitut (*Instituto de Seguros de Portugal*) verwalteten Fonds für Arbeitsunfälle. Vgl. dazu DL 142/99, DR I série-A N°101, 1999-04-30, S. 2320 – 2323, zuletzt geändert durch DL 185/2007, DR 1ª série N°90, 2007-05-10, S. 3081 – 3083. Aus den Mitteln des Fonds werden die jährliche Aktualisierung der Renten im Falle des Arbeitsunfalls und ein möglicher Leistungsausfall finanziert.

77 Insbesondere bezüglich der Spezialfonds (*fundos especiais*) existieren verschiedenste Finanzierungsmodalitäten. Der Spezialfonds der Journalisten wird etwa maßgebend durch eine Sonderabgabe auf Zeitungswerbung finanziert, während der Spezialfonds der Spielbankangestellten von einer Abgabe auf die gewährten Trinkgelder profitiert. Vgl. dazu Neves, Direito da Segurança Social, S. 878f.

78 Art. 7 Abs. 2 DL 12/2006, DR I série-A N°15, 2006-01-20, S. 460, zuletzt geändert durch DL 180/2007, DR 1ª série N°89, 2007-05-09, S. 3034f. Daneben können die Rentenpläne auch da-

Vorsorge wie z. B. auch die private Gesundheitsvorsorge wird hingegen ausschließlich durch Beiträge der Leistungsberechtigten finanziert.<sup>79</sup> In beiden Fällen sind jedoch auch die steuerlichen Abzugsmöglichkeiten und eine daraus folgende indirekte Steuerfinanzierung von besonderer Bedeutung.<sup>80</sup>

#### aa. Allgemeines Vorsorgesystem

Die Leistungen des allgemeinen Vorsorgesystems werden aus den laufenden Einnahmen, also insbesondere aus den Beitragszahlungen finanziert.<sup>81</sup> Die Finanzierung erfolgt somit im Umlageverfahren.<sup>82</sup> Das Gesetz sieht für die Versicherung abhängig Beschäftigter einen einheitlichen Beitragssatz zur Abdeckung aller erfassten Risiken vor. Zur Beitragszahlung verpflichtet sind dabei sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeber. Von den derzeit vorgesehenen 34,75 % des Arbeitseinkommens<sup>83</sup> entfallen auf den Arbeitgeber 23,75 %, auf den Arbeitnehmer 11 %.<sup>84</sup> Eine Beitragsbemessungsgrenze ist nicht vorgesehen.<sup>85</sup> Selbständige zahlen ebenfalls einen einheitlichen Beitrag. Sie können zwischen einem verpflichtenden Schutz mit einem Beitragssatz von 25,4 % und einem erweiterter Schutz mit einem Beitragssatz von 32 % wählen.<sup>86</sup> Al-

---

nach unterschieden werden, ob ein fester Beitrag verbunden mit einer flexiblen Leistung oder eine feste Leistung verbunden mit einem flexiblen Beitrag festgelegt wurde.

79 Vgl. zu den steuerbegünstigten sog. Rentensparplänen *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 888 – 891.

80 Vgl. dazu auch Fn. 68.

81 Art. 90 Abs. 2 LBSS. Aus den Beiträgen werden demzufolge insbesondere auch die aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen finanziert. Vgl. genauer dazu Art. 13 – 18 DL 367/2007, DR 1<sup>a</sup> série N°211, 2007-11-02, S. 7989f.

82 Zwar existiert seit 1989 ein Kapitaldeckungsfonds. Dieser befindet sich jedoch im Aufbau und trägt bislang nicht zur Finanzierung der Leistungen bei. Vgl. dazu DL 259/89, DR I série-A N°186, 1989-08-14, S. 3277 – 3279 und DL 449-A/99, DR I série-A N°257, 1999-11-04, S. 7660(2) – 7660(7), sowie ausführlich *Neves*, *Lei de Bases da Segurança Social*, S. 253 – 256.

83 Berechnungsgrundlage ist das Brutto-Arbeitseinkommen. Art. 14 DL 140-D/86, DR I série N°134, 1986-06-14, S. 1406-(9) sah zwar Ausnahmen etwa für Essenszulagen vor, wurde aber inzwischen durch Art. 42 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2316, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), aufgehoben.

84 Art. 3 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2312, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110). Dieselben Beitragssätze sieht auch Art. 53 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1<sup>a</sup> série N°180, 2009-09-16, S. 6498, vor. Diese Norm kommt gem. Lei 119/2009, DR 1<sup>a</sup> série N°251, 2009-12-30, S. 8776, aber erst ab 01.01.2011 zur Anwendung.

