

DIRECTIVA 2003/88/CE UN VIITOR INCERT? STUDIU COMPARATIV

THE DIRECTIVE 2003/88/CE UN UNCERTAIN FUTURE? COMPARATIVE STUDY

Raluca Meda ANTAL
Ioan SUMANDEA SIMIONESCU

Petru Maior University, Targu Mures

Babes Bolyai University, Cluj Napoca

Abstract: *Articolul de față vizează analiza protecția sănătății fizice și mentale a lucrătorilor din perspectiva Directivei 2003/88/CE privind anumite aspecte ale organizării timpului de lucru, analizând comparativ implementarea normelor în Marea Britanie, România și Franța, integrând acest studiu de caz în contextul politici comunitare de sănătate. Urmând tiparele de implementare, analiza merge mai departe în a încerca să stabilească care au fost elementele care au dus la implementare diferențiată. În final se va prezenta răspunsul european la normele Directivei încercând să se determine posibilul viitor al acesteia.*

Cuvinte cheie: directiva, politici de sănătate, implementare

Clasificare JEL:

Abstract: *This paper analysis the protection of the physical and mental health of workers through the Directive 2003/88/EC (Working Time Directive), analyzing comparative implementation of rules in the UK, Romania and France, incorporating case study in the context of European health policies. Following deployment patterns, the analysis goes further in trying to establish which were the elements that led to differential implementation. Finally we will present the European response to the rules of Directive trying to determine its possible future.*

Keywords: directive, health policy, implementation

JEL Classification:

1 INTRODUCERE

Politica comunitară de sănătate este un domeniu vast care necesită o analiză a diferitelor mecanisme

1 INTRODUCTION

Community health policy is a vast field that requires a review of various mechanisms and actors

și a actorilor care operează în interiorul ei. Această analiză vizează protecția sănătății fizice și mentale a lucrătorilor din perspectiva *Directivei 2003/88/CE privind anumite aspecte ale organizării timpului de lucru (numită în continuare Directiva)*, analizând comparativ implementarea normelor în Marea Britanie, România și Franța, integrând acest studiu de caz în contextul politici comunitare de sănătate.

Deși art. 152 din Tratatul de la Roma specifică clar că domeniul sănătății intră sub competența statelor membre, trebuie subliniat faptul că politicile de sănătate naționale nu sunt atât de ferite de influența europeană pe cât se credea, întrucât Curtea de Justiție a Uniunii Europene (CJUE), organ supranațional prin însăși natura lui, prin hotărâri ca *Kohll* și *Decker* a deschis calea către influența sporită a Uniunii Europene în domeniul sănătății [1].

Uniunea Europeană nu are competență în domeniul sănătății. Totuși ea reglementează interacțiunile dintre diferitele state, dintre cetățeni și servicii. Mai mult, de la Tratatul de la Maastricht din 1992, art. 3 alin. 1 din Tratatul CE spune că UE trebuie să contribuie la un grad înalt de protecție a sănătății cetățenilor ei. În acest fel poate fi prezentat în mod clar "asimetria constituțională" a Uniunii Europene, având scop promovarea atât a eficienței pieței cât și protecția socială, având însă competențe numai în primul domeniu. Deși solidaritatea a rămas la nivel național, există în mod clar elemente care pot necesita o aplicare uniformă, cum este și situația Directivei privind

operating within it. This analysis aimed at protecting the physical and mental health workers through the terms of the Directive 2003/88/EC - the Working Time Directive (hereinafter the Directive), comparative analysis of the implementation rules in the UK, Romania and France, incorporating the case study in the context of the European health policies.

Although art. 152 of the Treaty of Rome clearly indicates that health falls within the competence of Member States, it should be noted that national health policies are not as free from European influence as it was believed, as the Court of Justice of the European Union (CJEU), supranational body by its very nature, through the *Kohll* and *Decker* cases, paved the way for greater EU influence in health [1].

EU has no competence in health. However it regulates interactions between different states, between citizens and services. Moreover, through the changes brought by the Maastricht Treaty 1992, art. 3(1) of the EC Treaty now states that the EU should contribute to a high degree of protection of its citizens. Here the "constitutional asymmetry" of the European Union is clear, with the aim to promote market efficiency and social protection, but having competence only in the first field. Although solidarity remained at national level, there clearly are elements that require a uniform implementation, as is the case for Directive on Working Time, focusing on effective protection of workers' health. The only way this can be accomplished is through the uniform and

orele de muncă, vizând în special o protecție reală a sănătății lucrătorilor. Ori singurul mod în care acest scop poate fi realizat este prin aplicarea uniformă și imperativă a protecției [2].

Disonanța este exacerbată de caracterul regulator, supranațional al Comisiei și încercările statelor membre de a stabili propriile lor politici sociale. Politica de sănătate a cunoscut un rol secundar, intrând în atenția UE prin intermediul politicilor economice.

Problemele principale pe care le are orice politică comunitară privind sănătatea este că, în primul rând, statele membre au un specific cultural inclusiv în gândirea sănătății. Aceste, după cum vom vedea, este motivul pentru care dispozițiile Directivei au fost aplicate strict în Franța și extrem de flexibil, negând aproape efectul lor în Marea Britanie. Relațiile dintre angajați, angajatori, sindicate și guvern trebuie înțelese. De aceea specificul cultural, economic și social este necesar a fi prezentat pentru a înțelege succesul sau nereușita Directivei.

De asemenea statele membre au un tipar de gândire a sistemelor de sănătate care este implementat prin însăși evoluția statului. În acest sens nu trebuie subestimată capacitatea statelor membre de a se lupta pentru menținerea acestei abordări. Practic opoziția adusă de Marea Britanie a fost principala cauză pentru care normele Directivei sunt atât de permissive, arătând de altfel și caracterul interguvernamental al Consiliului [3].

