

Środa, 14 marca 2012 r.

7. przypomina, że ogólny system preferencji taryfowych (GSP) UE – jej główny instrument polityki handlowej służący promowaniu podstawowych norm pracy – jest obecnie poddawany przeglądowi oraz że preferencje w handlu przyznawane krajom-beneficjentom w ramach tego systemu mogą być wycofywane w konkretnych sytuacjach, mianowicie w razie poważnych i systematycznych naruszeń zasad określonych w szeregu podstawowych konwencji MOP, w tym w konwencjach nr 138 i nr 182;
8. przypomina, że w dniu 15 grudnia 2011 r. Parlament postanowił wycofać swoją zgodę na protokół dotyczący sektora odzieży do umowy o partnerstwie i współpracy między UE a Uzbekistanem z uwagi na zastrzeżenia związane z wykorzystywaniem przymusowej pracy dzieci na polach bawełny w Uzbekistanie oraz zalecił, aby UE rozważyła możliwość tymczasowego wstrzymania przywilejów z tytułu GSP dla Uzbekistanu, jeżeli organy monitorujące z ramienia MOP stwierdzą, że kraj ten poważnie i systematycznie narusza swoje zobowiązania⁽¹⁾;
9. z zadowoleniem przyjmuje wszelkie inicjatywy prowadzone z udziałem licznych zainteresowanych stron, obejmujące rządy, przemysł, producentów i społeczeństwo obywatelskie, mające na celu likwidację pracy dzieci, poprawę warunków życia dzieci i dorosłych na plantacjach kakao oraz zapewnienie odpowiedzialnej uprawy kakao, takie jak niedawna inicjatywa podjęta przez OECD, sekretariat Klubu Sahelu i Afryki Zachodniej, a także międzynarodowa inicjatywa w sprawie kakao zmierzająca do promowania najlepszych praktyk w zakresie walki z najgorszymi formami pracy dzieci na plantacjach kakao w Afryce Zachodniej; zauważa, że inicjatywy te wymagają odpowiednich działań następczych w celu zapewnienia rzeczywistych postępów; wzywa rządy do większego wspierania spółdzielni wiejskich oraz sieci sprawiedliwego handlu w sektorze kakao, tak aby umożliwić im bezpośrednie wysyłanie własnych wyrobów na rynki krajowe i międzynarodowe, przez co unikną oni pośredników i będą mogli otrzymywać sprawiedliwe ceny; wzywa Komisję do wspierania takich działań;
10. popiera cele Protokołu dotyczącego uprawy i przetwarzania ziaren kakaowych i produktów pochodnych w sposób zgodny z Konwencją MOP nr 182 dotyczącą zakazu i natychmiastowych działań na rzecz eliminowania najgorszych form pracy dzieci (tzw. protokołu Harkina-Engela) oraz wzywa do jego pełnego wdrożenia;
11. przypomina, że Europejski Komitet Normalizacyjny (CEN) postanowił ostatnio powołać nowy komitet projektowy w celu opracowania normy europejskiej złożonej z dwóch części, dotyczących identyfikowalności i zrównoważonego rozwoju w sektorze produkcji kakao; wzywa Komisję do rozważenia i w stosownym przypadku przedstawienia wniosku ustawodawczego dotyczącego skutecznego mechanizmu identyfikowalności towarów produkowanych przy wykorzystaniu przymusowej pracy dzieci; wzywa strony międzynarodowego porozumienia w sprawie kakao, aby wspierały udoskonalenia w łańcucha dostaw i poprawę organizacji pracy na plantacjach w celu umożliwienia śledzenia całego łańcucha dostaw w sektorze produkcji kakao;
12. wzywa strony międzynarodowego porozumienia w sprawie kakao do rozważenia możliwości wprowadzenia systemu śledzenia łańcucha dostaw kakao pod kontrolą akredytowanych strony trzecich;
13. wzywa Komisję, MOP-Międzynarodowy Program na rzecz Eliminacji Pracy Dzieci oraz innych partnerów do dalszych wysiłków na rzecz lepszego zrozumienia złożonych kwestii gospodarczych, społecznych i kulturowych w społecznościach rolniczych;
14. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, UNICEF, współprzewodniczącym Zgromadzenia Parlamentarnego AKP-UE, Unii Afrykańskiej oraz Międzynarodowej Organizacji Pracy.

