

Dziennik Urzędowy

C 418

Unii Europejskiej



Wydanie polskie

Informacje i zawiadomienia

Tom 58

16 grudnia 2015

Spis treści

II *Komunikaty*

KOMUNIKATY INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH UNII EUROPEJSKIEJ

Komisja Europejska

2015/C 418/01	Komunikat Komisji – Równowartość progów określonych w dyrektywach Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/17/WE, 2004/18/WE i 2009/81/WE	1
---------------	---	---

IV *Informacje*

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH UNII EUROPEJSKIEJ

Rada

2015/C 418/02	Decyzja Rady z dnia 14 grudnia 2015 r. w sprawie mianowania członków i zastępców członków Komitetu Doradczego ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z Danii	4
2015/C 418/03	Konkluzje Rady w sprawie strategii UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu	6
2015/C 418/04	Konkluzje Rady w sprawie wspierania osób cierpiących na demencję: doskonalenie polityk i praktyk w zakresie opieki	9

Komisja Europejska

2015/C 418/05	Kursy walutowe euro	13
2015/C 418/06	Zawiadomienie Komisji w sprawie bieżących stóp procentowych od zwracanej pomocy państwa oraz stóp referencyjnych/dyskontowych obowiązujących 28 państw członkowskich od dnia 1 stycznia 2016 r. (Opublikowano zgodnie z art. 10 rozporządzenia Komisji (WE) 794/2004 z dnia 21 kwietnia 2004 r. (Dz.U. L 140 z 30.4.2004, s. 1))	14

INFORMACJE PAŃSTW CZŁONKOWSKICH

2015/C 418/07	Informacje o zamknięciu łowisk przekazane przez państwa członkowskie	15
2015/C 418/08	Ogłoszenie Komisji zgodnie z art. 16 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1008/2008 w sprawie wspólnych zasad wykonywania przewozów lotniczych na terenie Wspólnoty – Obowiązek użyteczności publicznej w zakresie wykonywania regularnych przewozów lotniczych	16

V Ogłoszenia

POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ POLITYKI KONKURENCJI

Komisja Europejska

2015/C 418/09	Zgłoszenie zamiaru koncentracji (Sprawa M.7793 – Lone Star Fund IX/MRH) – Sprawa, która może kwalifikować się do rozpatrzenia w ramach procedury uproszczonej ⁽¹⁾	17
---------------	--	----

⁽¹⁾ Tekst mający znaczenie dla EOG

II

(Komunikaty)

KOMUNIKATY INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
UNII EUROPEJSKIEJ

KOMISJA EUROPEJSKA

KOMUNIKAT KOMISJI

**Równowartość progów określonych w dyrektywach Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/17/WE,
2004/18/WE i 2009/81/WE**

(2015/C 418/01)

Równowartość w walutach krajowych innych niż euro progów określonych w dyrektywach 2004/17/WE ⁽¹⁾, 2004/18/WE ⁽²⁾ i 2009/81/WE ⁽³⁾ jest następująca:

80 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	156 464
	CZK	Korona czeska	2 184 400
	DKK	Korona duńska	596 520
	GBP	Funt szterling	62 842
	HRK	Kuna chorwacka	610 024
	HUF	Forint węgierski	24 549 600
	PLN	Nowy polski złoty	333 992
	RON	Nowy lej rumuński	355 632
	SEK	Korona szwedzka	731 224

135 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	264 033
	CZK	Korona czeska	3 686 175
	DKK	Korona duńska	1 006 628
	GBP	Funt szterling	106 047
	HRK	Kuna chorwacka	1 029 416
	HUF	Forint węgierski	41 427 450
	PLN	Nowy polski złoty	563 612
	RON	Nowy lej rumuński	600 129
	SEK	Korona szwedzka	1 233 941

⁽¹⁾ Dz.U. L 134 z 30.4.2004, s. 1.⁽²⁾ Dz.U. L 134 z 30.4.2004, s. 114.⁽³⁾ Dz.U. L 216 z 20.8.2009, s. 76.

209 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	408 762
	CZK	Korona czeska	5 706 745
	DKK	Korona duńska	1 558 409
	GBP	Funt szterling	164 176
	HRK	Kuna chorwacka	1 593 688
	HUF	Forint węgierski	64 135 830
	PLN	Nowy polski złoty	872 554
	RON	Nowy lej rumuński	929 089
	SEK	Korona szwedzka	1 910 323
418 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	817 524
	CZK	Korona czeska	11 413 790
	DKK	Korona duńska	3 116 817
	GBP	Funt szterling	328 352
	HRK	Kuna chorwacka	3 187 375
	HUF	Forint węgierski	128 271 660
	PLN	Nowy polski złoty	1 745 108
	RON	Nowy lej rumuński	1 858 177
	SEK	Korona szwedzka	3 820 645
750 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	1 466 850
	CZK	Korona czeska	20 478 750
	DKK	Korona duńska	5 592 375
	GBP	Funt szterling	589 148
	HRK	Kuna chorwacka	5 718 975
	HUF	Forint węgierski	230 152 500
	PLN	Nowy polski złoty	3 131 175
	RON	Nowy lej rumuński	3 334 050
	SEK	Korona szwedzka	6 855 225
1 000 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	1 955 800
	CZK	Korona czeska	27 305 000
	DKK	Korona duńska	7 456 500
	GBP	Funt szterling	785 530
	HRK	Kuna chorwacka	7 625 300
	HUF	Forint węgierski	306 870 000
	PLN	Nowy polski złoty	4 174 900
	RON	Nowy lej rumuński	4 445 400
	SEK	Korona szwedzka	9 140 300

5 225 000 EUR	BGN	Nowy lew bułgarski	10 219 055
	CZK	Korona czeska	142 668 625
	DKK	Korona duńska	38 960 213
	GBP	Funt szterling	4 104 394
	HRK	Kuna chorwacka	39 842 193
	HUF	Forint węgierski	1 603 395 750
	PLN	Nowy polski złoty	21 813 853
	RON	Nowy lej rumuński	23 227 215
	SEK	Korona szwedzka	47 758 068

IV

(Informacje)

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
UNII EUROPEJSKIEJ

RADA

DECYZJA RADY

z dnia 14 grudnia 2015 r.