85 Eine Beitragsbemessungsgrenze existierte noch bis zum Jahr 1974, wurde aber durch Portaria 495/73, DG I série N°169, 1973-07-20, S. 1284 abgeschafft. Im Rahmengesetz von 2002 war erneut eine solche vorgesehen, vgl. Art. 46 LBSS in der Fassung von 2002, Lei 32/2002, DR I série-A N°294, 2002-12-20, S. 7959. Zu einer Umsetzung dieses Vorhabens kam es in der Folge aber nicht. Vgl. zur Diskussion über die Beitragsbemessungsgrenze auch bereits *Neves*, *Crise e Reforma*, S. 134 – 149 sowie *Comissão do Livro Branco da Segurança Social*, *Livro Branco da Segurança Social*, S. 116 – 121, 213 – 219.

86 Der verpflichtende Schutz umfasst Leistungen im Falle der Mutterschaft, der Invalidität, des Alters und des Todes. Die Erweiterung bezieht sich auf die Leistungen im Falle der Krankheit und der Berufskrankheit, die Familienleistungen werden seit ihrer Neuordnung ohnehin dem System zum So-

lerdings bezieht sich der Prozentsatz bei Selbständigen nicht auf deren Einkommen. Selbständige können vielmehr ihr Sicherungsniveau selbst wählen, wobei der Beitrag in Abhängigkeit vom sog. Sozialindex (*indexante dos apoios sociais*)<sup>87</sup> bestimmt wird. Zur Wahl stehen zehn Sicherungsstufen, die einem Wert von 100 – 1200 % des Sozialindex entsprechen.<sup>88</sup> Der einheitliche Beitragssatz sowohl der abhängig Beschäftigten als auch der Selbständigen wird seit 1993 auf die einzelnen Risiken und die jeweiligen Verwendungszwecke aufgeteilt.<sup>89</sup> Demzufolge entfallen beispielsweise 16,01 % auf das Risiko Alter, die wiederum zwischen den Leistungen (14,16 %), den Verwaltungskosten (0,44 %) und den Kosten der Solidarität (1,41 %) aufgespalten werden. Diese Zuordnung gibt jedoch nur eine äußerst grobe Orientierung und wird bei der Ausarbeitung des Haushalts und der Bilanz des Vorsorgesystems nicht aufgegriffen.<sup>90</sup> Es bleibt abzuwarten, ob sich dies infolge des Inkrafttretens des neuen Beitragsgesetzbuches (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*)<sup>91</sup> am 01.01.2011 ändert.

zialen Schutz der Bürger zugeordnet. Dennoch bestehen bei einzelnen Leistungen Abweichungen gegenüber der Absicherung abhängig Beschäftigter. Vgl. zu Beitragssatz und Leistungsumfang Art 37 und 53 DL 328/93, DR I série-A N°226, 1993-09-25, S. 5372, 5374, zuletzt geändert durch DL 119/2005, DR I série-A N°140, 2005-07-22, S. 4336 – 4338.

87 Der Sozialindex wurde durch das Lei 53-B/2006, DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(388) – 8626-(390) geschaffen und tritt insoweit an die Stelle des Mindestlohns. Gem. Art. 2 Portaria 1514/2008, DR 1ª série N°248, 2008-12-24, S. 9023, beträgt der Sozialindex im Jahr 2009 419,22 €. Gleichzeitig mit seiner Einführung wurde auch seine jährliche Aktualisierung festgelegt. Diese richtet sich nach der vom Nationalen Statistikinstitut festgestellten Inflationsrate (*índice de preços no consumidor sem habitação*) sowie dem Wirtschaftswachstum und gestaltet sich wie folgt:

Wirtschaftswachstum in Prozent	Sozialindexsteigerung in Prozent
≥ 3	Inflationsrate + 20% des Wirtschaftswachstums
≥ 2	Inflationsrate + 20% des Wirtschaftswachstums, mindestens jedoch Inflationsrate + 0,5%
< 2	Inflationsrate

Für das Jahr 2010 wurde der Anpassungsmechanismus aufgrund der Rezession ausgesetzt, da seine Anwendung zu einer Reduktion des Sozialindex hätte führen müssen, vgl. DL 323/2009, DR 1ª série N°248, 2009-12-24, S. 8736f. Der Sozialindex beträgt daher weiterhin 419,22 €.

88 Art. 33 – 36 DL 328/93, DR I série-A N°226, 1993-09-25, S. 5371f., zuletzt geändert durch DL 119/2005, DR I série-A N°140, 2005-07-22, S. 4336 – 4338.

89 DL 326/93, DR I série-A N°226, 1993-09-25, S. 5363f., zuletzt geändert durch DL 200/99, DR I série-A N°132, 2000-06-08, S. 3216f. Eine solche Aufteilung enthält auch Art. 51 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6497f. Diese Norm kommt gem. Lei 119/2009, DR 1ª série N°251, 2009-12-30, S. 8776, aber erst ab 01.01.2011 zur Anwendung.