Există trei tipuri de politici adoptate de UE: politici de "market-building" care doresc

imperative protection [2].

The dissonance is exacerbated by regulatory supranational nature of the Commission and the Member States' attempts to establish their own social policies. Health policy underwent a secondary role, getting the attention of the EU through economic policies.

The main problems that all European policies on health have are that, firstly, the Member States have specific cultural backgrounds including health and safety patterns. These national trends, as we shall see, are why the Directive have been enforced strictly in France and extremely flexible, almost negating their effect, in the UK. Relationships between employees, employers, unions and government must be understood. Therefore the cultural, economic and social needs to be given to understanding the success or failure of the Directive.

Member States also have a pattern of creating health systems implemented by the state itself. Thusly Member States should not be underestimated in their the ability to fight to maintain their chosen approach. Opposition brought by the United Kingdom was the main reason the rules of the Directive have no bite, proving, among other things, the intergovernmental nature of Council [3].

There are three types of policies adopted by the EU: policy of "market-building" seeking liberalization and thus pushing towards regulation, basically reflecting the increased role of the european institutions. These policies are normally

liberalizarea și presupun reglementare, reflectând practic rolul sporit al instituțiilor. Aceste politici sunt folosite în mod normal în domenii ca piața internă, comerț, concurență etc.; politici de "market-correction" care doresc protejarea cetățenilor și tind să redistribuie în loc de a reglementa, de exemplu în domeniul politicilor agricole comunitare; politici de "market-cushioning" care deși regulatorii, doresc să aplaneze anumite efecte ale activităților economice, cum există în domeniul politicilor de mediu [4].

Această analiză pornește de la politica de "market building" pe care o adoptă UE în domeniul sănătății prin emitere Directivei anterior menționate. O plecare clară de la ideea de *soft law*, Directiva impune imperativ anumite reguli statelor membre. Normele care dorește să le impună Directiva vizează în mod real protecția uniformă și conformă a tuturor cetățenilor europeni. Nereușita ei derivă în special din permisivitatea normelor ei, derogările fiind prea numeroase pentru ca efectele ei să fie simțite uniform în Uniunea Europeană.

Munca instituțiilor care relevă caracterul supranațional este evident în acest gen de politică, lucru clar subliniat de numeroasele intervenții ale Comisiei Europene și a CJUE. De menționat este faptul că, prin jurisprudența ei, Curtea de Justiție Europeană a aplicat în paralel o politică de "market-cushioning" prin hotărâri ca *Stringer*.

Istoria Directivei și a implementării ei în forma actuală este una complicată. Guvernul britanic conservator s-a luptat împotriva acestor acestei directive și reușita lui s-a manifestat în

used in areas such as domestic trade, competition etc.; policy of "market-correction" who want to protect citizens and tend to redistribute instead of regulating, for example agricultural policy community, and lastly, policy of "market-cushioning" that although regulating, seeks to diminish the impacts of certain economic activities, e.g. environment policies [4].

This analysis is based on the policy of "market building", which was implemented by the EU in regard to the Directive. A clear departure from the idea of soft law, the Directive requires Member States to certain rules imperative. The rules of the Directive strives to achieve uniform and consistent protection to all european citizens. Her failure derives mainly from its derogation rules, allowing too many exemptions for its effects to be felt uniformly across the EU.

The work of the supranational institutions is clear-cut in this kind of policy, as we have numerous interventions of the European Commission and the ECJ. It is worth mentioning that in this case, the European Court applied the same policy of "market-cushioning" through cases like *Stringer*.

The history of the Directive and its implementation in its current form is complicated. The Tory British Government fought amply against its implementation and achieved true success when the final draft of the Directive had states very moderate and flexible rules of health protection [5]. It was rightly considered that England's victory against the Directive was won long before the

versiunea mult mai temperată și flexibilă a normelor impuse de Directivă [5]. În mod corect se poate considera că victoria Angliei împotriva Directivei a fost câștigată cu mult înainte ca aceasta să fie implementată. Prezența multiplelor derogări, după cum vom vedea, a permis eludarea aproape completă a normelor în situații practice.

Deși era deja într-o formă foarte flexibilă, Guvernul britanic tot nu a putut să accepte această Directivă care din motive cele vom vedea mai jos nu era compatibilă social, economic sau cultural cu sistemul britanic.

Însă celelalte state membre de sorginte continentală au decis adoptarea acestei reglementări prin art. 137 (anterior art. 118a, art. 153(2) din TFUE) al Tratatului de la Roma care permite adoptarea de măsuri privind sănătate și siguranță prin majoritate calificată, aici manifestându-se caracterul supranațional al Consiliului (*Ian Smith, 2010*). Astfel Marea Britanie nu a avut altă soluție decât să accepte prezența Directivei în acest domeniu. Desigur, fiind o țară cu tradiție în inițiere de litigii, a introdus o acțiune la Curtea de Justiție Europeană, considerând că scopul Directivei nu erau unul de protecție a sănătății și siguranței cetățeniilor UE (*Malcom Sargent, 2008*). CJUE a abordat o gândire mai largă a conceptului de sănătate și siguranță, considerând că însăși (fostul) art. 118a vorbește de “îmbunătățirea, în special, a mediului de muncă, pentru a proteja sănătatea și securitatea lucrătorilor”, mergând pe această abordare de welfare, toate dispozițiile Directivei (în afară de

Directive was implemented. The presence of multiple derogations from the rules, as we shall see, has allowed almost complete circumvention of the purpose of the European act in real life.

Although it was already in a very flexible form, Conservative British Government could not accept the Directive, considering it not compatible social, economic and cultural with the British health policy mentality.