**w sprawie mianowania członków i zastępców członków Komitetu Doradczego ds. Koordynacji
Systemów Zabezpieczenia Społecznego z Danii**

(2015/C 418/02)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego ⁽¹⁾, w szczególności jego art. 75,

uwzględniając wykazy kandydatów przedstawione Radzie przez rządy państw członkowskich,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Na mocy decyzji z dnia 13 października 2015 r. ⁽²⁾ Rada mianowała członków i zastępców członków Komitetu Doradczego ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego na okres od dnia 20 października 2015 r. do dnia 19 października 2020 r.
- (2) Rząd Danii przedstawił kolejne kandydatury na nieobsadzone stanowiska,

PRZYMUJE NINIEJSZĄ DECYZJĘ:

Artykuł 1

Następujące osoby zostają niniejszym mianowane członkami i zastępcami członków Komitetu Doradczego ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego na okres od dnia 20 października 2015 r. do dnia 19 października 2020 r.:

I. PRZEDSTAWICIELE RZĄDÓW

Państwo	Członkowie	Zastępcy członków
Dania	Karin MØHL LARSEN	Marie-Louise OUTZEN

II. PRZEDSTAWICIELE ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

Państwo	Członkowie	Zastępcy członków
Dania	Christian SØLYST	Tine SKOV JENSEN

⁽¹⁾ Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1.⁽²⁾ Decyzja Rady z dnia 13 października 2015 r. w sprawie mianowania członków i zastępców członków Komitetu Doradczego ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego (Dz.U. C 341 z 16.10.2015, s. 4).

Konkluzje Rady w sprawie strategii UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu

(2015/C 418/03)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

1. PRZYPOMINA, że na mocy artykułu 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego oraz że działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje również zwalczanie epidemii, poprzez – w szczególności – wspieranie badań nad ich przyczynami oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej.

Unia zachęca do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia publicznego oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania. Unia i państwa członkowskie sprzyjają współpracy z państwami trzecimi i kompetentnymi organizacjami międzynarodowymi. Działania Unii są prowadzone w pełnym poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej, w tym przydziału przyznanych im zasobów.
2. PRZYPOMINA, że w komunikacie Komisji w sprawie strategii zdrowotnej Wspólnoty Europejskiej ⁽¹⁾ nadmierne spożywanie alkoholu uznano za ważny czynnik ryzyka oraz że działania na rzecz ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu finansowane są z drugiego i trzeciego programu działań Unii w dziedzinie zdrowia ⁽²⁾.
3. PRZYWOŁUJE zalecenie Rady z 2001 r. dotyczące spożywania alkoholu przez młodych ludzi ⁽³⁾, w którym zwrócono się do Komisji, by ta we współpracy z państwami członkowskimi zajęła się kwestiami poruszonymi we wspomnianym zaleceniu – m.in. rozwijaniem na szczeblu krajowym i europejskim kompleksowych polityk promocji zdrowia odnoszących się do alkoholu – w pełni wykorzystując do tego celu wszystkie polityki wspólnotowe.
4. PRZYWOŁUJE strategię UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu (2006–2012) ⁽⁴⁾, a także konkluzje Rady z 2001 r. ⁽⁵⁾, 2004 r. ⁽⁶⁾ i 2006 r. ⁽⁷⁾, w których wzywa się Komisję do przedstawienia kompleksowej strategii mającej na celu ograniczenie szkodliwych skutków spożywania alkoholu, ustanowienia Komitetu Krajowej Polityki i Działań Antyalkoholowych (CNAPA) wspierającego realizację takiej strategii, jak również konkluzje Rady z 2009 r. ⁽⁸⁾, w których wzywa Komisję do określenia priorytetów kolejnej fazy prac Komisji w dziedzinie alkoholu i zdrowia po zakończeniu w 2012 r. pierwszej strategii UE dotyczącej alkoholu.
5. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE rezolucję Parlamentu Europejskiego z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie strategii dotyczącej alkoholu wzywającą do opracowania nowej europejskiej strategii dotyczącej alkoholu na lata 2016–2022 ⁽⁹⁾ i przypominającą o wadze silnego zaangażowania politycznego Komisji, Parlamentu, Rady i państw członkowskich w celu intensyfikacji działań mających na celu zapobieganie szkodliwym skutkom spożywania alkoholu.
6. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE światową strategię WHO na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu ⁽¹⁰⁾ oraz europejski plan działania WHO na lata 2012–2020 na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu ⁽¹¹⁾.

⁽¹⁾ 8756/00.

⁽²⁾ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3); rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia trzeciego programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE (Dz.U. L 86 z 21.3.2014, s. 1).

⁽³⁾ Zalecenie Rady 2001/458/WE z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie spożywania alkoholu przez ludzi młodych, a zwłaszcza dzieci i młodzież (Dz.U. L 161 z 16.6.2001, s. 38).

⁽⁴⁾ Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 24 października 2006 r. – Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu, COM(2006) 625 final.

⁽⁵⁾ Konkluzje Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. (Dz.U. C 175 z 20.6.2001, s. 2).

⁽⁶⁾ Konkluzje Rady z dnia 2 czerwca 2004 r. w sprawie alkoholu i młodzieży 9507/04 (Presse 163).

⁽⁷⁾ Konkluzje Rady z dnia 30 listopada 2006 r., strategia UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu, 15258/06.

⁽⁸⁾ Konkluzje Rady z dnia 1 grudnia 2009 r. w sprawie alkoholu i zdrowia (Dz.U. C 302 z 12.12.2009, s. 15).