90 Dies zeigt auch der Umstand, dass im Rahmen der prozentualen Aufspaltung weiterhin 2,15 % für Familienleistungen vorgesehen sind, obwohl das Untersystem zum Schutz der Familie Teil des Systems zum Sozialen Schutz der Bürger ist und insoweit aus Steuermitteln finanziert werden soll, vgl. Art. 28 und 90 Abs. 1 LBSS.

91 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6490 – 6528. Das Inkrafttreten dieses Beitragsgesetzbuch wurde durch Lei 119/2009, DR 1ª série N°251, 2009-12-30, S. 8776, auf den 01.01.2011 verschoben.

Von den besagten Regelbeitragssätzen für abhängig Beschäftigte bestehen zahlreiche Ausnahmen.<sup>92</sup> Dabei ist zu unterscheiden zwischen erhöhten und ermäßigten Beitragssätzen. Erhöhte Beitragssätze basieren entweder auf der Finanzierung eines Spezialfonds zur ergänzenden Vorsorge oder auf der Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zur Erzielung eines erhöhten Rentenanspruchs innerhalb des allgemeinen Systems.<sup>93</sup> Für eine Absenkung des Beitragssatzes sieht das Gesetz sogar vier verschiedene Fallgruppen vor,<sup>94</sup> was dem Gesetzgeber einen weiten Spielraum bei der Schaffung von Ausnahmen eröffnet und zu einem wenig einheitlichen System führt. Die erste Fallgruppe ist dabei die Absenkung des Beitragssatzes aufgrund einer Einschränkung der versicherten Risiken. Darunter fallen beispielsweise Vorstandsmitglieder juristischer Personen, die nicht gegen Arbeitslosigkeit versichert sind, oder Fußball- und Basketballprofis, die im Falle der Krankheit kein Krankengeld erhalten.<sup>95</sup> Die zweite Fallgruppe umfasst die Angestellten von Arbeitgebern mit fehlender Gewinnerzielungsabsicht. Hier sind insbesondere die Hausangestellten und die Mitglieder religiöser Einrichtungen zu nennen.<sup>96</sup> Zu der Fallgruppe der schwachen wirtschaftlichen Situation der Beschäftigung gehören die landwirtschaftlichen Arbeiter und die lokal beschäftigten Fischer.<sup>97</sup> Schließlich sind ermäßigte Beitragssätze vorgesehen, um einen Anreiz zur

---

92 Vgl. insbesondere Art. 6 – 38 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2312 – 2315, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110). Eine Zusammenstellung aller aktuellen Beitragssätze enthält Circular TX-5/2009 (*trabalhadores por conta de outrem*) bzw. Circular TI-1/2007 (*trabalhadores independentes*), jeweils abrufbar unter [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), zuletzt besucht am 15. Februar 2010. Diese Ausnahmen finden sich auch im neuen Beitragsgesetzbuch, vgl. Art. 61 – 131 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6499 – 6507.

93 Art. 8 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2312, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), ab 01.01.2011 Art. 60 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6499.

94 Art. 6 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2312, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), ab 01.01.2011 Art. 56 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6498f.

95 Art. 13, 15 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2313, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), ab 01.01.2011 Art. 69, 79 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6500f. Auch die Bankangestellten unter fallen dieser Gruppe, da diese nur bezüglich der Berufskrankheit vom allgemeinen Vorsorgesystem erfasst werden. Zudem werden von der weitgehend ins allgemeine Vorsorgesystem integrierten Kindergeldkasse der Bankangestellten (*Caixa de Abono de Família dos Empregados Bancários*) Leistungen im Falle der Arbeitslosigkeit sowie Familienleistungen gewährt.

96 Art. 28f. DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2314, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), ab 01.01.2011 Art. 121, 127 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6506f.

97 Art. 33f. DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2315, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), ab 01.01.2011 Art. 96, 99 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6503.

Schaffung von Arbeitsplätzen für behinderte und junge Arbeitnehmer zu geben.<sup>98</sup> Alle Beiträge werden von den Zentren der Sozialen Sicherheit auf Bezirksebene (*Centros Distritais de Segurança Social*) eingezogen. Innerhalb des Instituts der Sozialen Sicherheit werden die Beiträge daraufhin zwischen den einzelnen leistungserbringenden Stellen, also den Zentren der Sozialen Sicherheit auf Bezirksebene, dem nationalen Rentenzentrum (*Centro Nacional de Pensões*) und dem nationalen Zentrum zum Schutz vor beruflichen Risiken (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*) aufgeteilt.<sup>99</sup>

