

**ΕΡΕΥΝΑ ΕΣΟΔΩΝ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ,
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ
ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017**

A. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Επωνυμία Οργανισμού:
Διεύθυνση (οδός και αριθμός):
Δήμος/Κοινότητα: Ταχ. Τομέας: Επαρχία:.....
Ταχ. Κιβώτιο: Ταχ. Τομέας (Κιβωτίου):
Τηλέφωνο: Φαξ:

Γενικές Παρατηρήσεις για την Έρευνα

1. Σκοπός της Έρευνας είναι η συλλογή βασικών στατιστικών στοιχείων που αφορούν στην κοινωνική προστασία στην Κύπρο. Η Έρευνα θα καλύψει όλα τα σχέδια συνταξιοδότησης (κρατικά, ημικρατικά, ιδιωτικά) και όλα τα ταμεία προνοίας, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και βοηθημάτων.
2. Η Έρευνα διεξάγεται σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό (Ε/Κ) Αρ. 458/2007 και τη μεθοδολογία που καθορίζει η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat). Τα στοιχεία αυτά συλλέγονται σε ετήσια βάση.
3. Η Έρευνα διεξάγεται με βάση τον περί Στατιστικής Νόμο, Αρ. 15 (I) του 2000 και η συμμετοχή σας είναι υποχρεωτική. Καλείστε να απαντήσετε σε όλες τις σχετικές ερωτήσεις με κάθε δυνατή ακρίβεια. Αν δεν γνωρίζετε όλα τα ζητηθέντα στοιχεία με ακρίβεια, μπορείτε να δώσετε την καλύτερη δυνατή εκτίμησή σας.
4. Όλα τα στοιχεία αναφέρονται στη χρονική περίοδο **1 Ιανουαρίου 2017 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2017.**

5. ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΔΟΘΟΥΝ ΘΑ ΤΗΡΗΘΟΥΝ ΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΑ

Η Στατιστική Υπηρεσία υποχρεούται, σύμφωνα με τον περί Στατιστικής Νόμο, να τηρήσει τα στοιχεία τα οποία θα δηλώσετε ως **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΑ**. Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για σκοπούς στατιστικής και κανείς δεν θα λάβει γνώση των στοιχείων που αφορούν τους εργαζόμενους στον Οργανισμό σας, ούτε Δημόσια Αρχή, ούτε ιδιώτης.

Όνομα προσώπου που έδωσε τις
πληροφορίες:

Τηλέφωνο επικοινωνίας: E-mail επικοινωνίας:

Ημερομηνία:

B. ΕΙΣΦΟΡΕΣ, ΕΣΟΔΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΣΧΕΔΙΩΝ/ΤΑΜΕΙΩΝ

Παρακαλώ δηλώστε τις εισφορές (εργοδότη και υπαλλήλων), τα έσοδα και τα λειτουργικά έξοδα¹ για κάθε σχέδιο/ταμείο κοινωνικής προστασίας² που λειτουργεί για τους υπαλλήλους του Οργανισμού σας, για το έτος **2017**. Σε περίπτωση που λειτουργεί κάποιο σχέδιο/ταμείο το οποίο δεν αναγράφεται στον Πίνακα που ακολουθεί, παρακαλώ να το προσδιορίσετε.

<u>Ονομασία Σχεδίου / Ταμείου</u>	Εισφορές εργοδότη € (ευρώ)	Εισφορές υπαλλήλων € (ευρώ)	Εισόδημα περιουσίας³ € (ευρώ)	Άλλα έσοδα		Λειτουργικά έξοδα € (ευρώ)
				Ποσό € (ευρώ)	Περιγραφή	
1. Ταμείο Προνοίας						
2. Ταμείο Συντάξεων ⁴						
3. Ταμείο Υγείας						
4. Κυβερνητικό Σχέδιο Υγείας						
5. Ταμείο Ευημερίας (Παρακαλώ σημειώστε τον σκοπό λειτουργίας) :						
6. Άλλο, προσδιορίστε:						
7. Άλλο, προσδιορίστε:						
8. Άλλο, προσδιορίστε:						