⁽⁹⁾ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie strategii dotyczącej alkoholu (2015/2543(RSP)).

⁽¹⁰⁾ Rezolucja WHA63.13, s. 27.

⁽¹¹⁾ Rezolucja EUR/RC61/R4.

7. Z NIEPOKOJEM ODNOTOWUJE, że – jak wynika z globalnego raportu WHO na temat alkoholu i zdrowia ⁽¹⁾ – nadmierne spożywanie alkoholu jest jednym z głównych światowych czynników ryzyka chorób i niepełnosprawności, a także, że Unia Europejska jest regionem o najwyższym na świecie spożyciu alkoholu, ze średnią przypadającą na osobę dorosłą (w wieku od 15 r.ż.) wynoszącą w 2012 r. 10,1 litra czystego alkoholu ⁽²⁾.
8. Z NIEPOKOJEM ODNOTOWUJE, że – jak wynika z raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w sprawie rozwiązania problemu nadmiernego spożywania alkoholu – ekonomia i polityka w zakresie zdrowia publicznego ⁽³⁾, w niektórych państwach członkowskich wzrasta regularne i nadmierne spożywanie alkoholu; niepokojący jest też alarmujący wzrost w wielu państwach członkowskich spożycia alkoholu wśród młodych ludzi (niepełnoletnich oraz młodych dorosłych) i wśród kobiet; z niepokojem odnotowuje również, że nadużywanie alkoholu ma negatywny wpływ nie tylko na zdrowie jednostek, ale również na całe społeczeństwo.
9. PODKREŚLA, że ograniczenie obciążeń wynikających z powiązanych z alkoholem a możliwych do uniknięcia przypadków śmierci, przewlekłych chorób i urazów, przemocy, nierówności w zdrowiu i innych społecznych skutków ponoszonych przez strony trzecie, jak również ryzykownych zachowań związanych z piciem, zwłaszcza wśród młodych ludzi, stało się wspólnym problemem oraz że dodatkową wartość miałyby współpraca i koordynacja na szczeblu UE.
10. PODKREŚLA, że zapobieganie szkodliwym skutkom spożywania alkoholu stanowi niezbędną inwestycję, która jest korzystna dla gospodarki, ponieważ pozwala na ograniczenie w dłuższym terminie strat gospodarczych oraz wydatków na opiekę zdrowotną, między innymi dzięki zmniejszeniu obciążenia chorobami przewlekłymi, w tym nowotworami, i podniesieniu wydajności siły roboczej.
11. PODKREŚLA również, że ograniczenie nadmiernego spożywania alkoholu wywiera również pozytywne oddziaływanie na bezpieczeństwo publiczne i drogowe, w szczególności przez zmniejszenie liczby ofiar śmiertelnych i urazów w wypadkach drogowych.
12. ODNOTOWUJE, że ograniczanie szkodliwych skutków spożywania alkoholu wymaga działań w wielu różnych obszarach polityki i obejmuje wiele sektorów w całym społeczeństwie, zarówno na szczeblu krajowym, jak i na szczeblu UE.
13. PONAOWIA apel o strategię UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu wyrażony przez wielu ministrów podczas nieformalnego posiedzenia ministrów zdrowia w dniu 21 kwietnia 2015 r., jak również na posiedzeniu Rady EPSCO w dniu 19 czerwca 2015 r., oraz podkreśla, że taka strategia UE może dodatkowo wspierać i uzupełniać krajowe polityki w dziedzinie zdrowia publicznego,

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

14. NADAL propagowały wielosektorowe podejście do ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu na poziomie krajowym i na poziomie UE oraz wzmocniły lub opracowały – w stosownych przypadkach – kompleksowe strategie krajowe lub plany działania dostosowane do specyfiki tradycji lokalnych i regionalnych.
15. PRZYJĘŁY odpowiednie środki w celu zajęcia się kwestią ochrony młodych ludzi przed nadmiernym spożywaniem alkoholu, w szczególności w zakresie wieku legalnego spożywania alkoholu i ekspozycji na zabiegi marketingowe oraz NADAL wspierały informowanie i edukację na temat skutków nadmiernego spożywania alkoholu oraz szczególnie ryzykownych zachowań związanych z piciem.

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH I KOMISJI, BY:

16. WZMOCNIŁY współpracę w zakresie identyfikacji skutecznych środków i najlepszych praktyk służących zminimalizowaniu skutków zdrowotnych i społecznych, jak również nierówności w zdrowiu wynikających z nadmiernego spożywania alkoholu, koncentrując się w szczególności na: zapobieganiu ryzykownym zachowaniom związanych z piciem wśród młodzieży; osobach, które spożywają alkohol w nadmiernych ilościach lub u których występują szkodliwe wzorce spożywania alkoholu; spożywaniu alkoholu w czasie ciąży oraz prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu.
17. NADAL wspierały prace CNAPA, przy jednoczesnym uwzględnieniu wyników sprawozdania z wdrażania pierwszej strategii UE dotyczącej alkoholu ⁽⁴⁾, a także zaangażowania zainteresowanych stron na szczeblu krajowym i europejskim, aby ograniczyć szkodliwe skutki spożywania alkoholu.

⁽¹⁾ WHO 2014, s. 46, s. 31.

⁽²⁾ Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie, Europa 2014 (wspólna publikacja OECD i Komisji Europejskiej), grudzień 2014 r.

⁽³⁾ Rozwiązanie problemu nadmiernego spożywania alkoholu – ekonomia i polityka w zakresie zdrowia publicznego, maj 2015 r.

⁽⁴⁾ Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Pierwsze sprawozdanie z postępów we wdrażaniu strategii UE dotyczącej alkoholu, wrzesień 2009 r.

