

**ΕΡΕΥΝΑ ΕΣΟΔΩΝ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2015**

**A. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

1. Επωνυμία Ιδιωτικής Επιχείρησης: .....
2. Διεύθυνση: .....  
(οδός και αριθμός)  
Δήμος / Κοινότητα: ..... Επαρχία: .....
- Ταχυδρομικό Κιβώτιο: ..... Ταχυδρομικός Τομέας: .....
- 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, ευημερίας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
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 συγκεντρώνονται σε ετήσια βάση.
3. Η έρευνα διεξάγεται με βάση τον περί Στατιστικής Νόμο, Αρ. 15(Ι) 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 2015 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2015.**

**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 κανένας δε θα λάβει γνώση των στοιχείων των εργοδοτούμενων στην επιχείρησή σας, ούτε Δημόσια Αρχή, ούτε ιδιώτης.

## **B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

Παρακαλώ επιλέξτε **μια** από τις πιο κάτω επιλογές :

1.  Η επιχείρηση παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους της **μέσω δικού της ταμείου**.

**(Παρακαλώ προχωρήστε με τη συμπλήρωση του Μέρους Γ, Δ, Ε και ΣΤ)**

Όνομα προσώπου της επιχείρησης που έδωσε τις πληροφορίες : .....

Θέση στην Επιχείρηση : ..... Τηλέφωνο : .....

-----

2.  Η επιχείρηση παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους της **μέσω ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας** :

**(Παρακαλώ προχωρήστε με τη συμπλήρωση του Μέρους Γ και Δ)**

Όνομα προσώπου της επιχείρησης που έδωσε τις πληροφορίες : .....

Θέση στην Επιχείρηση : ..... Τηλέφωνο : .....

-----

3.  Η επιχείρηση δεν παρέχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους υπαλλήλους της.

Όνομα προσώπου της επιχείρησης που έδωσε τις πληροφορίες : .....

Θέση στην επιχείρηση : ..... Τηλέφωνο : .....

**(Τέλος ερωτηματολογίου)**

### **Γ. ΕΙΣΦΟΡΕΣ/ΕΣΟΔΑ ΣΧΕΔΙΟΥ**

Παρακαλώ δηλώστε τις συνολικές εισφορές για το έτος **2015** που έγιναν από την επιχείρηση υπό την ιδιότητά της ως εργοδότη και / ή τους υπαλλήλους της επιχείρησης για συμμετοχή στο σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπως επίσης και τα έσοδα από επενδύσεις του κεφαλαίου του ταμείου.

#### **Εισφορές / Έσοδα στο Σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης:**

	<b>2015 € (ευρώ)</b>
<i>Σύνολο Εισφορών</i>	
Από εργοδότη	
Από υπαλλήλους	
Εισόδημα περιουσίας (περιλαμβάνει κυρίως κεφαλαιακά έσοδα, π.χ. τόκους και μερίσματα από επενδύσεις του κεφαλαίου του σχεδίου / ταμείου)	

### **Δ. ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΠΟΥ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ**

Παρακαλώ δηλώστε το συνολικό αριθμό των υπαλλήλων που καλύπτονταν από το σχέδιο (ή την καλύτερη δυνατή εκτίμηση σας) κατά την περίοδο 1.1.2015-31.12.2015.

	<b>2015 (Αριθμός Υπαλλήλων Σχεδίου)</b>
Αριθμός υπαλλήλων που καλύπτονταν από το σχέδιο κατά την περίοδο 1.1.2015-31.12.2015.	

**Συνεχίζεται στη σελίδα 4**

## **E. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΣΧΕΔΙΟΥ**

Παρακαλώ δηλώστε τα λειτουργικά έξοδα<sup>1</sup> του πιο πάνω σχεδίου για το έτος **2015**. Σε περίπτωση που τα έξοδα δεν μπορούν να διαχωριστούν από εκείνα των άλλων σχεδίων ή τα ολικά λειτουργικά έξοδα της επιχείρησης, παρακαλώ δώστε την καλύτερη δυνατή εκτίμησή σας.

	<b>2015</b> <b>€ (ευρώ)</b>
Λειτουργικά έξοδα σχεδίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	

**Συνεχίζεται στη σελίδα 5**

---

<sup>1</sup> **Λειτουργικά έξοδα:** Περιλαμβάνουν τις δαπάνες που χρεώνονται στο σχέδιο για την διαχείριση του (π.χ. μισθοί υπαλλήλων και διαχειριστικά έξοδα που αφορούν αποκλειστικά τη λειτουργία του εν λόγω Σχεδίου).

## ΣΤ. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΧΕΔΙΟΥ

Παρακαλώ δηλώστε τις συνολικές παροχές για το έτος 2015 για όσες από τις πιο κάτω κατηγορίες έγιναν πληρωμές προς όφελος των υπαλλήλων.

<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>Πληρωμές προς τους Υπαλλήλους Σύνολο Δαπανών για το 2015 € (ευρώ)</b>	<b>Πληρωμές προς τους φορείς (π.χ. νοσοκομεία) των παροχών Σύνολο Δαπανών για το 2015 € (ευρώ)</b>
Έξοδα νοσηλείας με διανυκτέρευση – σε γενικά νοσοκομεία / κλινικές <sup>2</sup>		
Έξοδα νοσηλείας με διανυκτέρευση – σε ειδικά νοσοκομεία / κλινικές <sup>3</sup>		
Έξοδα επισκέψεων σε ιατρούς		
Έξοδα επισκέψεων σε οδοντίατρους		
Έξοδα επισκέψεων σε φυσιοθεραπευτές/λογοθεραπευτές/ομοιοπαθητικούς		
Έξοδα εξετάσεων/αναλύσεων σε χημεία		
Έξοδα ακτινογραφιών / MRI / αξονικών τομογραφιών		
Έξοδα για αγορά φαρμάκων		
Έξοδα για αγορά φακών επαφής / γυαλιών		
Έξοδα για αγορά ακουστικών		
Έξοδα για αγορά άλλου ιατρικού εξοπλισμού		
Άλλες πληρωμές ασθενείας ή έξοδα (προσδιορίστε)		

<sup>2</sup> Γενικά νοσοκομεία / κλινικές: Νοσοκομεία / κλινικές με δύο ή περισσότερες ειδικότητες.

<sup>3</sup> Ειδικά νοσοκομεία / κλινικές: Νοσοκομεία / κλινικές με μία ειδικότητα.