However, other continental Member States have decided to adopt the Directive using art. 137 (formerly Art. 118, art. 153 (2) TFEU) of the Treaty of Rome which enables the adoption of health and safety measures by qualified majority, a clear manifestation of the supranational character of the Council (*Ian Smith, 2010*). Thus Britain had no choice but to accept this Directive in this area. Of course, being a country with a tradition of litigation, the UK appealed to the European Court of Justice, considering that the purpose of Directive were not one of health and safety of the EU nationalities (*Malcom Sargent, 2008*). ECJ addressed the broader thinking of the concept of health and safety, considering that even the (former) art. 118 speaks of "improvement, especially in the working environment, in order to protect the health and safety of workers". Based on this approach, all the provisions of the Directive (except minor regarding Sunday recognized as a rest day) were deemed legal and appropriate.

una minoră privind ziua de duminică recunoscută ca zi de odihnă în mod normal) au fost considerate legale și oportune.

2 IMPLEMENTAREA DIRECTIVEI LA NIVELUL ROMÂNIEI, ANGLIEI ȘI FRANȚEI

Regulamentele Working Time (WTR), actele normative care au aplicat Directiva 2003/88/CE privind anumite aspecte ale organizării timpului de lucru (Directiva) în Marea Britanie, au intra în vigoare în data de 1 Octombrie 1998, aplicând limite sau beneficii sociale în patru arii principale: numărul de ore de munca în timpul săptămânale, munca pe timp de noapte, timpul de pauză și concediul anual.

Fiind obligați la implementarea acestor măsuri prin adoptarea Directivei prin majoritate calificată de către celelalte state membre, protestul britanic a părăsit abordarea directă aplicată până în acest moment, mergând spre atacul acestei directive în momentul implementării ei, după cum vom arăta. Acest lucru s-a manifestat într-o implementare flexibilă a Directivei profitând de toate derogările prezente în ea și de ambiguitatea anumitor norme.

În cazul României și al Franței, trebuie menționat că ele urmăresc exact același tipar de aplicare a Directivei. Mai mult cultura din dreptul muncii și felul de implementare a acestor măsuri de protecție este similar [7]. În România, Directiva este transpusă prin diferite articole în Codul Muncii.

2 THE IMPLEMENTATION OF THE DIRECTIVE IN ROMANIA, THE UK AND FRANCE

Working Time Regulations (WTR), the act that applied the Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organization of working time (Directive) in Great Britain, have come into force on October 1, 1998, applying limits or social benefits in four main areas: the number of hours of work during the week, night work, rest breaks and annual leave.

Being forced to implement these measures of the Directive by the qualified majority by the other Member States, UK decided that the best way to attack the Directive was through the way the directive would be implemented, as we will show. This was demonstrated in a flexible implementation of Directive, taking advantage of all derogations and ambiguity present in its rules [7].

Both Romania and France, it must be said, follow exactly the same pattern of application of the Directive. Moreover, the labor culture and implementation of these measures is similar. In Romania, the Directive is implemented through various articles in the Labor Code.

In France we can find probably the best example of a system which clearly creates enacts the rules of the Directive, applying regulations even beyond the limits imposed by Directive. Although each element of the Directive has been

În Franța probabil se poate găsi cel mai bun exemplu de sistem care impune în mod clar normele directivei, aplicând peste limitele impuse de Directivă, reguli stricte în privința timpului de muncă. Deși fiecare element al Directivei a fost implementat în mare fără derogării, problema centrală pe care se va analiza problema Franței este regula celor 48 de ore pe săptămână, fiind și reglementarea care ne arată clar intențiile și mentalitatea de muncă franceză în legătura cu aceste norme de sănătate [8].

În țările continentale, norme privind orele de muncă au găsit o tradiție clară și constantă (de exemplu Franța) [8]. În Marea Britanie acest lucru nu a existat, în mediul de muncă fiind o politică clară a statului de *lasser-faire*. Constant în critica britanică a acestei Directive este tocmai decizia UE de a impune "implanturi continentale" unui sistem care s-ar putea să nu le accepte totul sub egida sănătății angajaților care în sine, consideră Guvernul englez, nu a fost niciodată amenințată.

Astfel în domeniul medie de 48 de ore de muncă pe săptămână, deși opțională, Marea Britanie a introdus aplicarea pe faze în cazul doctorilor stagiari sau rezidenți, Pentru a se calcula această medie este nevoie de o perioadă de referință care în Marea Britanie e stabilită la 17 săptămâni, iar în alte cazuri speciale ea putând urca la 26 de săptămâni sau chiar la 52 de săptămâni în cazul negocierilor de muncă colective. Ori o perioadă atât de mare de referință permite o mare flexibilitate de calculare a medie, putând astfel duce la abuz [9].

Codului muncii spune că durata maxima

implemented largely without derogation, the central issue that will be analyzed regarding France is the rule of 48 hours work week, considering that this regulation shows the intentions and French work mentality even in relation to health policies [8].

In continental countries, regulations on working time are a clear and consistent tradition (e.g. France) [8]. In the UK this has not been the case, the work environment following a clear pattern of *lasser-faire*. Constant british criticism of this Directive is that, through it, the EU tries to impose "continental implants" under the notion of health protection, even if the health of british employees has not be affected and without considering that the english system might not be ready for such implants.

Thus for the average of 48 hours per week, although optional, the UK introduced a phased application for interns or resident doctors. To calculate this average it takes a reference period that in Britain is set to 17 weeks, and in other special cases it may go up to 26 weeks or even 52 weeks if it relates to collective negotiating. Such a flexible reference period can of course lead to abuse [9].