18. UZNAŁY potrzebę dalszego gromadzenia na szczeblu UE informacji w zakresie wdrażania przepisów krajowych dotyczących alkoholu, z poszanowaniem kompetencji krajowych oraz regionalnych i lokalnych tradycji społecznych i kulturowych.
19. ROZWAŻYŁY, zwłaszcza w świetle sprawozdania, które ma zostać przyjęte przez Komisję zgodnie z art. 16 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności⁽¹⁾, możliwość wprowadzenia obowiązkowego oznaczania składników i wartości odżywczej napojów alkoholowych, a w szczególności ich wartości energetycznej.

ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, BY:

20. NADAL wspierała państwa członkowskie w ich staraniach na rzecz ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu, przy pełnym poszanowaniu zasad pomocniczości i proporcjonalności.
21. PRZYJĘŁA do końca 2016 r., przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich, kompleksową strategię UE poświęconą ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu i obejmującą przekrojowe działania w ramach polityki UE w celu zwalczania zdrowotnych, społecznych i gospodarczych skutków nadmiernego spożywania alkoholu. Ta ukierunkowana strategia UE powinna skupiać się na inicjatywach w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu o wymiarze transgranicznym i o unijnej wartości dodanej; strategia ta ma być następstwem pierwszej strategii UE dotyczącej alkoholu (2006–2012) i powinna uwzględniać prace prowadzone przez CNAPA, jak również prace przeprowadzone w ramach światowej strategii WHO dotyczącej alkoholu i europejskiego planu działania WHO na lata 2012–2020 na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu.
22. PRZEDSTAWIŁA Radzie sprawozdanie na temat wyników swoich prac i postępów osiągniętych w dziedzinie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu.

⁽¹⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektyw Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004 (Dz.U. L 304 z 22.11.2011, s. 18).

Konkluzje Rady w sprawie wspierania osób cierpiących na demencję: doskonalenie polityk i praktyk w zakresie opieki

(2015/C 418/04)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

1. PRZYPOMINAJĄC, iż zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich unijnych polityk i działań, oraz że działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, powinno być nakierowane na poprawę zdrowia publicznego. Unia powinna zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia publicznego oraz, jeśli to konieczne, wspierać ich działania oraz sprzyjać współpracy z właściwymi organizacjami międzynarodowymi. Działania Unii muszą być prowadzone w pełnym poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej, w tym podziału przeznaczonych na nie zasobów;
2. Z NIEPOKOJEM ODNOTOWUJĄC, że obecnie na świecie żyje 47,5 mln ludzi cierpiących na demencję, z czego 58 % żyje w krajach o niskim lub średnim dochodzie. Szacuje się, że w Unii żyje 6,4 mln osób cierpiących na demencję ⁽¹⁾;
3. ZWRACAJĄC UWAGĘ, że demencja to jedna z głównych przyczyn niepełnosprawności i niesamodzielności wśród osób starszych na całym świecie i że wywołuje fizyczne, psychologiczne, społeczne i gospodarcze skutki zarówno w odniesieniu do osób cierpiących na demencję oraz ich rodzin i opiekunów, jak również w całym społeczeństwie ⁽²⁾;
4. PRZYPOMINAJĄC, że choć większość cierpiących na demencję to osoby starsze, istnieje również spora grupa osób, u których ta choroba wystąpiła wcześniej;
5. KŁADĄC NACISK na prawa pacjentów, zwłaszcza te dotyczące godności ludzkiej, określone w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej ⁽³⁾;
6. UZNAJĄC, że osoby cierpiące na demencję mogą cieszyć się dobrą jakością życia przez wiele lat, zwłaszcza jeśli zapewnia się im terminowy dostęp do opieki zdrowotnej, ocenę, diagnozę i odpowiednie wsparcie;
7. DOSTRZEGAJĄC znaczący wpływ demencji i chorób powiązanych z demencją na stabilność finansową systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego;
8. PODKREŚLAJĄC znaczenie promowania zdrowego stylu życia – w tym sprzyjającego zdrowiu mózgu – w ciągu całego jego trwania, dla zwiększenia liczby lat przeżytych w dobrym zdrowiu;
9. PRZYPOMINAJĄC, że lepsze zrozumienie powyższych uwarunkowań jest niezbędne do osiągnięcia wysokich standardów zdrowotnych w starzejącym się społeczeństwie, co jest jednym z priorytetów zarówno drugiego jak i obecnego, trzeciego programu w dziedzinie zdrowia (2014–2020) ⁽⁴⁾;
10. PRZYPOMINAJĄC, że w ramach licznych inicjatyw na szczeblu UE uznaje się działania dotyczące demencji za jeden z priorytetów w obszarze zmian demograficznych i podkreśla się znaczące konsekwencje, jakie powoduje wzrost liczby osób cierpiących na tę chorobę ⁽⁵⁾;
11. PRZYWOŁUJĄC przyjęte w dniu 16 grudnia 2008 r. konkluzje Rady w sprawie strategii w dziedzinie zdrowia publicznego na rzecz zwalczania chorób neurodegeneracyjnych związanych ze starzeniem się, w których to konkluzjach wezwano Komisję do przyjęcia w 2009 roku inicjatywy mającej na celu zwalczanie tych chorób ⁽⁶⁾;

⁽¹⁾ Nota faktograficzna WHO nr 362, marzec 2015 r., <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>. Sprawozdanie ze wspólnego działania ALCOVE, streszczenie, s. 29, http://www.alcove-project.eu/images/synthesis-report/ALCOVE_SYNTHESIS_REPORT_WP4.pdf

⁽²⁾ Nota faktograficzna WHO nr 362, marzec 2015 r.

⁽³⁾ Zob. rozdział I dotyczący godności, dostępny do pobrania pod adresem http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf.

⁽⁴⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) (Dz.U. L 86 z 21.3.2014 s. 1).

