



**RADA
UNII EUROPEJSKIEJ**



10560/10
(OR. en)
PRESSE 156
PR CO 2

KOMUNIKAT PRASOWY

3019. posiedzenie Rady

Zatrudnienie, polityka społeczna, zdrowie i ochrona konsumentów

Luksemburg, 7 i 8 czerwca 2010 r.

Przewodniczący **Celestino CORBACHO CHAVES**
Minister pracy i imigracji (Hiszpania)
Trinidad JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA
Minister zdrowia i polityki społecznej (Hiszpania)
Bibiana AÍDO ALMAGRO
Minister równości (Hiszpania)

P R A S A

Główne wyniki posiedzenia Rady

Rada przeprowadziła debatę orientacyjną na temat **strategii Europa 2020** i uzgodniła **cel UE w zakresie włączenia społecznego, który ma zostać osiągnięty w szczególności dzięki zmniejszaniu ubóstwa, a także odpowiednie wskaźniki**, co będzie stanowiło jej wkład w czerwcowe posiedzenie Rady Europejskiej. Wypracowała też podejście ogólne w sprawie **wytycznych dotyczących polityki zatrudnienia** państw członkowskich, które służyć będą do realizacji strategii Europa 2020.

Rada zatwierdziła opinię Komitetu Ochrony Socjalnej pt. „**Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE**” oraz z zadowoleniem przyjęła **śródkresowe wspólne sprawozdanie Komitetu Polityki Gospodarczej i Komitetu Ochrony Socjalnej na temat świadczeń emerytalnych**, które komitety te mają przyjąć jeszcze w tym roku.

Ponadto Rada przyjęła konkluzje w sprawie następujących czterech aspektów zatrudnienia i polityki społecznej:

- **nowe umiejętności w nowych miejscach pracy;**
- **trwałe systemy zabezpieczenia społecznego realizujące cele dotyczące adekwatnych świadczeń emerytalnych i włączenia społecznego;**
- **aktywność osób starszych;**
- **dalsza integracja Romów.**

Ministrowie uzgodnili stanowiska, jakie zajmie UE w ramach rad (stabilizacji i) stowarzyszenia z sześcioma państwami trzecimi (Tunezja, Maroko, Algieria, Izrael, Chorwacja i Była Jugosłowiańska Republika Macedonii) w odniesieniu do przyjęcia **przepisów dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**.

Rada przyjęła także rezolucję w sprawie nowych **europejskich ram dotyczących niepełnosprawności na lata 2010–2020**.

Rada bez debaty zaakceptowała projekt rozporządzenia **obejmującego obywateli państw trzecich przepisami UE w zakresie koordynacji uprawnień w ramach systemów zabezpieczenia społecznego**.

Jeżeli chodzi o zdrowie i ochronę konsumentów, Rada zaakceptowała projekt dyrektywy w sprawie **praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej**. Ministrowie przeprowadzili debatę orientacyjną dotyczącą projektu rozporządzenia w sprawie **przekazywania konsumentom informacji na temat żywności**.

Rada przyjęła także dwa zestawy konkluzji zatytułowane:

- **„Równość i zdrowie we wszystkich obszarach polityki: solidarność w zdrowiu”**
- **„Działania na rzecz zmniejszenia spożycia soli w celu poprawy stanu zdrowia ludności.”**

Całe posiedzenie Rady (z wyjątkiem spraw dotyczących zdrowia i ochrony konsumentów omawianych w punkcie „Sprawy różne”) było otwarte dla publiczności, a jego nagranie w formie strumieniowej transmisji wideo jest dostępne na stronie internetowej Rady:

<http://video.consilium.europa.eu>.

SPIS TREŚCI¹

UCZESTNICY	5
-------------------------	----------

OMAWIANE PUNKTY

ZATRUDNIENIE I POLITYKA SPOŁECZNA	8
Dyrektywa w sprawie zasady równego traktowania.....	8
Przygotowanie czerwcowego posiedzenia Rady Europejskiej.....	9
Nierówności zdrowotne i świadczenia emerytalne.....	11
Trwałe systemy zabezpieczenia społecznego warunkiem adekwatnych świadczeń emerytalnych	11
Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy: dalsze działania	12
Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego z sześcioma państwami trzecimi	13
Dalsza integracja Romów.....	14
Aktywność osób starszych	14
Nowe europejskie ramy dotyczące niepełnosprawności.....	15
Rozmowy podczas obiadu ministrów odpowiedzialnych za politykę zatrudnienia i politykę społeczną	15
ZDROWIE I OCHRONA KONSUMENTÓW	15
Prawa pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej.....	15
Dostarczanie konsumentom informacji o żywności	18
Równość i zdrowie we wszystkich obszarach polityki: solidarność w zdrowiu	19
Zmniejszenie spożycia soli w celu poprawy stanu zdrowia.....	19

¹

- Jeżeli deklaracje, konkluzje lub rezolucje zostały przez Radę formalnie przyjęte, jest to zaznaczone w tytule danego punktu, a tekst jest umieszczony w cudzysłowie.
- Dokumenty, do których odesłano w tekście, są dostępne na internetowej stronie Rady (<http://www.consilium.europa.eu>).
- Gwiazdką oznaczono akty przyjęte wraz z oświadczeniami do protokołu Rady przeznaczonymi do wiadomości publicznej; oświadczenia te można znaleźć na wyżej wspomnianej internetowej stronie Rady lub uzyskać z biura prasowego.