The Romanian Labor Code says that the maximum legal working time may not exceed 48 hours per week including extra work hours (art. 108-116 Romanian Labour Code). As an exception, working time may be extended beyond 48 hours per week, provided that the average working hours, calculated over a reference period of 3 calendar

legală a timpului de munca nu poate depăși 48 de ore pe săptămână incluzând orele suplimentare (Art. 108-116 din Codul muncii). Prin excepție, durata timpului de munca, poate fi prelungită peste 48 de ore pe săptămână, cu condiția ca media orelor de munca, calculată pe o perioadă de referință de 3 luni calendaristice, să nu depășească 48 de ore pe săptămână.

Codului muncii spune că durata maximă legală a timpului de munca nu poate depăși 48 de ore pe săptămână incluzând orele suplimentare (Art. 108-116 din Codul muncii). Prin excepție, durata timpului de munca, poate fi prelungită peste 48 de ore pe săptămână, cu condiția ca media orelor de munca, calculată pe o perioadă de referință de 3 luni calendaristice, să nu depășească 48 de ore pe săptămână.

În ceea ce privește perioadele de pauză, aplicând Directiva în forma în care ea se află, Marea Britanie a folosit o interpretare a cuvintelor acesteia pentru a aduce și aici o flexibilizare a regulilor. Se specifică în art. 23(a) din Regulament (WTR) că orice lucrător care este solicitat de angajator să lucreze în perioadă de pauză, primește de la angajator zile libere în cuantumul orelor de pauza pierdute.

În schimb în norme pe care Comisia și Consiliul European le-a conceput ca fiind importante pentru politica lor de sănătate comună, cum ar fi regulile privind munca în timpul nopții și concediul plătit, nu a fost posibilă impunerea nici unor derogări, aici fiind clar impunerea unor norme de „hard policy-making”. În ce privește concediul

months, not to exceed 48 hours a week.

Labor Code says that the maximum legal working time may not exceed 48 hours per week including overtime (Article 108-116 of the Romanian Labour Code). As an exception, working time may be extended beyond 48 hours per week, provided that the average working hours, calculated over a reference period of 3 calendar months, not to exceed 48 hours a week.

In regard to rest periods, applying the Directive as it is, Britain used its interpretation of the words to bring in a flexible rules. Art. 23 (a) of Regulation (WTR) states that if any worker is required by the employer to work in the rest period, will receive time off in the amount of lost hours of rest.

In areas which the Commission and the European Council viewed as important for their European health policy, such as rules on night work and paid leave, there are no clear derogations from the rule, thus it can be said that these are rules of "hard policy-making". In regard to paid leave, UK tried to undermine the rule by limiting the group of workers it referred to or time in which it may be requested. These measures come before the ECJ which, continuing the work done by the Council and the Commission, imposed compliance to the actual word of the Directive (*R v Secretary of State for Trade and Industry, ex p BECTU* C-173/99; *HMRC v Stringer* [2009] UKHL 31).

Generally, British employers and employees share the mentality of "long working hours". Hence the large number of derogations in

plătit, s-a încercat fie limitarea grupului de lucrători la care se aplică sau a timpului în care se poate solicita. Aceste situații au ajuns în fața CJUE care, continuând munca făcută de Consiliu și Comisie, a impus Marelui Britanii respectarea normelor Directivei așa cum erau prezente în act (*R v Secretary of State for Trade and Industry, ex p BECTU C-173/99; HMRC v Stringer* [2009] UKHL 31).

În sine, angajați și angajatori împărtășesc cultura „orelor de muncă lungi”. De aici derivă și numărul mare de derogări înregistrat în Marea Britanie, amplu criticat de Comisie. Se consideră că atingerea unui grad mare de satisfacție a clientului și deci profit și salarii mărite pot fi atinse doar prin această metodă. Ori acest trend neagă chiar scopul Directivei, de a proteja sănătatea cetățenilor UE.

Directiva 2003/88/CE identifică drept lucrători de noapte două categorii de salariați: orice salariat care lucrează cel puțin trei ore din programul său zilnic normal pe timp de noapte; orice salariat care poate lucra pe timp de noapte o anumită proporție din timpul său de lucru anual, definit la latitudinea statului respectiv în legislația națională sau în contractele colective de muncă. Aceste prevederi au fost adaptate în legislația românească prin art. 122 alin. 1 ind. 1 din Codul muncii, care arată: “Salariatul de noapte reprezintă, după caz: a) salariatul care efectuează munca de noapte cel puțin 3 ore din timpul sau zilnic de lucru; b) salariatul care efectuează munca de noapte în proporție de cel puțin 30% din timpul sau lunar de lucru”.

the UK legislation, widely criticized by the Commission. It is considered that achieving a high degree of customer satisfaction and therefore increased profits and wages can only be achieved by this method. However this trend denies the purpose of the Directive, to protect the health of EU citizens.

The Directive 2003/88/EC defines night workers in two categories of employees: any employee who works at least three hours of his normal daily at night, any employee can work at night a certain proportion of his time annual work, defined by the state in national legislation or collective agreements. These provisions have been adapted into Romanian legislation through art. 122 para. 1 ind. 1 of the Labour Code, which states: an employee of night work is as follows: a) an employee who performs night work at least 3 hours daily working time or b) an employee who performs night work of at least 30 % of working time or monthly.