⁽⁵⁾ Zob. przegląd inicjatyw w dziedzinie demencji – takich jak wspólne działanie ALCOVE, Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjających aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, Europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego, Europejska platforma na rzecz potwierdzenia słuszności koncepcji w profilaktyce choroby Alzheimera (EPOC-AD) oraz inicjatywa w zakresie leków innowacyjnych – zawarty w dokumencie roboczym służb Komisji na temat wdrażania komunikatu Komisji w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych form demencji, SWD(2014) 321 final z 16 października 2014 r.

⁽⁶⁾ http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/104778.pdf

12. PRZYPOMINAJĄC, że Komisja zaproponowała nowe podejście w celu lepszego wykorzystywania europejskich funduszy publicznych na badania i rozwój dzięki wspólnemu programowaniu w kluczowych dziedzinach, do których należy też choroba Alzheimera. W rezultacie, w 2010 r. zainicjowano prowadzoną przez państwa członkowskie inicjatywę w zakresie wspólnego programowania dotyczącą chorób neurodegeneracyjnych w celu skuteczniejszego koordynowania krajowych wysiłków badawczych w zakresie chorób neurodegeneracyjnych, a w szczególności choroby Alzheimera;
13. PRZYPOMINAJĄC, że realizując siódmy program ramowy w dziedzinie badań i rozwoju technologicznego na lata 2007–2013 we wspomnianym okresie wydano ponad 576 mln EUR na finansowanie badań dotyczących demencji i chorób neurodegeneracyjnych; dzięki osiągniętych rezultatom, w ramach programu „Horyzont 2020”, czyli nowych unijnych ram w zakresie badań naukowych i innowacji na lata 2014–2020, można prowadzić dalsze działania dotyczące demencji jako społecznego i zdrowotnego wyzwania: zainwestowano już ponad 103 mln EUR w badania dotyczące demencji i działania innowacyjne;
14. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJĄC rezolucję Parlamentu Europejskiego, przyjętą w dniu 19 stycznia 2011 r., w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji, w której wezwano do uznania demencji za priorytet UE w dziedzinie ochrony zdrowia oraz stanowczo wezwano państwa członkowskie do opracowania ukierunkowanych planów krajowych⁽¹⁾;
15. PRZYWOŁUJĄC opublikowane w 2012 r. pierwsze sprawozdanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pt. „Demencja: priorytet w dziedzinie ochrony zdrowia”⁽²⁾, w którym przedstawiono informacje na temat demencji, zwiększając tym samym świadomość tego problemu, i wymieniono ją wśród chorób o priorytetowym znaczeniu uwzględnionych w programie działań WHO na rzecz zmniejszania różnic w poziomie opieki dotyczącej zdrowia psychicznego⁽³⁾, którego celem jest zwiększenie opieki zdrowotnej w zakresie zaburzeń psychicznych, neurologicznych i uzależnień od substancji;
16. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJĄC deklarację ministrów zdrowia grupy G-8 w sprawie demencji, przyjętą w dniu 11 grudnia 2013 r. na szczycie tej grupy, w której zobowiązano się do sprzyjania innowacjom mającym na celu zidentyfikowanie do roku 2025 skutecznego leczenia lub terapii modyfikującej przebieg choroby w odniesieniu do demencji, jak również do określenia strategicznych obszarów priorytetowych oraz zwiększenia funduszy na badania naukowe⁽⁴⁾;
17. PRZYWOŁUJĄC zorganizowaną 14 listopada 2014 r. w Rzymie przez prezydentkę włoską konferencję pt. „Demencja w Europie: wyzwanie dla naszej wspólnej przyszłości”⁽⁵⁾, która była okazją do przeglądu realizowanych w UE inicjatyw dotyczących demencji, zwłaszcza inicjatyw dotyczących profilaktyki i leczenia oraz promowania zdrowia starszych osób;
18. PRZYWOŁUJĄC sprawozdanie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z dnia 13 marca 2015 r. pt. „Poprawa opieki nad osobami cierpiącymi na demencję i opracowanie przyszłej terapii: potrzeba działań już dziś”⁽⁶⁾, w którym ponownie potwierdzono, że demencja musi zostać uznana za priorytet polityczny;
19. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJĄC wezwanie do działania podpisane przez uczestników zorganizowanej w Genewie w dniu 17 marca 2015 r. pierwszej konferencji ministerialnej WHO w sprawie ogólnosięwiatowych działań przeciwko demencji, w którym podkreślono kluczową rolę i odpowiedzialność rządów w reagowaniu na wyzwania związane z demencją i podkreślono potrzebę wielosektorowych i skoordynowanych działań na szczeblu globalnym i krajowym, ukierunkowanych zwłaszcza na osiąganie postępów w zakresie profilaktyki, ograniczania ryzyka, diagnozowania i leczenia demencji⁽⁷⁾;
20. PODKREŚLAJĄC, że w ostatnich latach demencja stała się kwestią priorytetową dla coraz większej liczby państw członkowskich, o czym świadczy prowadzenie przez większość państw członkowskich działań w zakresie tworzenia, przyjęcia lub realizacji krajowych strategii, planów działania lub programów dotyczących demencji; wdrożone lub aktualnie wprowadzane inicjatywy państw członkowskich oparte są na podejściu zintegrowanym odnośnie do ścieżek opieki, w którym uwzględnia się kwestie zdrowotne i społeczne;
21. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJĄC dyskusje prowadzone na nieformalnym posiedzeniu unijnych ministrów zdrowia w dniu 24 września 2015 r. na temat wspierania opracowywania i wdrażania krajowych strategii, planów działania i programów w zakresie demencji, a także ułatwiania wymiany najlepszych praktyk na szczeblu UE, z uwzględnieniem działań WHO;
22. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJĄC drugie wspólne działanie w zakresie demencji, które zostanie zainicjowane w 2016 r.;

⁽¹⁾ 2010/2084 (INI).