(1) Teksty przyjęte, P7_TA(2011)0586.

Zwalczanie epidemii cukrzycy w UE

P7_TA(2012)0082

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie działania w walce z epidemią cukrzycy w UE (2011/2911 (RSP))

(2013/C 251 E/09)

Parlament Europejski,

— uwzględniając art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

Środa, 14 marca 2012 r.

- uwzględniając deklarację z St Vincent w sprawie opieki i badań diabetologicznych w Europie, którą przyjęto na pierwszym posiedzeniu w ramach programu działań w sprawie cukrzycy zgodnie z deklaracją z St Vincent, jakie odbyło się w St Vincent w dniach 10-12 października 1989 r. ⁽¹⁾,
- uwzględniając utworzenie przez Komisję w dniu 15 marca 2005 r. Platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia ⁽²⁾,
- uwzględniając zieloną księgę Komisji z dnia 8 grudnia 2005 r. pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”, która opisuje czynniki zdrowotne sprzyjające występowaniu cukrzycy typu 2 (COM(2005)0637),
- uwzględniając konkluzje ze zorganizowanej przez austriacką prezydentkę konferencji pt. „Zapobieganie cukrzycy typu 2”, która odbyła się w dniach 15 i 16 lutego 2006 r. w Wiedniu ⁽³⁾,
- uwzględniając swoje oświadczenie z dnia 27 kwietnia 2006 r. w sprawie cukrzycy ⁽⁴⁾,
- uwzględniając konkluzje Rady w sprawie promowania zdrowego trybu życia oraz zapobiegania cukrzycy typu 2 ⁽⁵⁾,
- uwzględniając rezolucję Biura Regionalnego WHO dla Europy z dnia 11 września 2006 r. pt. „Zapobieganie chorobom niezakaźnym i ich zwalczanie w regionie europejskim WHO” ⁽⁶⁾,
- uwzględniając rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 61/225 z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie Światowego Dnia Walki z Cukrzycą,
- uwzględniając decyzję nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającą drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013 ⁽⁷⁾ oraz późniejszą decyzję Komisji z dnia 22 lutego 2011 r. dotyczącą przyjęcia decyzji w sprawie finansowania na rok 2011 w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013 oraz kryteriów wyboru, przyznawania finansowania oraz innych kryteriów finansowego wsparcia działań w ramach tego programu ⁽⁸⁾,
- uwzględniając białą księgę Komisji z dnia 23 października 2007 r. pt. „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013” (COM(2007)0630),
- uwzględniając siódmy program ramowy w zakresie badań (2007-2013) ⁽⁹⁾ oraz program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji (COM(2011)0808),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 20 października 2009 r. pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszenie nierówności zdrowotnych w UE” (COM(2009)0567),
- uwzględniając rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 64/265 z dnia 13 maja 2010 r. w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania,

⁽¹⁾ <http://www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/SVD%201989.pdf>

⁽²⁾ http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform/index_en.htm

⁽³⁾ http://www.mspes.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/opsc_est9.pdf

⁽⁴⁾ Dz.U. C 296 E z 6.12.2006, s. 273.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 147 z 23.6.2006, s. 1.

⁽⁶⁾ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/77575/RC56_eres02.pdf

⁽⁷⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

⁽⁸⁾ Dz.U. C 69 z 3.3.2011, s. 1.

⁽⁹⁾ Dz.U. L 412 z 30.12.2006, s. 1.

Środa, 14 marca 2012 r.