INNE ZATWIERDZONE PUNKTY*SPRAWY ZAGRANICZNE*

- Środki restrykcyjne skierowane przeciwko Liberii23
- Właściwe środki wobec Madagaskaru.....23

POLITYKA ZATRUDNIENIA

- Uruchomienie europejskiego funduszu dostosowania do globalizacji dla Hiszpanii i Irlandii.....23

POLITYKA SPOŁECZNA

- Rozszerzenie przepisów UE w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego24
- Konwencja dotycząca pracy w sektorze rybołówstwa24

UCZESTNICY**Belgia:**

Joëlle MILQUET

Jean Marc DELIZEE

wicepremier oraz minister pracy i równych szans,
odpowiedzialna za politykę migracyjną i azyłową
sekretarz stanu ds. społecznych**Bulgaria:**

Totiu MLADENOW

Petyr STEFANOW

minister pracy i polityki społecznej
zastępca stałego przedstawiciela**Republika Czeska:**

Petr ŠIMERKA

Dana JURÁSKOVÁ

minister pracy i spraw społecznych
minister zdrowia**Dania:**

Benedikte KLÆR

Henrik HØEGH

Christian SCHØNAU

minister spraw społecznych
minister ds. żywności, rolnictwa i rybołówstwa
sekretarz stanu w Ministerstwie Spraw Społecznych**Niemcy:**

Ilse AIGNER

federalna minister żywności, rolnictwa i ochrony
konsumentów

Philipp RÖSLER

Andreas STORM

federalny minister zdrowia
parlamentarny sekretarz stanu przy federalnym ministrze
edukacji i badań naukowych**Estonia:**

Hanno PEVKUR

minister spraw społecznych

Irlandia:

Eamon Ó CUÍV

Géraldine BYRNE NASON

Minister ds. Ochrony Socjalnej
zastępca stałego przedstawiciela**Grecja:**

Andreas LOVERDOS

Léonidas ROKANAS

minister ds. zatrudnienia i ochrony socjalnej
zastępca stałego przedstawiciela**Hiszpania:**

Celestino CORBACHO CHAVES

Bibiana AÍDO ALMAGRO

Trinidad JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA

minister pracy i imigracji
minister równości
minister zdrowia i polityki społecznej**Francja:**

Roselyne BACHELOT

Philippe LEGLISE-COSTA

minister zdrowia
zastępca stałego przedstawiciela**Włochy :**

Maurizio SACCONI

Ferruccio FAZIO

minister pracy, zdrowia i polityki społecznej
sekretarz stanu ds. pracy, zdrowia i polityki społecznej**Cypr:**

Sotiroulla CHARALAMBOUS

Dionysis MAVRONIKOLAS

minister pracy i zabezpieczenia społecznego
stały sekretarz w Ministerstwie Zdrowia

Łotwa:

Uldis AUGULIS;
Didzis GAVARS

minister polityki społecznej
minister zdrowia

Litwa :

Audronė MORKŪNIENĖ
Raimondas ŠUKYS

wiceminister zabezpieczenia społecznego i pracy
minister zdrowia

Luksemburg:

Marie-Josée JACOBS
Nicolas SCHMIT
Mars DI BARTOLOMEO

minister ds. rodziny i integracji
minister delegowany do spraw zagranicznych i imigracji
minister zdrowia i zabezpieczenia społecznego

Węgry:

Miklós RÉTHELYI
Agnes VARGHA

minister ds. zasobów naturalnych
zastępca stałego przedstawiciela

Malta:

Dolores CRISTINA
Joseph CASSAR

minister ds. edukacji, zatrudnienia i rodziny
sekretarz stanu ds. zdrowia w Ministerstwie Polityki Społecznej

Niderlandy:

Piet Hein DONNER
Peter W. KOK

minister ds. społecznych i zatrudnienia
zastępca stałego przedstawiciela

Austria:

Rudolf HUNDSTORFER

federalny minister pracy, polityki społecznej i ochrony konsumentów
minister zdrowia
zastępca stałego przedstawiciela

Alois STÖGER
Harald GÜNTHER

Polska:

Ewa KOPACZ
Jolanta FEDAK
Radosław MLECZKO

minister zdrowia
minister pracy i polityki społecznej
podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
wiceminister zdrowia

Adam FRONCZAK

Portugalia:

Helena ANDRÉ
Jorge ANA

minister pracy i polityki społecznej
minister zdrowia

Rumunia:

Nicolae IVĂSCHESCU

sekretarz stanu, Ministerstwo Pracy, Rodziny i Zabezpieczenia Społecznego
sekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia

Adrian STREINU CERCEL

Słowenia

Anja KOPAČ MRAK

sekretarz stanu w Ministerstwie Pracy, Rodziny i Spraw Społecznych
minister zdrowia

Dorijan MARUŠIČ

Słowacja:

Daniel KLACKO
Peter JAVORČÍK

sekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
zastępca stałego przedstawiciela

Finlandia:

Paula RISIKKO
Anni SINNEMÄKI
Juha REHULA

minister zdrowia i świadczeń socjalnych
minister pracy
minister ds. społecznych i zdrowia

Szwecja:

Cristina HUSMARK PEHRSSON
Göran HÄGGLUND
Jan OLSSON

minister zabezpieczenia społecznego
minister zdrowia i polityki społecznej
zastępca stałego przedstawiciela

Zjednoczone Królestwo:

Chris GRAYLING
Anne MILTON

minister pracy
minister zdrowia

Komisja:

Viviane REDING
László ANDOR
John DALLI

wiceprzewodnicząca
członek
członek

OMAWIANE PUNKTY**ZATRUDNIENIE I POLITYKA SPOŁECZNA****Dyrektywa w sprawie zasady równego traktowania**

Na podstawie sprawozdania z postępu prac (dok. [9535/10](#) + [9535/10 COR 1](#)) prezydencja poinformowała Radę o postępach rozmów w sprawie projektu dyrektywy w sprawie wprowadzenia w życie zasady równego traktowania osób bez względu na religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną.

Prezydencja hiszpańska przedstawiła propozycje redakcyjne dotyczące zakresu zastosowania dyrektywy, podziału kompetencji między UE a państwa członkowskie oraz przepisów dotyczących niepełnosprawności. Propozycje te zmierzają m.in. do dostosowania tekstu do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, lepszego zdefiniowania konceptu dyskryminacji, wyraźniejszego określenia zakresu zastosowania dyrektywy oraz doprecyzowania przepisów dotyczących niepełnosprawności. Pomimo pewnych postępów nadal wiele kwestii wymaga dalszego omówienia. Są to m. in.: podział kompetencji między państwa członkowskie a UE, szczegółowe przepisy dotyczące niepełnosprawności (np. zakres zastosowania dyrektywy, skutki finansowe i praktyczne oraz powiązanie między dyrektywą a bardziej szczegółowymi przepisami sektorowymi), harmonogram wdrażania oraz kwestie pewności prawnej.