## bb. Spezielle Vorsorgesysteme

Bei den speziellen Vorsorgesystemen existieren sehr verschiedene Finanzierungssysteme. So werden bei den Bankangestellten die Leistungen<sup>100</sup> in der Regel aus speziellen Pensionsfonds bezahlt, die sich wiederum überwiegend aus Beiträgen der Arbeitgeber finanzieren. Bankangestellte, die nach dem 1. Januar 1995 erstmals angestellt wurden, müssen jedoch einen Beitrag von 5 % ihres Arbeitseinkommens leisten.<sup>101</sup> Auch bei der Vorsorge der Rechtsanwälte sind Beitragszahlungen der Versicherten vorgesehen. Diese orientieren sich an der Beitragsbemessung der Selbständigen im allgemeinen Vorsorgesystem. Rechtsanwälte können also ebenfalls ihr Sicherungsniveau wählen, das allerdings von 100 % bis 1500 % des nationalen Mindestlohnes<sup>102</sup> reicht. Der Prozentsatz der Beiträge beträgt einheitlich 17 % des gewählten Wertes.<sup>103</sup> Bei der Beamtenversorgung sind bereits hinsichtlich der Finanzierung zwei Bereiche zu unterscheiden, nämlich zum einen die aus Beiträgen finanzierten Leistungen der allgemeinen Pensionskasse (*Caixa Geral de Aposentações*) und zum zweiten die unmittelbar ohne Bei-

98 Art. 36f. DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2315, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110). Ab 01.01.2011 gilt auch für ältere Arbeitnehmer eine entsprechende Regelung, vgl. Art. 107 Lei 110/2009 (*Código dos Regimes Contributivos do sistema previdencial de Segurança Social*), DR 1ª série N°180, 2009-09-16, S. 6504.

99 Gem. Art. 4 DL 199/99, DR I série-A N°132, 1999-06-08, S. 2312, zuletzt geändert durch Art. 36 Lei 3-B/2000, DR I série-A N°80, 2000-04-04, S. 1490-(110), sind 0,5 % des Beitragssatzes speziell für die Sicherung der beruflichen Risiken bestimmt. Diese 0,5% sind zudem ausdrücklich Teil der Beiträge des Arbeitgebers.

100 Es handelt sich insoweit um die Leistungen, die nicht bereits von der Kindergeldkasse der Bankangestellten (*Caixa de Abono de Família dos Empregados Bancários*) bzw. vom allgemeinen Vorsorgesystem abgedeckt werden, also Krankheit, Mutterschaft, Alter, Invalidität und Tod.

101 Klausel 137-A des Tarifvertrages des Bankensektors, Tarifvertrag des Bankensektors (*Acordo Colectivo de trabalho do sector bancário*), BTE 1ª série N°31, 1990-08-22, S. 2447, zuletzt geändert durch neuerlichen Tarifvertrag, BTE 1ª série N°32, 2007-08-29, S. 3498 – 3504.

102 Insoweit wurde der nationale Mindestlohn als Bezugsgröße nicht durch den Sozialindex (*indexante dos apoios sociais*) abgelöst, da diese Ersetzung nur für die Leistungen der Zentralverwaltung, der autonomen Regionen und der Gemeinden vorgeschrieben ist, vgl. Art. 2 Lei 53-B/2006, DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(388).

103 Art. 72 Portaria 487/83 (*Regulamento da Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores*), DR I série N°96, 1983-04-27, S. 1481, zuletzt geändert durch Portaria 884/94 DR I série-B N°228, 1994-10-01, S. 6045 – 6048. Vorgesehen sind zwölf Stufen, weshalb die einzelnen Stufen nicht mit dem jeweiligen Faktor des Mindestlohnes übereinstimmen.



tragsgrundlage von den beschäftigenden Behörden zu tragenden und damit steuerfinanzierten Sozialleistungen.<sup>104</sup> Dabei gehören zur ersten Gruppe die Leistungen im Falle des Alters, der Invalidität und des Todes, während die Leistungen im Falle von Krankheit und Mutterschaft unmittelbar von der Behörde zu tragen sind.<sup>105</sup> Der Beitragssatz der Beamten beträgt 10 % des Gehalts. Davon entfallen 7,5 % auf die Vorsorge für Alter und Invalidität sowie 2,5 % auf die Vorsorge für die Hinterbliebenen.<sup>106</sup> Diese Aufspaltung der Beiträge geht auf die vormals bestehende Trennung von Pensions- und Sterbekasse zurück und hat im übrigen ebenso wenig Einfluss auf die Leistungshöhe wie die Aufspaltung der Beiträge des allgemeinen Vorsorgesystems anhand der versicherten Risiken.<sup>107</sup> Auch für den Staat als Arbeitgeber, mithin für die jeweils verantwortliche Behörde, wurde inzwischen eine Beitragsverpflichtung in Höhe von 11 % eingeführt, wobei diese Verpflichtung auch durch Verrechnungen erfüllt werden kann.<sup>108</sup> Unabhängige Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer von der Beamtenversorgung erfasst sind, wie etwa private Bildungseinrichtungen, sind hingegen schon seit längerem zur Beitragszahlung verpflichtet. Der Beitragssatz beläuft sich für diese auf 15 %.<sup>109</sup>