In regard to the rules on working hours, since 1982, France imposed a level of 39 hours per week maximum. The rules, product of a political left mentality, failed two years later to raise employment rates (which was promised upon the implementation of the regulation) with more than 0.2% (*Pierre Boisard, 2004*). Both French right and left politicians believed that new measures (a new average of 35 hours per week) were important mainly because new intake of jobs you create and of course at that time in the background, protecting Health and impetus towards a healthier work

În ceea ce privește regulile privind orele de muncă, încă din 1982, Franța impusese un nivel de 39 de ore maxim pe săptămână. Regulă de sorginte stângă, nu reușise în doi ani mai târziu să ridice rate de angajare (care fusese promisiune prin care a fost introdusă reglementarea) cu mai mult de 0.2% (*Pierre Boisard, 2004*). Atât dreapta franceză cât și stânga considerau că noi măsuri (o nouă medie de 35 de ore pe săptămână) erau importante în principal din cauza aportului nou de locuri de muncă pe care îl crea cât și, desigur în acel moment pe un plan secund, protecția sănătății și imboldul spre un mediu de muncă mai sănătos pe care îl genera. Această reformă a apărut în 1992 când șomajul în Franța era în creștere. În mod clar Directiva are ca scop protecție sănătății, însă perspectiva posibilității creării unor locuri de muncă în plus a determinat multe din state membre să fie mult mai receptivă și deci mai dispuse să accepte măsurile Directivei. Se poate observa o paralelă astfel între normele franceze și Directivă. Actele Aubry au implementat în final normele privind orele de muncă per săptămână, aplicând reguli stricte și mai restrictive decât Directiva (*Pierre Boisard, 2004*). Totuși rapoartele arată că rata anagajărilor, deși crescuse, nu putea fi legată direct de această măsură. Mai mult rapoarte de cercetare arată că un număr peste medie de angajați nu au fost mulțumiți cu aceste măsuri, considerându-se forțați să ia mai mult timp liber în dezavatajul lor. Întrebarea rămâne, dacă o legislație națională nu a reușit să își atingă scopul în acest domeniu în ciuda relative omogenității de

environment that you create. This reform came in 1992 when unemployment was rising in France. Clearly Directive aims to protect the health, but the prospect possibility of creating additional jobs has led many Member States to be more responsive and therefore more willing to accept measures Directive. Obvious comparison can be drawn between the French legislation and the present Directive.

In France, the Aubry Acts, following a very extensive analysis of current legislation, established the permanent rules regarding working hours, establishing an even more strict view of the rule than the Directive. In recent surveys, it has been shown that, even if there was an increase in employment in the period post-implementation, no causal link can be directly established to the Aubry Acts. However, the same research show higher than average discontent with the measures in the ranks of the employees how felt forced to take more time off against their will and economic welfare (*Pierre Boisard, 2004*). Although some positive response has been recorded, of course, this reaction raises interesting questions about the Directive. If a national legislation tailored for a particular work mentality did not achieve its aim applying the same method as the European act, can a supranational act achieve this, when it applies a “one size fits all” approach to such a diverse community with so many work mentalities?

Regarding the period of rest between working days (art. 3), Directive 2003/88/EC also provides for the possibility of derogating from the

mentalitate, ce șanse poate avea o Directivă care se aplică uniform unor popoare cu mentalități complet divergente?

În ceea ce privește intervalul de odihnă între zile lucrătoare (art. 3), Directiva 2003/88/CE mai prevede posibilitatea derogării de la dispozițiile art. 3 și în alte situații cum sunt: activitățile care presupun perioade de lucru fracționate pe durata unei zile, în special ale personalului de curățenie, activitățile de pază și supraveghere, activitățile care implică continuitatea serviciului sau producției etc., situații care nu au fost reglementate de legiuitorul român ca excepții de la regula instituită de Codul muncii. Potrivit art. 132 alin. 1 din Codul muncii, salariatul are dreptul la două zile consecutive, de regula sâmbăta și duminica.

Conform Raportului Comisiei (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive')*, Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 5-6), România face parte din grupul statelor membre care aplică legislația europeană per contract și nu per muncitor, asigurând astfel un plus de protecție fiecărui lucrător, verificând fiecare raport de muncă în parte.

Același raport menționează faptul că, în România, în contrast cu Marea Britanie, opt-out-ul nu este implementat, asigurând că principala derogare din Directiva care îi elimina puterea să nu fie aplicată (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive')*,

provisions of art. 3 in other cases such as: activities involving periods of work split up over the day, particularly those of cleaning staff, security and surveillance activities, activities involving continuity of service or production etc., cases that were not covered by Romanian legislator as derogations to the rule established by the Labour Code. According to art. 132 para. 1 of the Labour Code, the employee is entitled to two consecutive days, usually Saturday and Sunday.

According to the Report of the Commission (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive')*, Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 5-6), Romania is part of the Member States apply EU law and not per worker per contract, thus providing added protection for each worker, checking each working relationship individually.

The report states that, in Romania, in contrast with Britain, opt-out is not implemented, ensuring that the main derogation from Directive which diminishes its power is not applied. Romania, according to the Commission, is part of a small group of countries that have taken this approach (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive')*, Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 7-8)

Criticism of Romania lies in the fact that the notion of "on call" (period of time, while you are in the working environment, not actually

Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 7-8). România, conform datelor Comisiei, fiind parte dintr-un grup restrâns de țări care au abordat această mentalitate.

Critici aduse României conform acestui raport sunt faptul că nu a introdus noțiune de „on call” (perioada de timp în care, deși ești în mediul de muncă, nu desfășori efectiv muncă, se aplică în general medicilor) în calculul perioadei de 48 de ore. Mai mult, se consideră că România nu oferă o definiție clară a muncii de noapte, deci invalidând orice măsură de protecție a lucrătorilor de noapte.

Altă critică care pot fi adusă României este faptul că art. 140 alin. 2 din Codul muncii este în clară contradicție cu deciziile CJUE, nepermițând concediul de medical și cel de odihnă să se suprapună. Însă în baza art. art. 148 alin. 2 din Constituția României, se aplica prevederile Directivei și jurisprudența CJUE, deci nu are un adevărat impact practic asupra efectelor Directivei.