Wniosek Komisji (dok. [11531/08](#)) dąży do rozszerzenia ochrony przed dyskryminacją ze względu na religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną na dziedziny inne niż rynek pracy (np. ochrona socjalna, w tym zabezpieczenie społeczne i opieka zdrowotna; przywileje społeczne; edukacja oraz dostęp do towarów i usług, w tym lokali mieszkalnych).

Podstawa prawna: artykuł 19 (o środkach zwalczania dyskryminacji) Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej; Rada stanowi jednomyślnie po uzyskaniu zgody Parlamentu Europejskiego.

Przygotowanie czerwcowego posiedzenia Rady Europejskiej

Aby przygotować posiedzenie Rady Europejskiej 17 czerwca 2010 r., ministrowie przeprowadzili debatę orientacyjną na temat „Europa 2020 – nowa strategia na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia” oraz uzgodnili cel UE w zakresie włączenia społecznego / redukcji ubóstwa, a także odpowiednie wskaźniki.

Na podstawie noty od prezydencji (dok. [10025/1/10 REV 1](#)) oraz dokumentu przedłożonego przez Komitet Ochrony Socjalnej (dok. [9964/10](#)) Rada osiągnęła porozumienie w sprawie celu UE w zakresie włączenia społecznego / celu w zakresie ubóstwa i odpowiednich wskaźników oraz zatwierdziła następujące konkluzje:

„Rada uzgodniła, że zaproponuje Radzie Europejskiej:

- by ilościowy cel strategii „Europa 2020” w zakresie propagowania włączenia społecznego, w szczególności przez redukcję ubóstwa, został sformułowany w sposób przewidujący wywyższenie z zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem do 2020 roku 20 mln osób;
- aby zaakceptowała trzy wstępne wskaźniki ustalone przez Komitet Ochrony Socjalnej.

Ponadto Rada uzgodniła, że w ramach walki z ubóstwem i wykluczeniem należy zwiększyć włączenie w rynek pracy i w życie społeczne. Podczas realizacji strategii „UE 2020” możliwe będzie usprawnienie istniejących instrumentów, które pozwalają mierzyć postępy w redukowaniu ubóstwa i deprywacji oraz zrozumieć zjawisko wykluczenia z rynku pracy. Konieczne będzie lepsze uwzględnienie związków między wykluczeniem z rynku pracy a ubóstwem w poszczególnych przypadkach.

Państwa członkowskie mogą wyznaczyć swoje krajowe cele na podstawie najbardziej odpowiednich wskaźników, biorąc pod uwagę własną sytuację i priorytety. W procesie tym uwzględnią fakt, że osiągnięcie celów krajowych powinno przyczynić się do realizacji celu UE.

Rada uważa również, że śródkresowa weryfikacja zasadniczego celu UE w 2015 roku, zaproponowana przez Komitet Ochrony Socjalnej, mogłaby objąć także przegląd wskaźników, przy pełnym poszanowaniu roli państw członkowskich. Taka weryfikacja mogłaby ponadto pozwolić na uwzględnienie zmian w gospodarce i ulepszonych instrumentów pomiaru.”

Komisja poinformowała Radę o wyniku swoich dwustronnych posiedzeń z państwami członkowskimi, w czasie których omawiano cele krajowe.

W oczekiwaniu na opinie Parlamentu Europejskiego i Komitetu Regionów Rada uzgodniła także podejście ogólne w sprawie wytycznych dotyczących polityki zatrudnienia państw członkowskich (dok. [10380/10](#) + [10380/10 COR 1](#)), które stanowią część zintegrowanych wytycznych. Po otrzymaniu brakujących opinii Rada formalnie przyjmie jednośną decyzję, co nastąpi najprawdopodobniej w październiku.

Rada wysłuchiwała również informacji przewodniczącego Komitetu Zatrudnienia, Brunona Coqueta, oraz przewodniczącego Komitetu Ochrony Socjalnej, Aurelia Fernandez, na temat wkładu komitetów w strategię „Europa 2020” (dok. [10031/10](#) + [9964/10](#)).

Nierówności zdrowotne i świadczenia emerytalne

Rada zatwierdziła opinię Komitetu Ochrony Socjalnej (KOS) pt. „**Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE**” (dok. [9960/10](#)). W opinii tej KOS wyraża zadowolenie w związku z komunikatem Komisji z października 2009 r. (dok. [14848/09](#)), w którym zmniejszanie nierówności zdrowotnych uznaje się za kluczowe zadanie ochrony socjalnej i włączenia społecznego. W komunikacie określono także szereg inicjatyw szczegółowych, które wymagają wsparcia UE, w tym określenie ograniczonej liczby wskaźników, specjalne działania na rzecz słabszych grup społecznych, wymiana najlepszych praktyk oraz finansowanie innowacyjnych działań w zakresie nierówności zdrowotnych z programu PROGRESS. Według Komisji różnice w warunkach życia i pracy oraz w dostępie do usług publicznych prowadzą do występowania gradientu społecznego w stanie zdrowia, co powoduje, że już w momencie narodzin między grupami w najkorzystniejszej i najmniej korzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej występują duże różnice w średnim dalszym trwaniu życia, które sięgają 10 lat u mężczyzn i 6 lat u kobiet.

Rada zapoznała się także ze śródkresowym wspólnym sprawozdaniem Komitetu Polityki Gospodarczej i Komitetu Ochrony Socjalnej (dok. [9989/10](#)) dotyczącym **świadczeń emerytalnych**. Śródkresowe sprawozdanie Komitetu Polityki Gospodarczej i Komitetu Ochrony Socjalnej ma na celu ocenę reform systemów emerytalnych w UE w świetle zwiększonych wyzwań oraz utworzenie zaktualizowanego programu działań zmierzających do osiągnięcia adekwatnego i trwałego poziomu emerytur. Mówiąc dokładniej, dąży do podsumowania postępów poczynionych w reformach systemów emerytalnych w ostatnich 10–15 latach, aby ponownie je ocenić w świetle kryzysu, który pogorszył sytuację. Sprawozdanie to zostanie także przedstawione Radzie ECOFIN w dniu 8 czerwca 2010 r., a następnie komitety opracują jego ostateczną wersję, która zostanie przedłożona Radzie ECOFIN i EPSCO na jesiennym posiedzeniu podczas prezydencji belgijskiej.