¹**Λειτουργικά έξοδα:** Περιλαμβάνει τα έξοδα για την ομαλή λειτουργία και διαχείριση του σχεδίου (π.χ. μισθούς του προσωπικού και διαχειριστικά έξοδα που αφορούν αποκλειστικά τη λειτουργία του εν λόγω σχεδίου). Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός των λειτουργικών εξόδων για κάθε σχέδιο/ταμείο ξεχωριστά, παρακαλώ δηλώστε το συνολικό ποσό των εξόδων για όλα τα σχέδια/ταμεία. Σε περίπτωση που ούτε αυτό το ποσό μπορεί να διαχωριστεί από τα υπόλοιπα λειτουργικά έξοδα του Οργανισμού, παρακαλώ δώστε την καλύτερη δυνατή εκτίμησή σας.

² Σύμφωνα με τη μεθοδολογία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως **πρόγραμμα (σχέδιο/ταμείο) κοινωνικής προστασίας** ορίζεται ένα ανεξάρτητο σύνολο κανόνων που διέπει τη χορήγηση κοινωνικών παροχών και τη χρηματοδότησή τους. Στα πλαίσια αυτού του ορισμού εμπίπτουν, για παράδειγμα, σχέδια συνταξιοδότησης, ταμεία προνοίας, ευημερίας, βοήθειας, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και δανειοδότησης (υπό ευνοϊκούς όρους).

³ **Εισόδημα περιουσίας:** Περιλαμβάνει κυρίως κεφαλαιακά έσοδα, π.χ. τόκους και μερίσματα από επενδύσεις του κεφαλαίου των σχεδίων/ταμείων.

⁴ **Ταμείο Συντάξεων:** Να σημειωθεί το καθαρό ποσό μετά την αφαίρεση της αναλογικής σύνταξης.

Γ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Παρακαλώ επιλέξτε **όσες** επιλογές ισχύουν:

1. Ο Οργανισμός παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους του μέσω δικού του ταμείου.

(Παρακαλώ συμπληρώστε τα Μέρη Δ, Ε, ΣΤ και Ζ)

2. Ο Οργανισμός παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους του μέσω ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας.

Όνομα Ασφαλιστικής εταιρείας:

(Παρακαλώ συμπληρώστε τα Μέρη Ε, ΣΤ και Ζ)

3. Ο Οργανισμός παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους του μέσω συντεχνίας.

Όνομα Συντεχνίας:

(Παρακαλώ συμπληρώστε τα Μέρη Ε, ΣΤ και Ζ)

4. Ο Οργανισμός δεν παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους του.

(Παρακαλώ συμπληρώστε τα Μέρη Ε, ΣΤ και Ζ)

Δ. ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Δηλώστε τις δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για το έτος **2017** για όσες από τις πιο κάτω κατηγορίες έγιναν αποζημιώσεις/πληρωμές προς όφελος των υπαλλήλων του Οργανισμού. Σε περίπτωση που έγινε πληρωμή σε κατηγορία που δεν περιλαμβάνεται στον Πίνακα που ακολουθεί, παρακαλώ προσδιορίσετε την κατηγορία. **Σημειώστε ότι σε αυτό το σημείο θέλουμε να καταχωρηθούν οι δαπάνες μόνο για τους Οργανισμούς που έχουν δικό τους ταμείο υγείας.**

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ/ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Αποζημιώσεις προς τους Υπαλλήλους ⁵ Σύνολο Δαπανών για το 2017 € (ευρώ)	Πληρωμές <u>απευθείας</u> προς τους φορείς των παροχών ⁶ (π.χ. νοσοκομεία, κλινικές) Σύνολο Δαπανών για το 2017 € (ευρώ)
Έξοδα νοσηλείας με διανυκτέρευση σε νοσοκομεία/κλινικές στην Κύπρο		
Έξοδα νοσηλείας με διανυκτέρευση σε νοσοκομεία/κλινικές στο εξωτερικό		
Έξοδα επισκέψεων σε ιατρούς στην Κύπρο		
Έξοδα επισκέψεων σε ιατρούς στο εξωτερικό		
Έξοδα επισκέψεων σε οδοντιάτρους στην Κύπρο		
Έξοδα επισκέψεων σε οδοντιάτρους στο εξωτερικό		
Έξοδα εξετάσεων/αναλύσεων σε χημεία στην Κύπρο		
Έξοδα ακτινογραφιών/MRI/αξονικών τομογραφιών στην Κύπρο		
Έξοδα εξετάσεων/αναλύσεων σε χημεία/ακτινογραφιών/MRI/ αξονικών τομογραφιών στο εξωτερικό		