⁽²⁾ WHO, „Demencja: priorytet w dziedzinie ochrony zdrowia” („Dementia: a public health priority”), 2012 r., plik dostępny do pobrania pod adresem

http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

⁽³⁾ http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/

⁽⁴⁾ <https://www.gov.uk/government/publications/g8-dementia-summit-agreements>

⁽⁵⁾ <http://www.salute.gov.it/portale/ItaliaUE2014/dettaglioEvento.jsp?lingua=english&id=246>

⁽⁶⁾ <http://www.oecd.org/newsroom/better-dementia-care-and-a-future-cure-require-action-today.htm>

⁽⁷⁾ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/action-on-dementia/en/#>

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

23. ZAJMOWAŁY SIĘ demencją jako kwestią priorytetową poprzez międzysektorowe strategie krajowe, plany działania lub programy w zakresie demencji w celu zapewnienia właściwego leczenia osób cierpiących na demencję i pomocy dla tych osób, ich rodzin i opiekunów, przy jednoczesnym zapewnieniu stabilności systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego;
24. NADAL PRZYKŁADAŁY szczególną wagę do wzmacniania w swoich państwach koordynacji odpowiednich polityk w dziedzinie demencji, w tym w zakresie wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej.

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH I KOMISJI, BY:

25. UZNAŁY, że stała współpraca międzysektorowa między państwami członkowskimi i na szczeblu UE – przy uwzględnieniu działań WHO – stanowić będzie cenny wkład w usprawnianie działań wspierających osoby cierpiące na demencję;
26. UZNAŁY korzyści płynące z upodmiotowienia osób dotkniętych demencją i ZACHĘCAŁY do ich włączania w procesy decyzyjne poprzez zwiększenie ich reprezentacji, w szczególności w inicjatywach, organizacjach i organach działających w dziedzinie walki z demencją;
27. POPIERAŁY stosowanie podejścia uwzględniającego aspekt płci, ukierunkowanego na jednostkę i opartego na badaniach naukowych przy opracowywaniu strategii, planów i programów w zakresie demencji, uwzględniając grupy o specjalnych potrzebach, wpływ różnorodności kulturowej na sposób postrzegania demencji, a także oczekiwania i prawa osób cierpiących na demencję oraz ich rodzin i opiekunów;
28. UZNAŁY ważną rolę rodziny i opiekunów, zwłaszcza poprzez zapewnienie ich włączenia w procesy decyzyjne, oraz potrzebę ochrony ich fizycznego i psychicznego dobrostanu poprzez udzielanie odpowiedniego wsparcia.
29. DOCENIŁY znaczny dorobek grupy ekspertów rządowych ds. demencji w zakresie ułatwiania wymiany doświadczeń i dobrych praktyk, służącej wspieraniu państw członkowskich w tworzeniu i wdrażaniu krajowych strategii, planów lub programów dotyczących demencji;
30. WSPIERAŁY prace w tych obszarach polityki UE, które mogą mieć wpływ na politykę dotyczącą demencji, zwłaszcza na forum Grupy Roboczej ds. Zdrowia Publicznego na szczeblu wyższych urzędników a także Komitetu Ochrony Socjalnej ⁽¹⁾ oraz Komitetu Polityki Gospodarczej ⁽²⁾ w konfiguracjach zajmujących się opieką zdrowotną i opieką długoterminową;
31. KONTYNUOWAŁY, przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich, dyskusje na szczeblu unijnym nad następującymi zagadnieniami:
 - a) rola profilaktyki i promocji zdrowia, ograniczania ryzyka, wczesnego wykrywania, terminowej diagnozy i wsparcia po postawieniu diagnozy jako czynników przyczyniających się do zmniejszenia obciążeń wynikających z demencji;
 - b) sposoby zapewnienia, by profilaktyka, diagnoza, leczenie i opieka były koordynowane w obrębie danego państwa, przy wykorzystaniu interdyscyplinarnej wiedzy specjalistycznej oraz by usługi te były dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania;
 - c) wartość dodana wymiany najlepszych praktyk ze szczególnym naciskiem na kluczowe elementy i narzędzia zapewniające jakość opieki nad pacjentami i wsparcie opiekunów, by móc lepiej oceniać różne podejścia i praktyki w tych dziedzinach;
 - d) promowanie praw osób cierpiących na demencję, ze szczególnym uwzględnieniem wymiaru etycznego demencji, by zapewnić godne starzenie się w dobrym zdrowiu;
 - e) wykorzystanie potencjału e-zdrowia oraz technologii wspomagających w zwiększaniu wsparcia i opieki dla osób cierpiących na demencję;
 - f) tworzenie wspólnej puli wiedzy na temat bieżących inicjatyw i odnośnej bazy dowodowej oraz dostęp do takiej wiedzy, a także uwzględnianie jej w codziennej praktyce w sektorach opieki zdrowotnej i społecznej;
 - g) konieczność promowania roli pracowników służby zdrowia i ich ustawicznego kształcenia, aby zapewnić możliwie najlepsze wsparcie dla osób cierpiących na demencję oraz ich rodzin;
 - h) promowanie społeczności przyjaznych osobom cierpiącym na demencję;

⁽¹⁾ Grupa Robocza Komitetu Ochrony Socjalnej ds. Starzenia się, zob. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758>.

⁽²⁾ Grupa Robocza Komitetu Polityki Gospodarczej ds. Starzenia się Ludności i Stabilności Finansów Publicznych, http://europa.eu/epc/working_groups/ageing_en.htm.