- uwzględniając główne wyniki i zalecenia projektu siódmego programu ramowego Zdrowie - 200701 zawarte w sprawozdaniu „DIAMAP – Mapa drogowa w dziedzinie badań naukowych związanych z cukrzycą w Europie” ⁽¹⁾,
 - uwzględniając komunikat Komisji z dnia 6 października 2010 r. pt. „Projekt przewodni strategii Europa 2020 – Unia innowacji” (COM(2010)0546) oraz pilotażowe partnerstwo na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się,
 - uwzględniając konkluzje Rady z dnia 7 grudnia 2010 r. pt. „Innowacyjne podejścia do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej”,
 - uwzględniając rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 65/238 z dnia 24 grudnia 2010 r. w sprawie zakresu, procedur, formy i organizacji posiedzenia wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego na temat zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania,
 - uwzględniając deklarację moskiewską w sprawie zdrowego trybu życia i zwalczania chorób niezakaźnych, przyjętą na pierwszej światowej konferencji ministerialnej ONZ, która odbyła się w Moskwie w dniach 28-29 kwietnia 2011 r. ⁽²⁾,
 - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 września 2011 r. w sprawie stanowiska i zobowiązań Unii Europejskiej przed posiedzeniem wysokiego szczebla ONZ w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania ⁽³⁾,
 - uwzględniając art. 110 ust. 4 Regulaminu,
- A. mając na uwadze, że cukrzyca jest jedną z najbardziej powszechnych chorób niezakaźnych i szacuje się, że dotyka ponad 32 mln obywateli UE, co stanowi blisko 10% całkowitej liczby ludności UE, zaś dodatkowe 32 mln obywateli cierpi zaburzenia tolerancji glukozy, co wiąże się z bardzo wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę ⁽⁴⁾;
- B. mając na uwadze, że liczba osób chorych na cukrzycę w Europie wzrośnie prawdopodobnie do 2030 r. o 16,6% w wyniku epidemii otyłości, starzenia się europejskiego społeczeństwa i innych nieokreślonych jeszcze czynników;
- C. mając na uwadze, że cukrzyca typu 2 skraca średnią długość życia o 5-10 lat ⁽⁵⁾, a cukrzyca typu 1 o około 20 lat ⁽⁶⁾, oraz mając na uwadze, że w UE 325 tys. zgonów rocznie spowodowanych jest cukrzycą ⁽⁷⁾, tj. co dwie minuty na cukrzycę umiera jeden obywatel UE;
- D. mając na uwadze, że zredukowanie znanych czynników ryzyka, zwłaszcza niezdrowych nawyków, jest coraz powszechniej uznawane za główną strategię prewencyjną, dzięki której możliwe jest zmniejszenie częstości występowania cukrzycy typu 1 i 2, zachorowalności i komplikacji związanych tą chorobą;
- E. mając na uwadze, że ciągle istnieje potrzeba określenia czynników ryzyka cukrzycy typu 1, przy czym prowadzone są nadal badania nad predyspozycjami genetycznymi, a do zachorowań na cukrzycę typu 1 dochodzi u coraz młodszych osób;
- F. mając na uwadze, że cukrzyca typu 2 jest chorobą, której można zapobiegać oraz której czynniki ryzyka – takie jak uboga i niezbilansowana dieta, otyłość, brak aktywności fizycznej i spożycie alkoholu – zostały w sposób jasny określone i mogą zostać ograniczone dzięki skutecznym strategiom prewencyjnym;

⁽¹⁾ <http://www.diamap.eu/report/DIAMAP-Road-Map-Report-Sept2010.pdf>

⁽²⁾ http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf

⁽³⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2011)0390.

⁽⁴⁾ Międzynarodowa Federacja Diabetyków. IDF Diabetes Atlas, wyd. 4, 2009. <http://www.diabetesatlas.org/downloads>

⁽⁵⁾ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98391/RC56_eres02.pdf

⁽⁶⁾ http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/Diabetes_in_the_UK_2010.pdf

⁽⁷⁾ Międzynarodowa Federacja Diabetyków. IDF Diabetes Atlas, wyd. 3, Bruksela, 2006 [http://www.diabetesatlas.org/sites/default/files/IDF%20Diabetes%20Atlas-2007%20\(3rd%20edition\).pdf](http://www.diabetesatlas.org/sites/default/files/IDF%20Diabetes%20Atlas-2007%20(3rd%20edition).pdf)

Środa, 14 marca 2012 r.