⁵ *Αποζημιώσεις προς τους υπαλλήλους:* Ο δικαιούχος πληρώνει τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στη συνέχεια το σύνολο ή μέρος των εξόδων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επιστρέφεται σε αυτόν από το ταμείο υγείας.

⁶ *Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών:* Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται στον δικαιούχο χωρίς ο ίδιος να πληρώνει τον παροχέα και στη συνέχεια ο Οργανισμός πληρώνει απευθείας τον παροχέα.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ/ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	Αποζημιώσεις προς τους Υπαλλήλους⁵ Σύνολο Δαπανών για το 2017 € (ευρώ)	Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών⁶ (π.χ. νοσοκομεία, κλινικές) Σύνολο Δαπανών για το 2017 € (ευρώ)
Έξοδα επισκέψεων σε φυσιοθεραπευτές/λογοθεραπευτές/ομοιοπαθητικούς (Κύπρο ή εξωτερικό)		
Έξοδα για αγορά φαρμάκων (Κύπρο ή εξωτερικό)		
Έξοδα για εμβόλια (Κύπρο ή εξωτερικό)		
Έξοδα για αγορά συνταγογραφούμενων γυαλιών οράσεως ή/και φακών επαφής οράσεως (Κύπρο ή εξωτερικό)		
Έξοδα για αγορά ακουστικών βαρηκοΐας (Κύπρο ή εξωτερικό)		
Έξοδα για αγορά άλλου ιατρικού εξοπλισμού (Κύπρο ή εξωτερικό)		
Άλλες πληρωμές ασθενοείας ή έξοδα (Παρακαλώ προσδιορίστε)		
.....		
Άλλες παροχές, π.χ. χαμηλότοκα δάνεια ασθενοείας (Παρακαλώ προσδιορίστε)		
.....		

⁵ **Αποζημιώσεις προς τους υπαλλήλους:** Ο δικαιούχος πληρώνει τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στη συνέχεια το σύνολο ή μέρος των εξόδων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επιστρέφεται σε αυτόν από το ταμείο υγείας.

⁶ **Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών:** Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται στον δικαιούχο χωρίς ο ίδιος να πληρώνει τον παροχέα και στη συνέχεια ο Οργανισμός πληρώνει απευθείας τον παροχέα.

Ε. ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΧΕΔΙΩΝ/ΤΑΜΕΙΩΝ

Δηλώστε τις δαπάνες για το έτος **2017** για όσες από τις πιο κάτω παροχές έγιναν πληρωμές προς όφελος των υπαλλήλων του Οργανισμού. Σε περίπτωση που δόθηκε παροχή σε κατηγορία που δεν περιλαμβάνεται στον Πίνακα που ακολουθεί, παρακαλώ προσδιορίσετε την κατηγορία. Σημειώνεται πως, για συντάξεις για τις οποίες αφαιρείται η αναλογική, θα πρέπει να δηλώσετε το καθαρό ποσό μετά την αφαίρεση της.