3 CONSECINȚELE APLICĂRII DIRECTIVEI LA NIVEL EUROPEAN ȘI POSIBILE DIRECȚII DE PERFECȚIONARE A ACESTEIA

În contextul european, țări ca Marea Britanie au reușit, profitând de multiplele derogări din Directivă, să elimine orice efect real pe care această putea să îl genereze. Se consideră că lupta pentru protecția sănătății a fost pierdută de Directivă încă înainte de implementare prin normele permissive. Este greu de conciliat ideea

perform work, generally it apply to doctors) is not included in the period of 48 hours. Furthermore, the Commission considers that Romania does not provide a clear definition of night work, thus invalidating any action to protect workers from abuse.

Another criticism is that art. 140(2) of the Labor Code is in clear contradiction with ECJ decisions, not allowing medical leave and rest periods to overlap. However in the art. art. 148(2) of the Romanian Constitution it is stated that the provisions of the Directive and ECJ case law apply directly, so there is no real impact on the effects of the Directive.

3 CONSEQUENCES OF THE APPLICATION OF THE DIRECTIVE AT THE EUROPEAN LEVEL AND POSSIBLE DIRECTIONS OF IMPROVEMENT

In the European context, countries like UK have managed, taking advantage of the many derogations from the Directive, to eliminate any real effect that it could have. It is considered that the fight for health protection was lost even before the implementation of the Directive, by the over-permissive rules. It is difficult to reconcile the idea of a need for a clear and imperative system of health protection of workers with its implementation through permissive rules. This case shows perhaps the struggle that still is present between loyalty to the national level and EU attempt to impose legislation at the supranational

necesității existenței unui sistem clar de protecție a sănătății lucrătorilor cu impunerea lui prin norme permissive. Acest caz probabil arată cel mai clar lupta care se dă încă între loialitatea față de național și încercarea UE să impună legislație la nivel supranațional într-un domeniu în care nu are competență directă.

Controversa cea mai mare în acest domeniu a fost generată de derogarea de la media de 48 de ore în cazul medicilor. Generând enormă atenție mediatică, derogarea a fost considerată necesară de către mare parte din profesioniștii medicali pentru a putea să atingă rezultatele profesionale dorite [11]. Doctori seniori au considerat că acest lucru este necesar, deoarece dacă înainte de Directivă un doctor stagiar termina pregătirea cu, în medie în Marea Britanie, 900 de ore de practică, acum același stagiar va practica doar 300 de ore. Competența întregului sistem medical a fost luată astfel în discuție, doctori ajung să fie considerați, conform unui articol, ca simpli “funcționari, așteptând să vină ora de plecare” (*Andrew Goddard, 2011*). Această a fost poziția în Marea Britanie mai ales. Organizații ca NHS Confederation și Royal College of Physicians susțin derogarea ca necesară și fac lobby la diferite instituții pentru a permite ca timpul de *on call* să intre în media de 40 de ore doar când se prestează activitate. În schimb the British Medical Association (BMA) susține situația actuală a includerii acelor ore în medie. CMPE (Comitetul permanent de Medici Europeni) a susținut perspectiva printr-un comunicat de presă în

level in an area that it does not have direct jurisdiction.

The biggest controversy in this field was generated by derogation from an average of 48 hours for physicians. Generating enormous media attention, the derogation was deemed necessary by the majority of medical professionals to achieve the desired professional results [11]. Senior doctors felt it necessary, considering that before the Directive a trainee doctor would finish training with the UK average of 900 hours of practice, now the same intern will now only train for 300 hours. The quality of the entire medical system was called into question, doctors come to be regarded as mere “servants, waiting for their departure time” (*Andrew Goddard, 2011*). This was the position in the UK especially. Organizations such as the NHS Confederation and Royal College of Physicians claim exemption are necessary and they lobby at different institutions so that on call time be part of the 40 hours only when the employee actually performs work. Instead the British Medical Association (BMA) says the current situation is acceptable. CMPE (Standing Committee of European Doctors) argued, in a press release in 17.05.2005, in favor of the measure as they fulfill the need to protect the physical and mental health of doctors (*CPME's reaction to the EP vote on the Working Time Directive (press release)*).

The problem is a financial one, hospitals do not have enough funds to ensure the intake of new doctors trained to fill the gap created. In Britain they are now trying to negotiate a new deal to solve

17.05.2005, punând accentul pe nevoie de protecție a sănătății fizice și mentale a doctorilor (*CPME's reaction to the EP vote on the Working Time Directive (press release)*).

Problema care se ridică este și una financiară, Spitalele nu beneficiază de destule fonduri pentru a asigura aportul de noi doctori pregătiți pentru a acoperi golul creat. În Marea Britanie se încearcă acum negocierea unui *New Deal* care să rezolve această problemă, deși, după cum se vede, discuția este destul de polarizantă (*Andrew Goddard, 2011*)

Multe state au optat pentru derogare în cazul medicilor, inclusiv Franța, care la urma urmei, este cea mai mare susținătoare a acestei reforme. Cipru și Malta aplică derogarea în mod generalizat, Germania Olanda și Spania au început aplicarea derogărilor pe sectoare întregi, practic diminuând până la inexistență efectele Directivei (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive'), Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 7-8*).

Unele țări susțin ca soluție metoda inițială abordată de Marea Britanie, păstrarea derogării dar cu impunerea unor controale și registre obligatorii de sănătate a celor care au acceptat derogarea, păstrând astfel un standard de sănătate. În ceea ce privește reducerea costurilor economice, s-ar putea implementa modelul german de eșalonare a orelor. Fără a intra în detalii, sistemul aplicat în diverse spitale în Germania presupune o regândire a turelor de muncă pentru a respecta normele europene, fără

this problem, though, as you can see, the discussion is quite controversial (*Andrew Goddard, 2011*).

Many states have opted for the exemption of physicians, including France who, after all, is the biggest supporter of this reform. Cyprus and Malta apply general derogation, Germany, Holland and Spain have started applying derogations to entire sectors, stripping the Directive of all its power (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive'), Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 7-8*).