Trwałe systemy zabezpieczenia społecznego warunkiem adekwatnych świadczeń emerytalnych

Rada przyjęła zestaw konkluzji zatytułowany „Trwałe systemy zabezpieczenia społecznego realizujące cele dotyczące adekwatnych świadczeń emerytalnych i włączenia społecznego” (dok. [9413/10](#)). Konkluzje te dotyczą węższego zagadnienia minimalnych świadczeń emerytalnych lub minimalnego dochodu. Przyjmując je, ministrowie wysłali polityczny sygnał, że oprócz zajmowania się szeroko pojętymi kwestiami adekwatności i trwałego charakteru świadczeń emerytalnych, Rada EPSCO pragnie skoncentrować się na obawach obywateli z perspektywy ochrony socjalnej. Rada zwróciła się także do państw członkowskich, by nadal szczególną uwagę przywiązywały do kwestii minimalnych świadczeń emerytalnych, które są jednym z narzędzi zwalczania ubóstwa.

Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy: dalsze działania

Rada przyjęła konkluzje zatytułowane „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy: dalsze działania” (dok. [9183/1/10 REV 1](#)), w których nawołuje państwa członkowskie do zwiększenia starań mających na celu dostosowanie umiejętności swych obywateli do nowych wyzwań (np. poprzez unowocześnienie swoich systemów kształcenia i szkolenia, zwiększenie elastyczności programów kształcenia i szkolenia, zacieśnienie związków między kształceniem i szkoleniem a rynkiem pracy, promowanie udziału w rynku pracy młodych i starszych pokoleń oraz grup o najniższych kwalifikacjach i innych grup w niekorzystnej sytuacji oraz zwiększanie roli publicznych usług pośrednictwa pracy). W konkluzjach wzywa się także Komisję, by jesienią 2010 r. zaproponowała dalsze działania w celu realizacji inicjatywy „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy” oraz rozważyła zwiększenie roli unijnych mechanizmów finansowania w opracowywaniu środków mających na celu przewidywanie podaży umiejętności i zapotrzebowania na nie.

Konkluzje opierają się na komunikacie Komisji „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy – przewidywanie wymogów rynku pracy i potrzeb w zakresie umiejętności oraz ich wzajemne dopasowywanie” (dok. [17537/08](#)). Pomimo mylącego podobieństwa tytułów konkluzje należy odróżnić od projektu przewodniego „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia”, który Komisja ogłosiła w swoim komunikacie na temat strategii „Europa 2020”.

Rada zapoznała się także z uwagami Komitetu Zatrudnienia na temat inicjatywy „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy” (dok. [8815/1/10 REV 1](#) + [8815/1/10 REV 1 COR 1](#)).

Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego z sześcioma państwami trzecimi

Rada osiągnęła porozumienie polityczne w zakresie sześciu projektów decyzji w sprawie stanowisk, jakie zajmie UE w ramach rad (stabilizacji i) stowarzyszenia Unii Europejskiej z sześcioma państwami trzecimi (Algieria, Była Jugosłowiańska Republika Macedonii, Chorwacja, Izrael, Maroko i Tunezja) na postawie kompromisowych propozycji prezydencji (dok. 10215/10, 10216/10 + 10216/10 COR 1, 10217/10, 10219/10, 10223/10, 10225/10) oraz sugestii prezydencji w kwestii weryfikacji uprawnień beneficjentów do świadczeń.

Układy euro-śródziemnomorskie między UE z jednej strony a Algierią, Izraelem, Marokiem i Tunezją z drugiej strony oraz układy o stabilizacji i stowarzyszeniu między UE a Chorwacją oraz Byłą Jugosłowiańską Republiką Macedonii zawierają postanowienia o ograniczonej koordynacji między systemami zabezpieczenia społecznego państw członkowskich oraz tych sześciu państw trzecich. Aby postanowienia te mogły zacząć obowiązywać, wymagane są decyzje rad stowarzyszenia oraz rad stabilizacji i stowarzyszenia utworzonych z tymi państwami.

Rozporządzenie Rady nr 859/2003 rozszerza przepisy rozporządzenia nr 1408/71 (w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie) i jego rozporządzenia wykonawczego nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na swoje obywatelstwo. Rozporządzenie to obejmuje już zasadę sumowania okresów ubezpieczenia nabytych przez pracowników z państw trzecich w różnych państwach członkowskich w odniesieniu do niektórych świadczeń, zgodnie z postanowieniami układów.

Projekty decyzji przedłożone Radzie zawierają przepisy wykonawcze, które nie są objęte rozporządzeniem 859/2003. Chodzi w szczególności o eksport niektórych świadczeń do jednego z sześciu państw partnerskich oraz o zastosowanie zasady równego traktowania do pracowników z państw trzecich legalnie zatrudnionych w UE oraz do członków ich rodzin. Ponadto projekty tych decyzji przewidują, na zasadzie wzajemności, stosowanie postanowień dotyczących eksportu świadczeń oraz zasady równego traktowania do pracowników z UE legalnie zatrudnionych w jednym z tych sześciu państw partnerskich oraz do członków ich rodzin.

Podstawa prawna: Art. 79 ust. 2 lit. b) (o polityce imigracyjnej) oraz art. 218 ust. 9 (o stanowiskach, które mają być zajęte w ramach organu utworzonego przez umowę) Traktatu o funkcjonowaniu UE; decyzja Rady wymaga większości kwalifikowanej (zamiast jednomyślności, którą przewidywał traktat nicejski); należy poinformować o tym Parlament Europejski.