Κατηγορία/Είδος παροχής	Περιοδικές πληρωμές (π.χ. μηνιαίες, τριμηνιαίες, ετήσιες) Σύνολο δαπανών για το 2017 € (ευρώ)	Εφάπαξ πληρωμές για το 2017 € (ευρώ)	Επεξηγήσεις/Σημειώσεις
<u>Παροχές Αναπηρίας</u>			
Σύνταξη αναπηρίας			
Παροχή πρόωρης σύνταξης λόγω μειωμένης ικανότητας για εργασία			
<u>Παροχές Γήρατος⁷</u>			
Σύνταξη γήρατος			
Πρόωρη σύνταξη γήρατος			
Επιδόματα φροντίδας			
<u>Παροχές Επιζώντων⁷</u>			
Σύνταξη χηρείας			
Σύνταξη ορφάνιας/τέκνου			
Επιδόματα για τις περιπτώσεις θανάτου			
Εξοδα κηδείας			
<u>Παροχές Οικογένειας</u>			
Επίδομα μητρότητας			
<u>Παροχές Ανεργίας</u>			
Αποζημίωση λόγω πλεονασμού			
Πρόωρη σύνταξη για λόγους που επηρεάζουν την αγορά εργασίας			
<u>Παροχές Στέγασης</u>			
Επίδομα ενοικίου			
Χαμηλότοκα στεγαστικά δάνεια			
<u>Άλλα Ταμεία Βοήθειας</u>			
Άλλα ωφελήματα (προσδιορίστε)			

⁷ **Παροχές Γήρατος & Παροχές Επιζώντων:** Να σημειωθεί το καθαρό ποσό μετά την αφαίρεση της αναλογικής σύνταξης.

ΣΤ. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017

Δηλώστε τον αριθμό των δικαιούχων⁸ κατά το **2017** όσον αφορά τις **συντάξεις** που παρέχονται από όλα τα σχέδια/ταμεία που έχουν δηλωθεί στο Μέρος Β.

Σύνολο συντάξεων κατά είδος σύνταξης	Δικαιούχοι Συντάξεων		
	Σύνολο	Άντρες	Γυναίκες
Σύνταξη αναπηρίας			
Πρόωρη σύνταξη λόγω μειωμένης ικανότητας για εργασία			
Σύνταξη γήρατος			
Πρόωρη σύνταξη γήρατος			
Σύνταξη χηρείας			
Σύνταξη ορφάνιας/τέκνου ⁹			
Πρόωρη σύνταξη για λόγους που επηρεάζουν την αγορά εργασίας (π.χ. λόγω πλεονασμού)			

(1.α) Στα στοιχεία που μας δηλώσετε πιο πάνω για τη **σύνταξη αναπηρίας**, περιλαμβάνονται και δικαιούχοι **65 ετών και άνω**;

Ναι	
Όχι	

(1.β) Αν απαντήσατε «Ναι» στην ερώτηση (1.α), δηλώστε πόσοι άντρες και πόσες γυναίκες **65 ετών και άνω** λαμβάνουν σύνταξη αναπηρίας.

Άντρες	
Γυναίκες	

(2.α) Στα στοιχεία που μας δηλώσετε πιο πάνω για τη **σύνταξη χηρείας**, περιλαμβάνονται και δικαιούχοι οι οποίοι λαμβάνουν και άλλες συντάξεις, εκτός από τη σύνταξη χηρείας;

Ναι	
Όχι	

(2.β) Αν απαντήσατε «Ναι» στην ερώτηση (2.α), δηλώστε πόσοι άντρες και πόσες γυναίκες λαμβάνουν και άλλη σύνταξη, εκτός από τη σύνταξη χηρείας.

	Σύνολο	Άντρες	Γυναίκες
Αριθμός Δικαιούχων			

⁸ Ως «δικαιούχοι» ορίζονται τα άτομα τα οποία λαμβάνουν ή δικαιούνται να λαμβάνουν συντάξεις κατά το έτος αναφοράς.

⁹ Ως «δικαιούχοι σύνταξης ορφάνιας/τέκνου» ορίζονται τα ορφανά, ανεξάρτητα από το άτομο στο οποίο γίνεται η καταβολή (δηλ. γονέα ή κηδεμόνα).

Z. ΑΔΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παρακαλώ δηλώστε το ποσό που πληρώθηκε για την άδεια ασθενοείας, εξαιρουμένων των επιστροφών από τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις, για όλους τους υπαλλήλους του Οργανισμού σας, για το έτος **2017**.

	Μόνιμο και έκτακτο προσωπικό	Ωρομίσθιο προσωπικό
Πληρωμές για άδεια ασθενοείας		