Some countries argue that the original method proposed by the UK, keeping the derogation but imposing mandatory health checks and records of those who have accepted it, thus maintaining a standard of health. In terms of reducing economic costs, the way might be to implement the German model of shift allocation. Without going into details, the system applied in various hospitals in the Germany requires a rethinking of work shifts to meet European standards, without the need to hire new doctors [13].

CJEU was involved (demonstrating its supranational character) also in cases like *SIMAP (Case C-303/98 Sindicato de Medicos de Asistencia Publica (SiMAP) v Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana. [2000] ECR I-7963)* (Spanish doctor) and *Jaeger (Case C-151/02 Landeshauptstadt Kiel v Norbert Jaeger, 9 October 2003)* (German doctor). The doctors wanted the hours spent in the hospital

însă a fi nevoie de angajarea de un noi doctori [13].

CJUE s-a implicat (demonstrând caracterul ei supra-național) de asemenea în cazuri ca *SIMAP (Case C-303/98 Sindicato de Medicos de Asistencia Publica (SiMAP) v Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana. [2000] ECR I-7963)* (doctor spaniol) și *Jaeger (Case C-151/02 Landeshauptstadt Kiel v Norbert Jaeger, 9 October 2003)* (doctor German) în care doctorii doreau ca orele petrecute în spital în pauză fără a fi chemați la activitate medical concretă (*on-call time*) să nu intre în media de 48 de ore, ambele petite fiind refuzate de CJUE.

Comisia, deja din 2003 a simțit nevoia de a regândi Directiva, invitând în același an diferiți parteneri sociali (adică organizații europene ce reprezintă angajați și angajatori) să participe, încercând inițial doar să se consulte cu aceștia, ulterior încercându-se atingerea unui acord colectiv (conform fostului art. 139 Tratatul EC). Totuși actorii principali, European employer's federation (UNICE) și the European Trade Union Confederation (ETUC) nu au putut atinge un consens, astfel niciun acord nu a putut fi atins (*Andrew Goddard, 2011*).

De aici Comisia a emis o propunere de revizuire a Directivei, solicitând eliminarea *opt-out-ului*, definirea clară a orelor de muncă, introducând noțiuni ca *activ on-call time* și *inactive on-call time* (ajutând astfel să tempereze parțial dezbaterile din sfera doctorilor) și o perioadă de referință clară. Comisia a propus condiții dure de aplicare a derogării: doar în cazul în care derogarea

without being called to actual medical activity (*on-call time*) do not come into the 48-hour average, both petite being rejected by the ECJ.

The European Commission in 2003 felt the need to rethink the Directive, invited various social partners (i.e. European organizations representing employers and employees) to participate initially only trying to consult with them, ultimately trying to reach a collective agreement (under former Art. 139 EC Treaty). However the main actors, European employer's federation (UNICE) and the European Trade Union Confederation (ETUC) could not reach a consensus, so no agreement could not be reached (*Andrew Goddard, 2011*).

Hence the Commission issued a proposal to revise the Directive, requiring the removal of the opt-out, clearly defined working hours, introducing of the notions of active and inactive on-call time (*on-call time* (thus helping to partially mitigate the debate regarding doctors) and a clear reference period. The Commission proposed harsh conditions for the derogation to take place: only if the derogation was negotiated at union level and in regard to workers consent can not be given during trial periods, it has to be in writing for only one year and for a maximum average of 65 hours (average acceptable given that the England average has not exceeded 60 hours) (*Proposal for a Directive amending Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time COM/2004/607*).

The Commission sent the report to the European Parliament and to the Council. However

a fost negociată la nivel sindical sau colectiv și pentru lucrător condițiile presupuneau că consimțământul nu se poate da în perioada de probă, trebui să fie în scris, pentru un an și pentru o medie maximă de 65 de ore (medie acceptabilă ținând cont că în Anglia media nu a depășit 60 de ore) (*Proposal for a Directive amending Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time COM/2004/607*).

Comisia a trimis raportul spre Parlamentul European și spre Consiliul European. Totuși și în privința acestui raport, The Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council susțin această inițiativă (4 octombrie 2004) (*Andrew Goddard, 2011*). În 11 mai 2005, the Employment and Social Affaires Committee a respins raportul, considerând că instituie prea multe derogări (*Report on the organisation of working time (Amendment of Directive 93/104/EC) - Committee on Employment and Social Affairs, 29 January 2004*)

Comisia a emis un nou raport în 21.12.2010 privind implementarea deficitară a Directivei de către statele membre, încercând să atragă din nou atenția asupra acestei dezbateri (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive'), Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final*).

Ce se poate deduce din raportul Comisiei este realitatea economică cu care se confruntă Directiva. UE simte încă efectele crizei și implementarea unui plan care impune costuri

in respect of this report, even if The Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council support this initiative (4 October 2004) (*Andrew Goddard, 2011*), on 11 May 2005, the Employment and Social Affaires Committee rejected the report, considering to prone to derogation (*Report on the organisation of working time (Amendment of Directive 93/104/EC) - Committee on Employment and Social Affairs, 29 January 2004*).

Commission issued a new report on 21.12.2010 regarding the implementation of the Directive by Member States, trying to draw attention to this debate again (*Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive'), Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final*).

What can be inferred from the report of the Committee is the economic reality still facing the Directive. EU still feels the effects of the economic crisis and implement a plan that requires increased financial costs in both the private sector and the public sector will not find support in any of the Member State. The hope that these measures will create new jobs and reduce unemployment (the EU tried to achieve adherence to the Directive from Member States through this perspective) has not been able to determined the European states to effectively implement Directive. In this sense we can see the article published by Dr. Radu Șerban (<http://goo.gl/r0wVH>), showing the correlation between the Commission's findings and possible

financiare sporite atât în sector privat cât și în cel public nu își va găsi sprijin în niciun stat membru. Nici speranța că aceste măsuri vor genera noi locuri de muncă și vor reduce șomajul (considerent care a facilitat aderența statelor membre la această Directivă) nu le-a putut determina pe statele europene să implementeze eficient Directiva. În acest sens se poate vedea articolul publicat de Dr. Radu Șerban (<http://goo.gl/r0wVH>), care arată corelația dintre constatările Comisiei Europene și posibilele explicații din perspective crizei.

