

**ΕΡΕΥΝΑ ΕΣΟΔΩΝ ΚΑΙ ΛΑΠΑΝΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ 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 στοιχείων αναφορικά με τη λειτουργία σχεδίων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από οργανισμούς/επιχειρήσεις προς όφελος των εργοδοτούμενων τους.
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 (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 κανένας δε θα λάβει γνώση των στοιχείων των εργοδοτούμενων στον οργανισμό/εταιρεία σας, ούτε Δημόσια Αρχή, ούτε ιδιώτης.

**B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ**

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

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

**(Παρακαλώ συμπληρώστε τα Μέρη Γ, Δ, Ε και ΣΤ)**

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

Θέση στον Οργανισμό : ..... Τηλέφωνο : .....

-----

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

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: .....

**(Παρακαλώ συμπληρώστε τα Μέρη Γ και Δ)**

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

Θέση στον Οργανισμό : ..... Τηλέφωνο : .....

-----

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

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

Θέση στον Οργανισμό : ..... Τηλέφωνο : .....

**(Τέλος ερωτηματολογίου)**

-----

### **Γ. ΕΙΣΦΟΡΕΣ/ΕΣΟΔΑ ΣΧΕΔΙΟΥ**

Παρακαλώ δηλώστε τις συνολικές εισφορές για το έτος **2017** που έγιναν από τον οργανισμό υπό την ιδιότητά του ως εργοδότη και/ή τους υπαλλήλους του οργανισμού για συμμετοχή στο σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπως επίσης και τυχόν έσοδα από επενδύσεις του κεφαλαίου του ταμείου.

	<b>2017 € (ευρώ)</b>
<b>Πληρωμές στο Σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης:</b>	
<i>Σύνολο Εισφορών</i>	
<i>Από εργοδότες</i>	
<i>Από υπαλλήλους</i>	
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 τον συνολικό αριθμό των υπαλλήλων που καλύπτονταν από το σχέδιο (ή την καλύτερη δυνατή εκτίμηση σας) κατά την περίοδο 1.1.2017 - 31.12.2017.

	<b>2017 (Αριθμός Υπαλλήλων Σχεδίου)</b>
Αριθμός υπαλλήλων που καλύπτονταν από το σχέδιο κατά την περίοδο 1.1.2017 - 31.12.2017.	

## **Ε. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΣΧΕΔΙΟΥ**

Παρακαλώ δηλώστε τα λειτουργικά έξοδα<sup>1</sup> του πιο πάνω σχεδίου για το έτος **2017**. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός των λειτουργικών εξόδων του σχεδίου από τα υπόλοιπα λειτουργικά έξοδα του οργανισμού σας, παρακαλώ δώστε την καλύτερη δυνατή εκτίμησή σας.

	<b>2017 € (ευρώ)</b>
Λειτουργικά έξοδα σχεδίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	

<sup>1</sup> *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).

## ΣΤ. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΧΕΛΙΟΥ

Παρακαλώ δηλώστε τις συνολικές παροχές για το έτος **2017** για όσες από τις πιο κάτω κατηγορίες έγιναν αποζημιώσεις/πληρωμές προς όφελος των υπαλλήλων. Αν οι παροχές δεν μπορούν να διασπαστούν στις πιο κάτω κατηγορίες, δώστε την καλύτερη δυνατή εκτίμηση σας.

<b>ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ/ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>Αποζημιώσεις προς τους Υπαλλήλους<sup>2</sup> Σύνολο Δαπανών για το 2017 € (ευρώ)</b>	<b>Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών<sup>3</sup> (π.χ. νοσοκομεία, κλινικές) Σύνολο Δαπανών για το 2017 € (ευρώ)</b>
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		

<sup>2</sup> **Αποζημιώσεις προς τους υπαλλήλους:** Ο δικαιούχος πληρώνει τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στη συνέχεια το σύνολο ή μέρος των εξόδων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επιστρέφεται από το ταμείο υγείας.

<sup>3</sup> **Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών:** Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται στον δικαιούχο χωρίς ο ίδιος να πληρώνει τον παροχέα και στη συνέχεια το ταμείο υγείας πληρώνει απευθείας τον παροχέα.

<b>ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ/ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>Αποζημιώσεις προς τους Υπαλλήλους<sup>2</sup></b>  <b>Σύνολο Δαπανών για το 2017</b> <b>€ (ευρώ)</b>	<b>Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών<sup>3</sup></b> <b>(π.χ. νοσοκομεία, κλινικές)</b> <b>Σύνολο Δαπανών για το 2017</b> <b>€ (ευρώ)</b>
Έξοδα επισκέψεων σε φυσιοθεραπευτές/λογοθεραπευτές/ομοιοπαθητικούς <b>(Κύπρο ή εξωτερικό)</b>		
Έξοδα για αγορά φαρμάκων <b>(Κύπρο ή εξωτερικό)</b>		
Έξοδα για εμβόλια <b>(Κύπρο ή εξωτερικό)</b>		
Έξοδα για αγορά συνταγογραφούμενων γυαλιών ή/και φακών επαφής οράσεως <b>(Κύπρο ή εξωτερικό)</b>		
Έξοδα για αγορά ακουστικών βαρηκοΐας <b>(Κύπρο ή εξωτερικό)</b>		
Έξοδα για αγορά άλλου ιατρικού εξοπλισμού <b>(Κύπρο ή εξωτερικό)</b>		
Άλλες πληρωμές ασθενείας ή έξοδα (Παρακαλώ προσδιορίστε) .....		
.....		
.....		
.....		

<sup>2</sup> **Αποζημιώσεις προς τους υπαλλήλους:** Ο δικαιούχος πληρώνει τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στη συνέχεια το σύνολο ή μέρος των εξόδων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επιστρέφεται από το ταμείο υγείας.

<sup>3</sup> **Πληρωμές απευθείας προς τους φορείς των παροχών:** Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται στον δικαιούχο χωρίς ο ίδιος να πληρώνει τον παροχέα και στη συνέχεια το ταμείο υγείας πληρώνει απευθείας τον παροχέα.