Dalsza integracja Romów

Rada przyjęła konkluzje zatytułowane „Ku dalszej integracji Romów” (dok. [10058/10](#) + [10058/10 COR 1](#)), w których zwróciła się do Komisji i państw członkowskich między innymi o to, by dokonywały postępów we włączaniu kwestii dotyczących Romów w główny nurt strategii europejskich i krajowych oraz w społecznej i gospodarczej integracji Romów, a także dopilnowały, by istniejące instrumenty finansowe UE, a zwłaszcza fundusze strukturalne, były dostępne dla Romów. W konkluzjach tych Rada przyznała także, że w wielu przypadkach warunki bytowe Romów (z których wielu doświadcza ekstremalnego ubóstwa, dyskryminacji i wykluczenia, w tym złych warunków mieszkaniowych, braku dostępu do zatrudnienia i złego stanu zdrowia), pogarszają się wyraźnie w ostatnich latach; oraz że postawy antycygańskie i brutalne ataki przeciw Romom nasilają się. W konkluzjach Rada wyraża także zadowolenie z różnych inicjatyw, które pojawiły się w ostatnim czasie, w tym z przeglądu rozporządzenia 1080/2006/WE w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, z komunikatu Komisji dotyczącego integracji społecznej i gospodarczej Romów w Europie oraz z drugiego europejskiego szczytu dotyczącego Romów, który odbył się w Kordobie w dniach 8–9 kwietnia.

Aktywność osób starszych

Rada przyjęła konkluzje w sprawie aktywności osób starszych (dok. [9489/10](#) + [9489/10 COR 1](#) + [9489/10 COR 2](#) + [9489/10 COR 3](#)), w których wezwała do większego udziału osób starszych w życiu społeczeństwa, gdyż stanowi to potencjał dla przyszłej konkurencyjności i dobrobytu Europy w życiu gospodarczym i społecznym poprzez eliminację przeszkód utrudniających zatrudnienie, poprawę warunków zatrudnienia, zwalczanie dyskryminacji i inwestowanie w kształcenie ustawiczne. Przyjmując te konkluzje, Rada przyznała także, że w ramach strategii lizbońskiej (w której za cel przyjęto osiągnięcie do roku 2010 wskaźnika zatrudnienia osób starszych w wysokości 50%) państwa członkowskie odwróciły tendencję do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę; w całej UE wskaźnik zatrudnienia wśród osób w wieku 55–64 wzrósł z 36,9% w roku 2000 do 46,2% w trzecim kwartale roku 2009. W konkluzjach przypomina się, że liczba osób w wieku ponad 60 lat będzie w UE rosła znacznie szybciej niż dotychczas, a największego przyrostu należy się spodziewać w okresie 2015–2035, kiedy to co roku będzie wzrastała o 2 miliony.

Nowe europejskie ramy dotyczące niepełnosprawności

Rada przyjęła rezolucję w sprawie nowych europejskich ram dotyczących niepełnosprawności (dok. [10173/10](#)), w których wezwała między innymi do większej integracji osób niepełnosprawnych i ich rodzin w społeczeństwie poprzez uwzględnianie w różnych dziedzinach polityki kwestii dotyczących niepełnosprawności oraz przez podejmowanie inicjatyw w dziedzinach edukacji, zatrudnienia i kwestii społecznych, polityki zagranicznej i rozwoju.

Rezolucja ta jest kolejną po przyjętej 29 lutego 2008 r. przez Radę EPSCO rezolucji w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej (dok. [6769/08](#)). Oczekuje się, że w roku 2010 Komisja przyjmie nową europejską strategię na rzecz niepełnosprawności na lata 2010–2020, która zastąpi poprzednią strategię, której realizacja rozpoczęła się w roku 2004. Oczekuje się, że nowa strategia będzie koncentrować się na realizacji konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (UNCRPD). W dniu 26 listopada 2009 r. Rada przyjęła decyzję o zawarciu przez Unię Europejską tej konwencji.

Prezydencja hiszpańska zorganizowała nieformalne posiedzenie ministrów odpowiedzialnych za politykę dotyczącą osób niepełnosprawnych oraz konferencję w sprawie niepełnosprawności i samodzielności w Saragossie w dniach 19–21 maja 2010 r.

Rozmowy podczas obiadu ministrów odpowiedzialnych za politykę zatrudnienia i politykę społeczną

Podczas obiadu ministrom odpowiedzialnym za politykę zatrudnienia i politykę społeczną przekazano informacje dotyczące posiedzenia ministrów zatrudnienia G-20 w Waszyngtonie w dniach 21–22 kwietnia 2010 r. (dok. [10542/10](#)) oraz o wspólnym dokumencie roboczym Komitetu Zatrudnienia i Komisji dotyczącym kryzysu na rynku pracy i związanych z nim reakcji politycznych, ich skuteczności i dalszych kierunków działania (dok. [10184/10](#)).

ZDROWIE I OCHRONA KONSUMENTÓW

Prawa pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej

Na podstawie kompromisowej propozycji prezydencji hiszpańskiej Rada uzgodniła dziś projekt dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (dok. [9948/10](#) + [9948/10 COR 1](#)).

Podczas posiedzenia Rady dyskusje koncentrowały się wokół czterech zagadnień:

- określenia państwa członkowskiego ubezpieczenia w odniesieniu do emerytów mieszkających za granicą;
- zwrotu kosztów i uprzedniej zgody;
- podstawy prawnej;
- przepisów dotyczących e-zdrowia.

Pierwsze dwie kwestie pozostały nierozstrzygnięte po posiedzeniu Rady EPSCO w dniu 1 grudnia 2009 r.

Jeżeli chodzi o kwestię **państwa członkowskiego ubezpieczenia** (w której chodziło w szczególności o zwrot kosztów opieki zdrowotnej emerytów mieszkających w UE poza swoim państwem pochodzenia i korzystających z opieki zdrowotnej w trzecim państwie członkowskim), Rada uzgodniła ogólną zasadę, że państwo członkowskie właściwe do celów wydania uprzedniej zgody zgodnie z rozporządzeniem 883/2004 (tzn. państwo członkowskie zamieszkania) powinno zwracać koszty transgranicznej opieki zdrowotnej emerytów. Jeśli emeryt leczony jest w państwie pochodzenia, państwo to będzie musiało pokryć koszty leczenia.

Jeżeli chodzi o **podmioty świadczące opiekę zdrowotną**, rozwiązanie kompromisowe ma na celu zapewnienie pacjentom, którzy dążą do otrzymania opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, możliwości korzystania z obowiązujących w tym państwie norm jakości i bezpieczeństwa, niezależnie od tego, jaki podmiot świadczy tę opiekę. Ponadto Rada uzgodniła, że państwa członkowskie mogą przyjąć przepisy, których celem będzie zagwarantowanie, że pacjentom korzystającym z transgranicznej opieki zdrowotnej przysługiwać będą te same prawa, jakie przysługiwałyby im, gdyby korzystali z opieki zdrowotnej w porównywalnej sytuacji w państwie członkowskim ubezpieczenia.