### cc. Gesundheitsuntersysteme

Bei der Finanzierung der Gesundheitsuntersysteme ist zu unterscheiden zwischen den staatlichen Gesundheitsuntersystemen, für die im Folgenden das Gesundheitsuntersystem der Beamten (*Direcção-Geral de protecção social aos funcionários e agentes da administração pública – ADSE*)<sup>110</sup> als Beispiel dient, und den privaten Gesundheitsuntersystemen, die im Folgenden durch das Gesundheitsuntersystem der Bankangestellten (*Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas – SAMS*)

104 Vgl. dazu *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 804 sowie zu den einzelnen Leistungen unten S. 140.

105 Die Verantwortung für berufliche Risiken ist ihrerseits getrennt. Zudem hat die allgemeine Pensionskasse einen Erstattungsanspruch gegenüber der beschäftigenden Behörde, wenn diese über Verwaltungs- und Finanzautonomie verfügt, vgl. Art. 43 DL 503/99, DR I série-A N°271, 1999-11-20, S. 8251.

106 Art. 11 DL 40-A/85, DR I série N°35, 1985-02-01, S. 336-(3), DL 78/94, DR I série-A N°57, 1994-03-09, S. 1199f. Ab dem Jahr 2009 müssen Beamte für die Absicherung des Risikos der Arbeitslosigkeit zudem ein Prozent des relevanten Einkommens abführen, vgl. Art. 9 Abs. 4 Lei 11/2008, DR 1ª série N°36, 2008-02-20, S. 1150. Vgl. zur Einbeziehung der Beamten in die Arbeitslosensicherung auch unten Teil 2 B., Fn. 189.

107 Vgl. dazu oben S. 100.

108 Art. 18 Abs. 1 Lei 67-A/2007 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°251, 2007-12-31, S. 9178-(5). Bislang war zwar anerkannt, dass auch der öffentliche Arbeitgeber zur Finanzierung der Sozialleistungen seiner Arbeitnehmer, also der Beamten, beitragen muss. Die besondere Rolle des Staates als Verwalter des Systems rechtfertigte aber ein Absehen von einer unmittelbaren Beitragszahlung, vgl. *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 806.

109 Art. 18 Abs. 2 Lei 67-A/2007 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°251, 2007-12-31, S. 9178-(5)f. Sofern die Beamtenversorgung lediglich für die Hinterbliebenenversorgung verantwortlich ist, beläuft sich der Beitragssatz auf 3,75 %.

110 Die Bezeichnung ADSE (*Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado*) leitet sich vom früheren Namen des staatlichen Gesundheitsuntersystems ab und wurde trotz dessen Änderung als Abkürzung beibehalten.

repräsentiert werden. In beiden Fällen ist eine Beitragszahlung der Versicherten in Höhe von 1,5 % vorgesehen.<sup>111</sup> Auch die Zuzahlungen der Versicherten entsprechen weitgehend denen des Nationalen Gesundheitsdienstes.<sup>112</sup> Während die Arbeitgeber des Bankensektors jedoch dazu verpflichtet sind, ihrerseits 6,5 % des Einkommens der Arbeitnehmer an die SAMS abzuführen,<sup>113</sup> zahlt der Staat keine Arbeitgeberbeiträge an die ADSE.<sup>114</sup> Da alle Anspruchsberechtigten eines Gesundheitsunternehmens unabhängig von der Ausgestaltung des jeweiligen Leistungssystems zugleich die Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes in Anspruch nehmen können, stellt sich die Frage nach dem finanziellen Ausgleich zwischen Gesundheitsdienst und Gesundheitsunternehmenssystemen. Auch insoweit sind Unterschiede zwischen staatlichen und privaten Gesundheitsunternehmenssystemen zu beachten. Während bei den staatlichen Unternehmenssystemen die Leistungen, die von Stellen des Gesundheitsdienstes erbracht werden, stets durch entsprechende Ausgleichszahlungen der zuständigen Einrichtung an das Gesundheitsministerium ausgeglichen wurden, ist die Möglichkeit eines Ausgleichs mit den privaten Gesundheitsunternehmenssystemen erst seit Ende der 90er Jahre eröffnet.<sup>115</sup> Bis zu diesem Zeitpunkt funktionierten die beiden Komplexe weitgehend unabhängig, der Staat beteiligte sich jedoch mitunter durch individuell ausgehandelte Transferleistungen an der Finanzierung der privaten Gesundheitsunternehmenssysteme. Seither können die privaten Gesundheitsunternehmenssysteme mit dem Staat die Übernahme sämtlicher Gesundheitsleistungen vereinbaren. Folge dieser Vereinbarung ist eine Pflicht zur Zahlung der vom Gesundheitsdienst erbrachten Leistungen und im Gegenzug dazu eine feste staatliche Ausgleichszahlung pro Versichertem (*opting-out*). Die großen privaten Gesundheitsunternehmenssysteme haben von dieser