32. ZINTENSYFIKOWAŁY badania naukowe nad demencją, w oparciu o wyniki projektów finansowanych przez UE, takich jak unijna inicjatywa w zakresie wspólnego planowania dotycząca chorób neurodegeneracyjnych, w szczególności w zakresie czynników ryzyka i leżącej u podłoża tych chorób patofizjologii, a także ZINTENSYFIKOWAŁY przekładanie udanych interwencji w zakresie postępowania z demencją na praktykę kliniczną, również z ewentualnym wykorzystaniem partnerstw publiczno-publicznych, publiczno-prywatnych i międzynarodowych;
 33. KORZYSTAŁY z zasobów, modeli i narzędzi wytworzonych z powodzeniem na szczeblu UE, takich jak te zebrane w ramach Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, wspólnego działania ALCOVE i strategii opracowanych z myślą o większym wykorzystaniu dobrych praktyk;
 34. OPRACOWAŁY, w stosownych przypadkach i w ścisłej współpracy z grupą ekspertów rządowych ds. demencji, niezobowiązujące wytyczne oparte na kompleksowej i zintegrowanej perspektywie w zakresie demencji, biorąc pod uwagę kwestie skoordynowanej profilaktyki i promocji zdrowia, terminowej diagnostyki, wsparcia po postawieniu diagnozy, leczenia i opieki, przy jednoczesnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich;
 35. OKREŚLIŁY– w ścisłej współpracy z grupą ekspertów rządowych ds. demencji – dobre praktyki, zwłaszcza w zakresie ukierunkowanej profilaktyki, łącznie z profilaktyką wtórną, w zakresie promocji zdrowia, terminowej diagnostyki, wsparcia po postawieniu diagnozy, leczenia, badań naukowych, szkoleń i dalszego kształcenia pracowników służby zdrowia, jak również informacji publicznych w celu zwalczania stygmatyzacji oraz DZIELIŁY SIĘ tymi praktykami;
 36. POPRAWIAŁY jakość informacji epidemiologicznych na temat demencji, aby ułatwiać opracowywanie krajowych strategii, planów działania lub programów, a także wymianę dobrych praktyk;
 37. UWYPUKLAŁY działalność organizacji pozarządowych i wolontariatu w zakresie demencji mającą na celu skuteczne włączanie się w krajowe strategie, plany działania lub programy.
- ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, BY:
38. WZMOCNIŁA współpracę państw członkowskich w ramach działalności grupy ekspertów rządowych ds. demencji w celu ułatwienia wymiany informacji na temat ram polityki oraz stosowanych dobrych praktyk, a także wspierania tych państw w opracowywaniu i wdrażaniu krajowych strategii, planów i programów w zakresie demencji;
 39. ROZWIJAŁA stałą współpracę z WHO i OECD w dziedzinie demencji, w ścisłej koordynacji z państwami członkowskimi.
-

KOMISJA EUROPEJSKA

Kursy walutowe euro ⁽¹⁾

15 grudnia 2015 r.

(2015/C 418/05)

1 euro =

Waluta			Kurs wymiany		
USD	Dolar amerykański	1,0990	CAD	Dolar kanadyjski	1,5069
JPY	Jen	132,97	HKD	Dolar Hongkongu	8,5173
DKK	Korona duńska	7,4614	NZD	Dolar nowozelandzki	1,6186
GBP	Funt szterling	0,72520	SGD	Dolar singapurski	1,5457
SEK	Korona szwedzka	9,2883	KRW	Won	1 292,34
CHF	Frank szwajcarski	1,0831	ZAR	Rand	16,4213
ISK	Korona islandzka		CNY	Yuan renminbi	7,1017
NOK	Korona norweska	9,4945	HRK	Kuna chorwacka	7,6390
BGN	Lew	1,9558	IDR	Rupia indonezyjska	15 423,14
CZK	Korona czeska	27,022	MYR	Ringgit malezyjski	4,7295
HUF	Forint węgierski	316,50	PHP	Peso filipińskie	52,057
PLN	Złoty polski	4,3537	RUB	Rubel rosyjski	77,4920
RON	Lej rumuński	4,4960	THB	Bat tajlandzki	39,427
TRY	Lir turecki	3,2573	BRL	Real	4,2609
AUD	Dolar australijski	1,5200	MXN	Peso meksykańskie	18,9649
			INR	Rupia indyjska	73,5161

⁽¹⁾ Źródło: referencyjny kurs wymiany walut opublikowany przez EBC.

Zawiadomienie Komisji w sprawie bieżących stóp procentowych od zwracanej pomocy państwa oraz stóp referencyjnych/dyskontowych obowiązujących 28 państw członkowskich od dnia 1 stycznia 2016 r.

(Opublikowano zgodnie z art. 10 rozporządzenia Komisji (WE) 794/2004 z dnia 21 kwietnia 2004 r. (Dz.U. L 140 z 30.4.2004, s. 1))

(2015/C 418/06)

Stopy bazowe obliczone zgodnie z Komunikatem Komisji w sprawie zmiany metody ustalania stóp referencyjnych i dyskontowych (Dz.U. C 14 z 19.1.2008, s. 6). W zależności od zastosowania stopy referencyjnej nadal należy dodawać odpowiednie marże, tak jak określono w komunikacie. W przypadku stosowania stopy referencyjnej jako stopy dyskontowej oznacza to, że do stopy bazowej należy dodać marżę 100 punktów bazowych. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 271/2008 z dnia 30 stycznia 2008 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 794/2004 przewiduje, że, o ile nie przewidziano inaczej w odrębnej decyzji, także stopę od zwracanej pomocy oblicza się, dodając 100 punktów bazowych do stopy bazowej.

Zmienione stopy zaznaczono pogrubioną czcionką.

Poprzednia tabela została opublikowana w Dz.U. C 333 z 9.10.2015, s. 3.