Co do **podstawy prawnej**, to Rada uzgodniła, że jest ona podwójna, i w ten sposób połączyła orzecznictwo europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie stosowania art. 114 do usług zdrowotnych oraz uznane przez Traktat kompetencje państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych (według art. 168 o zdrowiu publicznym).

Jeśli chodzi o **e-zdrowie**, to ministrowie uzgodnili, że państwa członkowskie będą w tej dziedzinie ściśle współpracować z Komisją.

Projekt dyrektywy zawiera także następujące główne elementy:

- ogólna regułą będzie, że pacjenci będą mogli korzystać z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim oraz otrzymywać **zwrot kosztów** do poziomu, który otrzymaliby za takie samo lub podobne leczenie w ich krajowym systemie opieki zdrowotnej, jeśli w ich państwie ubezpieczenia takie leczenie im przysługuje;
- w przypadku nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym, jak np. ryzyko naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, państwo członkowskie ubezpieczenia może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów w transgranicznej opiece zdrowotnej; państwo członkowskie może także **kontrolować strumień pacjentów szukających opieki zdrowotnej poza jego terytorium** poprzez wprowadzenie wymogu uprzedniej zgody na niektóre świadczenia (wymagające pobytu w szpitalu przez noc, użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej lub rodzące obawy związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki) lub poprzez zastosowanie procedury kierowania na leczenie specjalistyczne, na przykład przez lekarza pierwszego kontaktu;

- aby **kontrolować napływ pacjentów** i zapewnić wystarczający i stały dostęp do opieki zdrowotnej na swoim terytorium, państwo członkowskie leczenia może przyjąć środki dotyczące dostępu do leczenia, jeśli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami;
- państwa członkowskie leczenia będą musiały za pomocą **krajowych punktów kontaktowych** zapewnić dostarczanie pacjentom z innych państw UE, na ich prośbę, informacji o normach bezpieczeństwa i jakości obowiązujących na ich terytorium, aby umożliwić pacjentom dokonanie świadomego wyboru;
- **zacieśnia się współpracę** między państwami członkowskimi w dziedzinie opieki zdrowotnej, np. w dziedzinie e-zdrowia oraz w ramach europejskich sieci referencyjnych, które na zasadzie dobrowolności zrzeszają wyspecjalizowane ośrodki w różnych państwach członkowskich;
- usprawnia się wzajemne **uznawanie recept** wystawionych w innym państwie członkowskim; ogólnie, jeżeli produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu na terytorium danego państwa członkowskiego, to dopilnowuje ono, by na jego terytorium i zgodnie z jego ustawodawstwem mogły być realizowane recepty wystawione na taki produkt w innym państwie członkowskim;
- dyrektywa nie obejmuje sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez **Internet, świadczeń w zakresie długoterminowej opieki** w domach opieki oraz przydziału narządów do **przeszczepów**.

Projekt dyrektywy ma na celu ułatwienie dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i propagowanie współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi. Kompromis odzwierciedla powzięty przez Radę zamiar pełnego poszanowania orzecznictwa europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w dziedzinie praw pacjentów, a jednocześnie zachowania praw państw członkowskich do organizacji własnych systemów opieki zdrowotnej. Projekt dyrektywy jasno określa prawa pacjentów poszukujących opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim oraz uzupełnia prawa, które już przysługują pacjentom na szczeblu UE w związku z ustawodawstwem dotyczącym koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie 883/04).

Po weryfikacji projektu dyrektywy przez prawników lingwistów Rada przyjmie swoje stanowisko w pierwszym czytaniu i przekaże projekt Parlamentowi Europejskiemu do drugiego czytania.

Projekt dyrektywy stanowi część pakietu agendy społecznej z 2 lipca 2008 r., który koncentruje się na trzech celach: zagwarantowanie, by wszyscy pacjenci mieli dostęp do opieki, która będzie bezpieczna i dobrej jakości; wspieranie pacjentów w korzystaniu z ich praw do transgranicznej opieki zdrowotnej; oraz promowanie współpracy między systemami opieki zdrowotnej. Drugi z tych celów zmierza w szczególności do kodyfikacji orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości dotyczącego zwrotu kosztów w transgranicznej opiece zdrowotnej i uniknięcia „trzeciej metody” zwrotu kosztów (oprócz przewidzianych w rozporządzeniu 883/2004 i projekcie dyrektywy).

Dostarczanie konsumentom informacji o żywności

Na podstawie dwóch pytań przedstawionych przez prezydencję i dotyczących czytelności i odpowiedzialności (dok. [10273/10](#)) Rada przeprowadziła debatę orientacyjną na temat projektu rozporządzenia w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, a w szczególności na temat informacji podawanych na etykietach.

Jeżeli chodzi o czytelność, ministrowie opowiedzieli się za ustaleniem obowiązkowego minimalnego rozmiaru czcionki, lecz uznali także znaczenie innych kryteriów, takich jak kontrast, kolor liter, odstępy między nimi itp.

Jeżeli chodzi o odpowiedzialność podmiotów działających na rynku spożywczym, to niektóre państwa członkowskie poparły podejście Komisji, według którego należy w rozporządzeniu umieścić artykuł określający odpowiedzialność podmiotów działających na rynku spożywczym w zależności od ich roli w łańcuchu dostaw żywności. Duża liczba innych państw uważa natomiast, że wystarczający jest art. 17 ogólnego prawa żywnościowego (rozporządzenia 178/2002).

Niektóre państwa członkowskie wyraziły także życzenie, by w przypadku niektórych produktów obowiązkowe było wskazanie ich pochodzenia.

Projekt rozporządzenia dąży do wprowadzenia obowiązkowego etykietowania żywności, aby określić odpowiedzialność związaną z rolą każdego z podmiotów działających w łańcuchu dostaw żywności oraz poprawić czytelność informacji przekazywanym konsumentom.