- 
- 111 Art. 46 DL 118/83 DR I série-A N°46, 1983-02-25, S. 639, zuletzt geändert durch DL 53-D/2006 DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(390) – 8626-(393) sowie Klausel 144 Abs. 4 Buchst. b Tarifvertrag des Bankensektors (*Acordo Colectivo de trabalho do sector bancário*), BTE 1ª série N°31, 1990-08-22, S. 2449, zuletzt geändert durch neuerlichen Tarifvertrag, BTE 1ª série N°31, 2007-08-29, S. 3498 – 3504. Der Beitragssatz in der ADSE wurde erst vor kurzem von 1 % auf 1,5 % erhöht, zugleich wurde erstmals eine Beitragszahlung von Pensionären von 1 % eingeführt, die binnen fünf Jahren ebenfalls auf 1,5 % angehoben wird. Rentner des Bankensektors zahlen ohnehin einen Beitrag von 1,5 %.
- 112 Die Zuzahlungsbefreiungen für bestimmte Personengruppen, vgl. dazu unten S. 105, gelten nur für die Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes, für diese jedoch auch dann, wenn sie von Leistungsberechtigten eines Gesundheitsunternehmens in Anspruch genommen werden. Bei anderen von den Gesundheitsunternehmenssystemen vertraglich gebundenen Leistungserbringern sehen die einzelnen Gesundheitsunternehmenssysteme bisweilen eigenständige Befreiungen etwa im Falle chronischer Erkrankungen vor.
- 113 Klausel 144 Abs. 4 Buchst. a des Tarifvertrag des Bankensektors (*Acordo Colectivo de trabalho do sector bancário*), BTE 1ª série N°31, 1990-08-22, S. 2449, zuletzt geändert durch neuerlichen Tarifvertrag, BTE 1ª série N°31, 2007-08-29, S. 3498 – 3504.
- 114 Durch Art. 48 DL 118/83, DR I série-A N°46, 1983-02-25, S. 639, zuletzt geändert durch DL 53-D/2006, DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(390) – 8626-(393), ist aber klargestellt, dass die Beiträge der Beamten selbst nicht in den Staatshaushalt einfließen. Vgl. zur alten Rechtslage *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 809.
- 115 Grundlage für das neue Ausgleichssystem war die Änderung des Art. 25 des Statuts des Nationalen Gesundheitsdienstes durch DL 401/98 (*Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*), DR I série-A N°290, 1998-12-17, S. 6899.

Möglichkeit Gebrauch gemacht und erhalten seither im Gegenzug für die Erstattung der vom Gesundheitsdienst erbrachten Leistungen einen Festbetrag pro Versichertem.<sup>116</sup> Die individuell ausgehandelten Transferleistungen wurden hingegen 2007 eingestellt, weshalb einige private Gesundheitsundersysteme in ihrer Existenz akut gefährdet sind.<sup>117</sup> Auch das Fortbestehen der Gesundheitsundersysteme insgesamt wird in jüngster Zeit in Frage gestellt.<sup>118</sup>

### c. Nationaler Gesundheitsdienst

Die Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes werden fast ausschließlich durch den Staatshaushalt finanziert.<sup>119</sup> Sekundäre Einnahmequellen ergeben sich aus der Erbringung von Leistungen an nicht-leistungsberechtigte Personen bzw. von nicht abgedeckten Leistungen wie z.B. die Unterbringung im Einzelzimmer, aus der Vermögensverwaltung, aus Schenkungen sowie aus Strafzahlungen.<sup>120</sup> Eine Einnahmequelle von zumindest politisch größerer Bedeutung stellen die Zuzahlungen zu den Leistungen der Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes dar, die in Portugal als Eindämmungsgebühren bezeichnet (*taxas moderadoras*) werden.<sup>121</sup> Diese wurden zu Beginn des Jahres 2007 ausgeweitet und sind sowohl im Falle einer ambulanten, als auch einer stationären Behandlung zu entrichten.<sup>122</sup> Die „Eindämmungsgebühren“ belaufen sich in der Regel auf einen Betrag von unter 10 €, oft auf weniger als 1 €. Bei einem Krankenhausaufenthalt sind pro Tag, maximal aber für zehn Tage 5 € zu entrichten. Lediglich bei speziellen, kostenintensiven Maßnahmen wie etwa einer Computertomographie

---

116 Die Höhe des Finanzausgleich durch das Gesundheitsministerium beläuft sich derzeit auf 325,74 € pro Versichertem. Vgl. dazu und zum Ausgleichsverfahren allgemein Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht, S. 81, 86 – 88.

117 Betroffen davon ist insbesondere die Vorsorgekasse der Journalisten (*Caixa dos Jornalistas*), vgl. dazu und zum Finanzausgleich der Gesundheitsundersysteme *Diário de Notícias – Economia* vom 16. November 2006, S. 7.