- G. mając na uwadze, że cukrzyca jest obecnie chorobą nieuleczalną;
- H. mając na uwadze, że powikłaniem cukrzycy typu 2 można zapobiegać dzięki promocji zdrowego trybu życia i wczesnej diagnostyce, mając jednak na uwadze, że choroba ta jest diagnozowana często zbyt późno i nawet 50% wszystkich cierpiących obecnie na cukrzycę nie jest świadomych tej choroby ⁽¹⁾;
- I. mając na uwadze, że do 75% wszystkich osób cierpiących na cukrzycę nie kontroluje dobrze swojego stanu zdrowia, co prowadzi do wzrostu ryzyka powikłań, spadku wydajności i kosztów dla społeczeństwa ⁽²⁾, jak wykazano w niedawnym badaniu ⁽³⁾;
- J. mając na uwadze, że w większości państw członkowskich cukrzyca jest przyczyną ponad 10% wydatków w służbie zdrowia, a wskaźnik ten niekiedy osiąga 18,5% ⁽⁴⁾, natomiast ogólne koszty opieki zdrowotnej nad obywatelami UE chorymi na cukrzycę wynoszą średnio 2 100 EUR rocznie na jednego chorego ⁽⁵⁾, oraz mając na uwadze, że koszty te w sposób nieunikniony wzrosną w związku z rosnącą liczbą zachorowań na cukrzycę, starzeniem się społeczeństwa i związanym z tym wzrostem współwystępowania procesów chorobowych;
- K. mając na uwadze, że cukrzyca, gdy jest źle leczona lub zdiagnozowana zbyt późno, jest główną przyczyną zawałów mięśnia sercowego, udarów, ślepoty, amputacji, a także niewydolności nerek;
- L. mając na uwadze, że upowszechnianie zdrowego trybu życia i zajęcie się czterema głównymi czynnikami warunkującymi stan zdrowia (palenie tytoniu, niewłaściwy sposób odżywiania, brak aktywności fizycznej i spożywanie alkoholu) we wszystkich obszarach polityki może w znacznym stopniu przyczynić się do zapobiegania cukrzycy, jej powikłaniom oraz powodowanym przez nią kosztom gospodarczym i społecznym;
- M. mając na uwadze, że osoby chore na cukrzycę muszą w 95% same zapewniać sobie opiekę ⁽⁶⁾ oraz że wynikające z cukrzycy trudności, z jakimi zmagają się chorzy i ich rodziny, są nie tylko natury finansowej, ale również psycho-społecznej oraz wiążą się z gorszą jakością życia;
- N. mając na uwadze, że tylko 16 z 27 państw członkowskich opracowało krajowe ramy lub program przeciwdziałania cukrzycy, że brakuje jasnej wizji tego, czym powinien cechować się dobry program lub które kraje stosują najlepsze wzorce ⁽⁷⁾, oraz że w jakości leczenia cukrzycy w UE występują znaczne różnice i nierówności;
- O. mając na uwadze, brak jest prawnych ram unijnych dotyczących dyskryminacji ludzi cierpiących na cukrzycę lub inne choroby przewlekłe, zaś w całej UE wciąż rozpowszechnione są stereotypy w stosunku do chorych w szkole, przy zatrudnieniu, w miejscu pracy, polityce ubezpieczeń czy przy egzaminach na prawo jazdy;
- P. mając na uwadze, że brakuje środków finansowych i infrastruktury służących koordynacji badań nad cukrzycą w UE, co wywiera negatywny wpływ na konkurencyjność unijnych badań nad cukrzycą i utrudnia osobom cierpiącym na cukrzycę pełne korzystanie z osiągnięć badawczych w Europie;
- Q. mając na uwadze, że obecnie nie ma europejskiej strategii przeciwdziałania cukrzycy mimo konkluzji austriackiej prezydencji w Radzie w sprawie propagowania zdrowego trybu życia oraz zapobiegania cukrzycy typu 2 ⁽⁸⁾, obszernej listy rezolucji ONZ oraz pismemnego oświadczenia Parlamentu Europejskiego w sprawie cukrzycy;

⁽¹⁾ Diabetes – The Policy Puzzle: towards benchmarking in the EU 25 (2005) International Diabetes Federation, 2006, <http://www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/DiabetesReport2005.pdf>

⁽²⁾ Diabetes – The Policy Puzzle: towards benchmarking in the EU 25 (2005) International Diabetes Federation, 2006, <http://www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/DiabetesReport2005.pdf>

⁽³⁾ Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, 2012 <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/LSEHealth/MTRG/LSEDiabetesReport26Jan2012.pdf>

⁽⁴⁾ Diabetes – The Policy Puzzle: towards benchmarking in the EU 27 (2007) <http://www.idf.org/webdata/docs/EU-diabetes-policy-audit-2008.pdf>

⁽⁵⁾ Międzynarodowa Federacja Diabetyków. IDF Diabetes Atlas, wyd. 4, Bruksela, Belgia, 2009 r. <http://www.diabetesatlas.org/downloads>

⁽⁶⁾ <http://www.worlddiabetesday.org/media/press-materials/press-releases/idf-launches-world-diabetes-day-2010-campaign>

⁽⁷⁾ Diabetes – The Policy Puzzle: towards benchmarking in the EU 27 (2007) <http://www.idf.org/webdata/docs/EU-diabetes-policy-audit-2008.pdf>

⁽⁸⁾ Dz.U. C 147 z 23.6.2006, s. 1.