Podstawa prawna : art. 114 (o rynku wewnętrznym) Traktatu o funkcjonowaniu UE; decyzja Rady wymaga większości kwalifikowanej; zwykła procedura ustawodawcza; opinia Parlamentu Europejskiego w pierwszym czytaniu jest spodziewana 15 czerwca 2010 r.

Równość i zdrowie we wszystkich obszarach polityki: solidarność w zdrowiu

Rada przyjęła konkluzje zatytułowane: „Równość i zdrowie we wszystkich obszarach polityki: solidarność w zdrowiu” (dok. [9947/10](#)), w których określiła ramy działania Komisji i państw członkowskich.

Przyjmując te konkluzje, Rada zwróciła się do Komisji o ocenę skuteczności działań zmierzających do zmniejszenia nierówności w dziedzinie zdrowia. Państwa członkowskie wzywa się do dalszego rozwijania polityk i działań mających na celu zmniejszenie nierówności w dziedzinie zdrowia i do realizacji polityk zmierzających do zapewnienia wszystkim dzieciom dobrego startu życiowego, w tym działań wspierających kobiety w ciąży i rodziców. Ministrowie wyrazili także zaniepokojenie faktem, że grupy słabsze i dotknięte wykluczeniem społecznym, do których należą na przykład bezrobotni, bezdomni, osoby cierpiące na choroby psychiczne, niepełnosprawni oraz mniejszości etniczne, takie jak Romowie, odznaczają się szczególnie złym przeciętnym stanem zdrowia.

Zmniejszenie nierówności w dziedzinie zdrowia jest jednym z priorytetów osiemnastomiesięcznego programu Hiszpanii, Belgii i Węgier w dziedzinie zdrowia publicznego na czas ich prezydencji.

Podczas nieformalnego posiedzenia w Madrycie w dniach 22–23 kwietnia ministrowie zdrowia z UE podkreślili konieczność poczynienia postępów w monitorowaniu społecznych determinantów zdrowia oraz pracowania nad zmniejszaniem nierówności w dziedzinie zdrowia.

Zmniejszenie spożycia soli w celu poprawy stanu zdrowia

Rada przyjęła konkluzje zatytułowane „Działania na rzecz zmniejszenia spożycia soli w celu poprawy stanu zdrowia ludności” (dok. [9827/10](#)), w których wezwała państwa członkowskie między innymi do wzmocnienia lub opracowania krajowych polityk żywieniowych, tak by odpowiednio zmniejszyć spożycie soli, np. poprzez zachęcanie producentów żywności do obniżania zawartości soli w żywności do jak najniższego poziomu. Komisja proszona jest o regularne określanie najniższych poziomów soli osiąganym obecnie na poziomie unijnym w różnych kategoriach żywności, co umożliwi określenie poziomu, który jest technicznie możliwy do osiągnięcia w poszczególnych kategoriach.

Zgodnie z konkluzjami istnieją solidne dowody naukowe potwierdzające fakt, że obecny wysoki poziom spożycia soli w Europie stanowi istotny czynnik wpływający na podwyższenie ciśnienia tętniczego, a w związku z tym na częstsze występowanie chorób układu krążenia. W przypadku większości Europejczyków codzienne spożycie soli wynosi ok. 8–11 g, co znacznie przekracza zalecaną dzienną dawkę, która wynosi 4–5 g soli. Duże spożycie soli w Europie może – oprócz zwiększania ciśnienia tętniczego – mieć bezpośredni szkodliwy wpływ na zwiększenie ryzyka wystąpienia zawału, przerostu lewej komory serca i chorób nerek. Według europejskich statystyk w dziedzinie chorób układu krążenia z 2008 roku niemal połowa wszystkich zgonów w UE, a dokładnie 42% (ponad 2 mln zgonów), była wynikiem chorób układu krążenia. W roku 2006 całkowite koszty związane z tymi chorobami w UE wyniosły 192 mld EUR.

Sprawy różne

Zatrudnienie i polityka społeczna

Ochrona socjalna osób prowadzących działalność na własny rachunek i małżonków współpracujących

Prezydencja poinformowała Radę o porozumieniu, które osiągnięto z Parlamentem Europejskim w drugim czytaniu projektu odnośnej dyrektywy (dok. [10443/10](#)). Ten nowy akt ustawodawczy będzie oznaczał znaczną poprawę zabezpieczenia społecznego osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz ich małżonków współpracujących, którzy często uczestniczą w tej działalności bez korzystania z odpowiednich praw. Jest to zatem duże ułatwienie w usuwaniu barier dla przedsiębiorczości kobiet oraz w poprawie statusu małżonków współpracujących, gdyż obejmuje się ich niezależną ochroną. Ponadto samozatrudnione kobiety i małżonki współpracujące będą mieć prawo do urlopu macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 14 tygodni. Dyrektywa ta obejmuje także partnerów życiowych uznanych w świetle prawa krajowego. Oczekuje się, że po weryfikacji tekstu przez prawników lingwistów Rada przyjmie dyrektywę bez debaty w dniu 24 czerwca.

Europejski Fundusz Społeczny: uproszczenie procedur

Rada przyjęła do wiadomości informację o uproszczeniu procedur Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), którą podała Komisja na wniosek delegacji Włoch. Na posiedzeniu Rady EPSCO w dniu 8 marca 2010 r. delegacja Włoch przedłożyła notę zatytułowaną „Europejski Fundusz Społeczny: pomysły zorientowane na uproszczenie i perspektywę na przyszłość” (dok. [6968/10](#)).

Zdrowie i ochrona konsumentów

Ramowa konwencja o ograniczeniu użycia tytoniu

Rada przyjęła do wiadomości przedstawione przez prezydencję informacje o stanie przygotowań do Konferencji Stron (CoP 4) ramowej konwencji o ograniczeniu użycia tytoniu, która ma się odbyć w Urugwaju w dniach 15–20 listopada 2010 r. Podczas konferencji dyskusje będą się koncentrować w szczególności na protokole dotyczącym nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi.