118 Vgl. Empfehlung Nr. 7 Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht, S. 3.

119 Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist jedoch auch stets Gegenstand politischer Diskussionen, zuletzt im Zusammenhang mit dem vom Ministerium in Auftrag gegebenen Bericht zur Nachhaltigkeit der Finanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes, der nicht nur die derzeitige Finanzierungssituation des Gesundheitswesens beleuchtet, sondern auch konkrete Vorschläge zur Sicherung der Finanzgrundlage macht, vgl. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht.

120 Base XXIII LBS.

121 Gem. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht, S. 100 decken die Eindämmungsgebühren weniger als 1 % der Gesundheitsausgaben. Dennoch stehen sie und ihre mögliche Änderung bzw. Ersetzung durch eine Sondersteuer im Mittelpunkt der politischen Auseinandersetzung, vgl. *Público* vom 14. Mai 2007, S. 8 und vom 25. Juni 2007, S. 6f. Insoweit bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

122 Vgl. zur Geschichte der Eindämmungsgebühren Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht, S. 98f. Die Eindämmungsgebühren existierten schon vor Gründung des SNS, waren jedoch insbesondere in den ersten Jahren nach dessen Gründung sehr umstritten. Vgl. dazu auch unten S. 292.

sind höhere Beträge vorgesehen.<sup>123</sup> Zu beachten ist jedoch auch, dass zahlreiche Personengruppen gänzlich von der Zahlung der „Eindämmungsgebühren“ befreit sind. Dazu gehören beispielsweise Schwangere, chronisch Kranke, Kinder bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres, Behinderte, Arbeitslose, Bezieher von Wiedereingliederungseinkommen oder Feuerwehrleute.<sup>124</sup> Bei der Medikamentenversorgung sind ebenfalls Zuzahlungen vorgesehen. Hier sind keine absoluten Zuzahlungsbeträge der Patienten, sondern Zuzahlungsquoten des Staates festgelegt.<sup>125</sup> Die Quote bestimmt sich dabei in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit des Medikaments zu einer von vier Medikamentengruppen, wobei die von der Behörde für Apotheken und Medikamente (*INFARMED*) vorgenommene Einteilung<sup>126</sup> auf der medizinischen Bedeutung und Effektivität beruht.<sup>127</sup> Im Einzelnen sind Zuzahlungsquoten von 95 %, 69 %, 37 % und 15 % vorgesehen.<sup>128</sup> Überlebensnotwendige Medikamente werden in voller Höhe vom Gesundheitssystem übernommen.<sup>129</sup> Zudem sind auch bei der Zuzahlung zu den Medikamenten Befreiungen vorgesehen, die allerdings weniger großzügig ausgestaltet sind als hinsichtlich der Eindämmungsgebühren. Nur bei Rentnern, deren Einkommen 100 % des Sozialindex<sup>130</sup> nicht übersteigt, steigt die staatliche Zuzahlungsquote um 15 % bzw. 5 %.<sup>131</sup>

---

123 Die aktuellen Eindämmungsgebühren sind enthalten in Portaria 1637/2007, DR 1ª série N°251, 2007-12-31, S. 9173 – 9177.

124 Vgl. ausführlich zu den Befreiungen Art. 2 DL 173/2003, DR I série-A N°176, 2003-08-01, S. 4537f., zuletzt geändert durch DL 79/2008, DR 1ª série N°89, 2008-05-08, S. 2509, sowie zur Verteilung auf die einzelnen Gruppen Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional da Saúde, Abschlussbericht, S. 101. Nach Aussage des Gesundheitsministers *Correia de Campos* werden 55 % der Bevölkerung von den Befreiungen erfasst, vgl. *Visão* vom 30. November 2006, S. 136.

125 Dies ist eine Folge der Finanzflüsse innerhalb des Systems. Während die Einrichtungen des Gesundheitsdienstes unmittelbar von diesem finanziert werden, handelt es sich bei den Apotheken um private Einrichtungen, die dem Gesundheitsdienst ihre Leistungen auf Basis der abgeschlossenen Verträge in Rechnung stellen.

126 Art. 2 Abs. 2 DL 118/92, DR I série-A N°114, 1992-06-25, S. 3025, zuletzt geändert durch Art. 150 Lei 53-A/2006 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626 (58)f.

127 *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 102. Es ist zu unterscheiden zwischen grundlegenden Medikamenten, die der Behandlung einer ernsthaften Krankheit dienen, nicht unbedingt notwendigen Medikamente mit therapeutischem Wert, Medikamenten deren therapeutischer Wert noch nicht bewiesen ist und schließlich Medikamenten mit wenig oder gar keinem therapeutischem Wert.

128 Vgl. Art. 2 Abs. 1 DL 118/92, DR I série-A N°114, 1992-06-25, S. 3025, zuletzt geändert durch Art. 150 Lei 53-A/2006 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626 (58)f.