Środa, 14 marca 2012 r.

1. z zadowoleniem przyjmuje konkluzje Rady z dnia 7 grudnia 2010 r. pt. „Innowacyjne podejścia do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej”⁽¹⁾ oraz jej apel do państw członkowskich i Komisji o zainicjowanie procesu refleksji, który będzie miał na celu określenie możliwości zoptymalizowania reakcji na wyzwania związane z chorobami przewlekłymi;
2. przyjmuje do wiadomości wyżej wymienioną rezolucję z 15 września 2011 r. w sprawie stanowiska i zobowiązań Unii Europejskiej przed posiedzeniem wysokiego szczebla ONZ w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania, która skupia się na cukrzycy jako jednej z czterech najbardziej powszechnych chorób niezakaźnych;
3. wzywa Komisję, aby opracowała i wdrożyła ukierunkowaną strategię UE w sprawie cukrzycy, w formie zalecenia Rady UE dotyczącego zapobiegania, diagnozowania, zarządzania, edukacji i badań w zakresie cukrzycy;
4. wzywa Komisję, żeby opracowała wspólne, znormalizowane kryteria i metody gromadzenia danych o cukrzycy oraz żeby we współpracy z państwami członkowskimi koordynowała, gromadziła, rejestrowała i monitorowała kompleksowe dane epidemiologiczne o cukrzycy i dane gospodarcze o pośrednich i bezpośrednich kosztach zapobiegania cukrzycy i zarządzania tym problemem, a także żeby zarządzała ww. danymi;
5. wzywa państwa członkowskie, żeby opracowały, wdrożyły i monitorowały krajowe programy przeciwdziałania cukrzycy, które będą miały na celu upowszechnianie zdrowego stylu życia, zmniejszenie czynników ryzyka oraz przewidywanie, zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy oraz będą skierowane do społeczeństwa w ogólności, a w szczególności do grup wysokiego ryzyka, a także będą miały na celu zmniejszenie nierówności i optymalizację zasobów opieki zdrowotnej;
6. wzywa państwa członkowskie, żeby wspierały zapobieganie cukrzycy typu 2 i otyłości (poprzez zalecanie, aby od wczesnego wieku poprzez szkolną edukację wdrażano strategię na rzecz zdrowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej) oraz strategię na rzecz zdrowego stylu życia, obejmującą aktywność fizyczną i sposoby odżywiania się; podkreśla w związku z tym konieczność dostosowania strategii politycznych związanych z żywnością do celu, jakim jest promowanie zdrowej diety, umożliwienie konsumentom dokonywania świadomego i zdrowego wyboru oraz wczesne diagnozowanie jako kluczowe dziedziny działania w ich krajowych programach przeciwdziałania cukrzycy;
7. wzywa Komisję, żeby wspierała państwa członkowskie, upowszechniając wymianę najlepszych wzorców w odniesieniu do krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy; podkreśla, że Komisja powinna stale monitorować postępy w zakresie wdrażania przez państwa członkowskie krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy, oraz systematycznie przedstawiać wyniki w formie sprawozdania Komisji;
8. wzywa państwa członkowskie do opracowania programów zarządzania cukrzycą na podstawie najlepszych praktyk oraz wytycznych w zakresie leczenia opartych na wynikach badań naukowych;
9. wzywa państwa członkowskie, aby zapewniały pacjentom korzystającym z podstawowej i specjalistycznej opieki stały dostęp do wysoko wykwalifikowanych interdyscyplinarnych zespołów, metod i technologii służących leczeniu cukrzycy, w tym technologii e-zdrowia, oraz pomagały pacjentom w zdobywaniu i podtrzymywaniu umiejętności i wiedzy umożliwiających kompetentne zajmowanie się własnym zdrowiem przez całe życie;
10. wzywa Komisję i państwa członkowskie do poprawy koordynacji europejskich badań nad cukrzycą w drodze wspierania współpracy między dyscyplinami badawczymi oraz tworzenia ogólnej, wspólnie wykorzystywanej infrastruktury celem ułatwienia europejskich badań nad cukrzycą, w tym w dziedzinie identyfikacji czynników ryzyka i prewencji;
11. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia stałego dopływu funduszy na badania nad cukrzycą w aktualnych i przyszłych unijnych ramowych programach badań, dokonując rozróżnienia między cukrzycą typu 1 i typu 2, gdyż są to dwie różne choroby;
12. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zagwarantowania właściwej i adekwatnej reakcji na rezultaty szczytu ONZ w sprawie chorób niezakaźnych, który odbył się we wrześniu 2011 r.;