Pakiet farmaceutyczny

Rada zapoznała się ze sporządzonym przez prezydencję sprawozdaniem z postępów w negocjacjach w sprawie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych leków do legalnego systemu dystrybucji (dok. [10469/10](#)). Prezydencja ustnie przedstawiła Radzie także informacje na temat postępów w rozmowach na temat wzmocnienia obecnego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii (w celu ochrony pacjentów przed niepożądanym działaniem produktów leczniczych). W sprawie części pakietu farmaceutycznego dotyczącej nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii Rada będzie dążyła do osiągnięcia porozumienia z Parlamentem Europejskim w pierwszym czytaniu przed końcem czerwca.

Grupa Robocza ds. Zdrowia Publicznego na wysokim szczeblu

Ministrowie przyjęli do wiadomości przekazane przez prezydencję informacje o konkluzjach Grupy Roboczej ds. Zdrowia Publicznego na wysokim szczeblu dotyczących jakości opieki zdrowotnej i roli pacjentów (dok. [10392/10](#)).

Wzajemne uznawanie kwalifikacji pracowników służby zdrowia

Delegacja Danii, przy poparciu delegacji Szwecji, zwróciła uwagę Rady na potrzebę zwiększenia wymiany informacji między państwami członkowskimi na temat przyznawania pracownikom służby zdrowia uprawnień zawodowych (dok. [10766/10](#)).

Ochrona dzieci przed niebezpiecznymi zabawkami

Delegacja Niemiec, którą poparły delegacje Austrii i Włoch, wezwała pozostałe państwa członkowskie i Komisję do podjęcia wspólnych wysiłków zmierzających do ulepszenia dyrektywy w sprawie zabawek oraz osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony dzieci (dok. [10605/10](#)).

Internetowe pułapki płatnicze – dyrektywa o prawach konsumentów

Rada odnotowała apel delegacji Niemiec o europejskie ustawodawstwo przeciwdziałające internetowym pułapkom płatniczym (dok. [10604/10](#)).

Zagadnienia horyzontalne***Konferencje***

Hiszpania poinformowała Radę o osiągniętych rezultatach i konferencjach zorganizowanych podczas swojej prezydencji w dziedzinie zatrudnienia i polityki społecznej (dok. [10504/10](#)) oraz w dziedzinie zdrowia i ochrony konsumentów.

Program prac kolejnej prezydencji

Delegacja Belgii, która w przyszłym semestrze obejmie prezydencję UE, poinformowała ministrów o swoim programie prac w dziedzinie zatrudnienia, polityki społecznej, zdrowia i ochrony konsumentów.

INNE ZATWIERDZONE PUNKTY**SPRAWY ZAGRANICZNE****Środki restrykcyjne skierowane przeciwko Liberii**

Rada przyjęła rozporządzenie dotyczące środków ograniczających skierowanych przeciwko Liberii. Nowe rozporządzenie ma na celu dostosowanie rozporządzenia 234/2004 do rezolucji 1903 (2009) Rady Bezpieczeństwa ONZ, która zmieniła ustanowione przez ONZ środki ograniczające dotyczące uzbrojenia i powiązanych z nim materiałów, a także świadczenia pomocy, doradztwa i szkoleń związanych z działaniami wojskowymi, poprzez zawężenie oddziaływania wspomnianych środków ograniczających do podmiotów pozarządowych (dok. 9241/10).

Właściwe środki wobec Madagaskaru

Zgodnie z art. 96 umowy z Kotonu Rada podjęła właściwe środki wobec Madagaskaru.

Więcej informacji można znaleźć w komunikacie prasowym [10475/1/10 REV 1](#).

POLITYKA ZATRUDNIENIA**Uruchomienie europejskiego funduszu dostosowania do globalizacji dla Hiszpanii i Irlandii**

Rada przyjęła dwie decyzje przewidujące uruchomienie całkowitej kwoty 12,2 mln EUR z unijnego funduszu dostosowania do globalizacji (EFG) z przeznaczeniem na pomoc pracownikom zwolnionym w Hiszpanii i w Irlandii oraz na pomoc techniczną. Kwotę 6,6 mln EUR przyznano pracownikom zwolnionym z pracy w hiszpańskim przemyśle wytwarzającym produkty ceramiczne, a 1,9 mln EUR dla zwolnionych pracowników hiszpańskich przedsiębiorstw wytwarzających drzwi i ramy drzwiowe. Kolejne 2,7 mln EUR przeznaczono dla zwolnionych pracowników irlandzkiego przedsiębiorstwa Waterford Crystal i trzech jego dostawców. Środki wsparcia muszą być współfinansowane przez państwa członkowskie i obejmują m.in. szkolenie, reorientację zawodową, poszukiwanie pracy oraz pomoc w rozpoczynaniu własnej działalności. Uruchomiono kwotę 1,11 mln EUR z przeznaczeniem na pomoc techniczną, w szczególności monitorowanie, informowanie państw członkowskich, doradzanie im, spotkania ekspertów i seminaria, utworzenie bazy wiedzy i śródkresową ocenę EFG.

POLITYKA SPOŁECZNA**Rozszerzenie przepisów UE w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**

Rada osiągnęła porozumienie co do projektu rozporządzenia zmierzającego do objęcia obywateli państw trzecich, którzy legalnie zamieszkują na terytorium UE i znajdują się w sytuacji transgranicznej, takimi samymi zasadami w zakresie koordynacji uprawnień w ramach zabezpieczenia społecznego, jakie dotyczą obywateli UE (dok. [10442/10](#)).

Konwencja dotycząca pracy w sektorze rybołówstwa

Rada przyjęła decyzję upoważniającą państwa członkowskie do ratyfikowania Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) dotyczącej pracy w sektorze rybołówstwa w kwestiach wchodzących w zakres wyłącznych kompetencji UE (dok. [16923/1/09 REV 1](#) + [10355/10 ADD 1](#)).

Konwencja dotycząca pracy w sektorze rybołówstwa („konwencja 188”), która została przyjęta w czerwcu 2007 r. podczas Międzynarodowej Konferencji Pracy w Genewie, ma na celu poprawę warunków pracy rybaków pracujących na statkach rybackich. Ustalono w niej w szczególności minimalne międzynarodowe normy dla sektora rybołówstwa, takie jak warunki służby, prawo do repatriacji, przepisy dotyczące zakwaterowania i wyżywienia, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, opieki medycznej i zabezpieczenia społecznego.