129 Art. 3 Abs. 6 DL 118/92, DR I série-A N°114, 1992-06-25, S. 3025, zuletzt geändert durch Art. 150 Lei 53-A/2006 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626 (58)f. Zu den verschiedenen Gruppen überlebenswichtiger Medikamente gehören etwa Diabetes- oder Parkinson-Medikamente, vgl. dazu im Einzelnen Despacho 19650-A/2005, DR II série N°174, 2005-09-09, S. 13268-(2) sowie *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 102f.

130 Vgl. zum Sozialindex Fn. 87.

131 Art. 3 DL 118/92, DR I série-A N°114, 1992-06-25, S. 3025, Art. 150 Lei 53-A/2006 (*Orçamento do Estado*), DR 1ª série N°249, 2006-12-29, S. 8626 (58)f. Für Bezieher des solidarische Zuschlag für Alte (*complemento solidário para idosos*) wurde zudem eine weitere Zuzahlung zu Medikamenten und Hilfsmitteln in Höhe von 50 % bzw. 75 % der von den Patienten zu tragenden Kosten einge-

## II. Vorsorgesysteme

Zentrales Vorsorgeinstrument im portugiesischen System der Sozialen Sicherheit ist das allgemeine Vorsorgesystem. Sowohl in personeller als auch in materieller Hinsicht ist der universelle Anspruch<sup>132</sup> des allgemeinen Vorsorgesystems aber noch nicht verwirklicht. Zum einen existieren weiterhin spezielle Vorsorgesysteme zur Absicherung bestimmter Personengruppen und zum zweiten ist das Risiko eines Arbeitsunfalls anders als das einer Berufskrankheit nicht in das allgemeine Vorsorgesystem integriert. Zudem werden die Sachleistungen im Falle von Krankheit oder Mutterschaft unmittelbar vom Nationalen Gesundheitsdienst erbracht. Neben dem allgemeinen Vorsorgesystem sind im Rahmen der Vorsorgesysteme also die speziellen Vorsorgesysteme, die (private) Absicherung des Arbeitsunfallrisikos sowie die ergänzende Vorsorge und die Gesundheitsunterssysteme zu analysieren.

### I. Allgemeines Vorsorgesystem – Regime Geral

#### a. Erfasster Personenkreis

Zu den vom allgemeinen Vorsorgesystem erfassten Risiken gehören: Krankheit, Mutterschaft, Arbeitslosigkeit, Alter, Invalidität, Tod eines Leistungsberechtigten und Berufskrankheit. Bevor die Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte im Einzelnen dargestellt werden können, bedarf die personelle Reichweite des Systems einer genaueren Betrachtung. Insoweit ist grundlegend zu beachten, dass das allgemeine Vorsorgesystem die Absicherung der gesamten aktiven Bevölkerung und mittelbar auch der dazugehörigen Familienangehörigen gewährleisten soll. Verpflichtend als Beitragszahler erfasst werden also grundsätzlich sowohl alle abhängig Beschäftigten als auch alle Selbständigen.<sup>133</sup> Mittelbar und im Falle des Todes des Leistungsberechtigten direkt gesichert sind zudem Ehefrauen, Partner eheähnlicher Gemeinschaften sowie alle in direkter Linie auf- und absteigend Verwandten, also insbesondere Eltern und Kinder.<sup>134</sup> Bestimmte Beschäftigungsgruppen werden jedoch nicht vom allgemeinen Vorsorgesystem erfasst. Dazu gehören zunächst alle Beamten<sup>135, 136</sup> die vor dem 1. Januar 2006 in

---

führt, DL 252/2007, DR 1ª série N°128, 2007-07-05, S. 4346f. und Portaria 833/2007, DR 1ª série N°149, 2007-08-03, S. 5026f. Vgl. zum solidarischen Zuschlag für Alte unten S. 176.

132 Vgl. dazu den Systemüberblick oben S. 62.

133 Vgl. Art. 51 Abs. 1 LBSS.

134 Art. 7 – 10 DL 322/90, DR I série-A N°241, 1990-10-13, S. 4319. Falls anspruchsberechtigte Angehöriger nicht vorhanden sind, können Dritte einen Anspruch auf Ersatz der ihnen entstandenen Beerdigungskosten haben, vgl. Art. 54 DL 322/90, DR I série-A N°241, 1990-10-13, S. 4324.

135 Beamter im portugiesischen Sinne sind alle durch Ernennung oder Versorgungsvertrag (*contrato administrativo de provimento*) an den Staat gebundenen Personen. Keinen Beamtenstatus haben hingegen die durch einen Arbeitsvertrag an den Staat gebundenen Beschäftigten, vgl. dazu Art. 4, 14f., 18 DL 427/89, DR I série N°281, 1989-12-07, S. 5322, 5324f. Daneben gibt es auch Gruppen, die ohne Beamte zu sein, ausdrücklich der Beamtenversorgung zugewiesen waren, wie beispielsweise die Beschäftigten privater Bildungseinrichtungen hinsichtlich der Risiken Alter, Invalidität