(1) http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/118282.pdf

Środa, 14 marca 2012 r.

13. przypomina, że aby osiągnąć cele związane z chorobami niezakaźnymi i stawić czoła wyzwaniom w dziedzinie zdrowia publicznego oraz wyzwaniom społecznym i gospodarczym, UE i jej państwa członkowskie powinny nadal uwzględniać działania prewencyjne i zmierzające do ograniczenia występowania czynników ryzyka we wszystkich odpowiednich aktach ustawodawczych i obszarach polityki, a w szczególności w polityce dotyczącej ochrony środowiska, żywności i ochrony konsumentów;

14. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji oraz parlamentom państw członkowskich.

Sprawozdanie w sprawie rozszerzenia dotyczące Byłej Jugosłowiańskiej Republiki Macedonii

P7_TA(2012)0083

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie sprawozdania dotyczącego postępów byłej jugosłowiańskiej republiki Macedonii w 2011 r. (2011/2887(RSP))

(2013/C 251 E/10)

Parlament Europejski,

- uwzględniając decyzję Rady Europejskiej z dnia 16 grudnia 2005 r. o przyznaniu temu państwu statusu kraju kandydującego do członkostwa w UE oraz uwzględniając konkluzje prezydencji Rady Europejskiej z posiedzeń w dniach 15-16 czerwca 2006 r. i 14-15 grudnia 2006 r.,
- uwzględniając rezolucje Rady Bezpieczeństwa ONZ nr 845(1993) i 817(1993), rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 47/225(1993) oraz umowę przejściową z 1995 r.,
- uwzględniając orzeczenie Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie zastosowania umowy przejściowej z dnia 13 września 1995 r. (była jugosłowiańska republika Macedonii przeciwko Grecji),
- uwzględniając sprawozdanie Komisji dotyczące postępów w 2011 r. (SEC(2011)1203) oraz komunikat Komisji z dnia 12 października 2011 r. pt. „Strategia rozszerzenia i najważniejsze wyzwania na lata 2011-2012” (COM(2011)0666),
- uwzględniając swoje poprzednie rezolucje,
- uwzględniając zalecenia wspólnej komisji parlamentarnej z dnia 4 listopada 2011 r.,
- uwzględniając sprawozdanie końcowe misji obserwacji wyborów OBWE/ODIHR dotyczące przedterminowych wyborów parlamentarnych, które odbyły się dnia 5 czerwca 2011 r.,
- uwzględniając decyzję Rady nr 2008/212/WE z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie zasad, priorytetów i warunków zawartych w Partnerstwie dla członkostwa zawartym z tym krajem,
- uwzględniając wnioski z posiedzeń Rady do Spraw Ogólnych i Rady do Spraw Zagranicznych w dniach 13-14 grudnia 2010 r. oraz 5 grudnia 2011 r.,
- uwzględniając art. 110 ust. 2 Regulaminu,
- A. mając na uwadze, że na posiedzeniu Rady Europejskiej w Salonikach w dniach 19-20 czerwca 2003 r. zobowiązano się do przyjęcia wszystkich państw Bałkanów Zachodnich do Unii Europejskiej i zobowiązanie to powtórzono na posiedzeniu wysokiego szczebla dotyczącym Bałkanów Zachodnich, które odbyło się w Sarajewie w dniu 2 czerwca 2010 r.;