Od	Do	AT	BE	BG	CY	CZ	DE	DK	EE	EL	ES	FI	FR	HR	HU	IE	IT	LT	LU	LV	MT	NL	PL	PT	RO	SE	SI	SK	UK
1.1.2016	...	0,12	0,12	1,63	0,12	0,46	0,12	0,36	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	1,92	1,37	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	1,83	0,12	1,65	-0,22	0,12	0,12	1,04

INFORMACJE PAŃSTW CZŁONKOWSKICH

Informacje o zamknięciu łowisk przekazane przez państwa członkowskie

(2015/C 418/07)

Zgodnie z art. 35 ust. 3 rozporządzenia Rady (WE) nr 1224/2009 z dnia 20 listopada 2009 r. ustanawiającego wspólnotowy system kontroli w celu zapewnienia przestrzegania przepisów wspólnej polityki rybołówstwa podjęto decyzję o zamknięciu łowiska ⁽¹⁾, jak określono w tabeli poniżej:

Data i godzina zamknięcia łowiska	3.12.2015
Czas trwania	3.12.2015–31.12.2015
Państwo członkowskie	Hiszpania
Stado lub grupa stad	GHL/N3LMNO
Gatunek	Halibut niebieski (<i>Reinhardtius hippoglossoides</i>)
Obszar	NAFO 3LMNO
Rodzaj(-e) statków rybackich	—
Numer referencyjny	67/TQ104

⁽¹⁾ Dz.U. L 343 z 22.12.2009, s. 1.

Ogłoszenie Komisji zgodnie z art. 16 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1008/2008 w sprawie wspólnych zasad wykonywania przewozów lotniczych na terenie Wspólnoty

Obowiązek użyteczności publicznej w zakresie wykonywania regularnych przewozów lotniczych
(2015/C 418/08)

Państwo członkowskie	Hiszpania
Trasy	Gran Canaria - Tenerife Sur Gran Canaria - El Hierro Tenerife Norte - La Gomera Gran Canaria - La Gomera
Termin wznowienia obsługi tras objętych obowiązkiem użyteczności publicznej dla wspólnotowych przewoźników lotniczych	1.8.2016
Adres, pod którym bezpłatnie udostępnia się tekst oraz wszelkie inne informacje lub dokumentację dotyczącą obowiązku użyteczności publicznej	Ministerio de Fomento Dirección General de Aviación Civil Subdirección General de Transporte Aéreo Paseo de la Castellana 67 28071 Madrid ESPAÑA Tel. +34 915977505 Faks +34 915978643 E-mail: osp.dgac@fomento.es

Trasy objęte obowiązkiem użyteczności publicznej mogą być obsługiwane na zasadzie dostępu w ramach wolnej konkurencji, począwszy od dnia 1 sierpnia 2016 r. Jeżeli w terminie 15 dni kalendarzowych od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej* żaden przewoźnik lotniczy nie przedstawi programu przewozów zgodnego z nałożonym obowiązkiem użyteczności publicznej, dostęp zostanie ograniczony do jednego przewoźnika lotniczego poprzez odpowiednią procedurę przetargową, zgodnie z art. 16 ust. 9 rozporządzenia (WE) nr 1008/2008.

V

(Ogłoszenia)

POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ POLITYKI KONKURENCJI

KOMISJA EUROPEJSKA

Zgłoszenie zamiaru koncentracji

(Sprawa M.7793 – Lone Star Fund IX/MRH)

Sprawa, która może kwalifikować się do rozpatrzenia w ramach procedury uproszczonej

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(2015/C 418/09)

1. W dniu 8 grudnia 2015 r., zgodnie z art. 4 rozporządzenia Rady (WE) nr 139/2004 ⁽¹⁾, Komisja otrzymała zgłoszenie planowanej koncentracji, w wyniku której przedsiębiorstwo Lone Star Fund IX (Stany Zjednoczone), należące do grupy Lone Star („Lone Star”, Stany Zjednoczone) przejmie, w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. b) rozporządzenia w sprawie kontroli łączenia przedsiębiorstw, wyłączną kontrolę nad całym przedsiębiorstwem MRH (GB) Limited („MRH”, Zjednoczone Królestwo), w drodze zakupu udziałów.
2. Przedmiotem działalności gospodarczej przedsiębiorstw biorących udział w koncentracji jest:
 - Lone Star jest grupą funduszy *private equity*, która inwestuje w nieruchomości, udziały kapitałowe, kredyty i inne aktywa finansowe,
 - MRH jest właścicielem i przedsiębiorstwem eksploatującym detaliczne stacje paliw silnikowych w Zjednoczonym Królestwie i na Wyspach Normandzkich.
3. Po wstępnej analizie Komisja uznała, że zgłoszona transakcja może wchodzić w zakres rozporządzenia w sprawie kontroli łączenia przedsiębiorstw. Jednocześnie Komisja zastrzega sobie prawo do podjęcia ostatecznej decyzji w tej kwestii. Należy zauważyć, iż zgodnie z zawiadomieniem Komisji w sprawie uproszczonej procedury rozpatrywania niektórych koncentracji na podstawie rozporządzenia Rady (WE) nr 139/2004 ⁽²⁾ sprawa ta może kwalifikować się do rozpatrzenia w ramach procedury określonej w tym zawiadomieniu.
4. Komisja zwraca się do zainteresowanych osób trzecich o zgłaszanie ewentualnych uwag na temat planowanej koncentracji.

Komisja musi otrzymać takie uwagi w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od daty niniejszej publikacji. Można je przysłać do Komisji faksem (+32 22964301), pocztą elektroniczną na adres: COMP-MERGER-REGISTRY@ec.europa.eu lub listownie, podając numer referencyjny: M.7793 – Lone Star Fund IX/MRH, na poniższy adres:

European Commission
Directorate-General for Competition
Merger Registry
1049 Bruxelles/Brussel
BELGIQUE/BELGIË

⁽¹⁾ Dz.U. L 24 z 29.1.2004, s. 1 (rozporządzenie w sprawie kontroli łączenia przedsiębiorstw).

⁽²⁾ Dz.U. C 366 z 14.12.2013, s. 5.

ISSN 1977-1002 (wydanie elektroniczne)
ISSN 1725-5228 (wydanie papierowe)



Urząd Publikacji Unii Europejskiej
2985 Luksemburg
LUKSEMBURG

PL