Considerând de asemenea ceea ce s-a prezentat mai sus privind rezultatele nefavorabile obținute de legislația în Franța (care, după cum s-a arătat, conține asemănări cu Directiva), este posibil ca strategia cea mai bună să nu fie printr-o abordare supranațională cu una interguvernamentală și chiar interregională. Este clar că mediile impuse de Directivă nu funcționează și ajută în același fel pe fiecare categorie de angajați. Astfel, mijloacele în care protecția sănătății să fie asigurată și totuși beneficiile economice să fie satisfăcătoare ar putea fi negociată mai adecvat la nivel sectorial și regional. O soluție în acest sens este *pattern-ul* emergent actual de *Health in all policies (HiAP)* [15] care consideră că politicile și programele ce influențează politica comunitară de sănătate se nasc în general în afara domeniului sănătății. Și astfel singurul mod în care un consens poate fi atins este prin încurajarea managementului, coordonării și acțiunii inter-sectoriale.

perspectives explaining the crisis.

Considering also that the results presented above obtained in France (which, as noted, contains similarities to the Directive), the best strategy may not be one of supranational perspective but one of intergovernmental and even interregional management. It is clear that the measures imposed by the Directive do not work or aid in the same way each category of employees. The means in which to ensure satisfactory health protection and economic benefits, thus, might be more appropriate negotiated at sectoral and regional level. A solution for this is a emerging pattern, that of Health in All Policies current (HiAP) [15] (David McQueen, 2012) which believes that policies and programs that affect community health policy generally arise outside the health sector. And so the only way that a consensus can be achieved is by encouraging management, coordination and inter-sectoral action.

4 CONCLUSIONS

Following the above analysis we can clearly see that the UK has implemented all existing exemptions in the legislation, almost completely eliminating any beneficial effect that could be generated by the Directive. As mentioned above, the reasons why this happened are varied, from cultural issues and working mentality to the interests of certain groups, such as unions who preferred a protection system based on the idea of *laissez-faire*.

4 CONCLUZII

În urma analizei de mai sus putem observa clar faptul că Marea Britanie a implementat o toate derogările existente în legislație, eliminând aproape complet orice efect benefic care ar fi putut fi generat de Directivă. După cum s-a arătat anterior, motivele pentru care acest lucru s-a întâmplat sunt variate, pornind de la aspecte culturale și de mentalitate de muncă până la interesele anumitor grupuri, cum ar fi sindicatele care preferau un sistem de protecție bazat pe ideea de *laissez-faire*.

În România, Directiva a fost implementată într-un mod în care, teoretic, se putea ajunge scopul protecție lucrătorilor în mod eficient (de exemplu, prin nepermiterea opt-out-ului). Totuși, chiar Comisia a semnalat faptul că există în legislația română elemente de neclaritate care pot afecta efectele practice ale Directivei.

Franța se află pe spectrul opus Angliei. Considerând esențială reducerea orelor maxime pe săptămână, Franța a implementat cea mai mică medie din Uniunea Europeană. Totuși, rezultatele mixte pe care această implementare centralizată, imperativă ridică întrebări serioase legate de eficiența acestor gen de măsuri. Pentru Directivă acest fapt este cu atât mai relevant cu cât abordarea imperativă, uniformă franceză a impunerii regulilor de protecție a fost mecanismul care l-a introdus Directiva.

La nivel european nu există încă un consens clar în legătură cu viitoare modificare a Directivei. Deși Comisia a încercat să aducă

In Romania, the Directive has been implemented in a way that theoretically could be reached to protect workers effectively (e.g. by not allowing opt-out site). However, as the Commission noted, there are elements of doubt as to whether Romanian legislation may affect and damage the practical effects of the Directive.

France is on the opposite spectrum England. Considering essential to reduce the maximum hours per week, France has implemented the lowest average in the European Union. However, the mixed results this centralized and mandatory implementation raises serious questions about the effectiveness of such measures. For this Directive it is particularly relevant as the imperative approach was the preferred choice for the enactment of the health and safety measures at the European level.

At European level there is still no clear consensus about the future amending of the Directive. Although the Commission has tried to bring out discussion within the same sector (between European organizations of trade unions, employers and employees), no common voice to change the law has emerged and there is a clear desire to avoid another level of regulation. Debate are high, as shown, around the issue of doctors' working hours.

The economic crisis has affected the desire of Member States to introduce new costly health regulations. Besides, the opposition of the British government and various lobbying undertaken by the trade unions and health forums have made any

discuția în atenția forurilor interesate, păreri în interiorul aceluiași sector (între organizații europene ale sindicatelor, angajaților și angajatorilor) nu caile comune de a modifica legislația sau o dorință clară de a mai dori un nou nivel de reglementare. Dezbateri puternice sunt ridicate, după cum s-a prezentat, în jurul problemei orelor de muncă ale medicilor.

Criza economică a afectat în mare parte dorința statelor membre de a introduce noi reguli de sănătate costisitoare. În plus opoziția manifestată de Guvernul britanic și de diferite lobbying-ul desfășurat de organizații ale sindicatelor și forumuri medicale au făcut ca orice discuții privind modificarea Directivei să eșueze în Aprilie 2009.

Succesul măsurilor de protecție a sănătății lucrătorilor ar putea sta în cooperarea inter-sectorială, preluând abordarea europeană HiPA, așa cum s-a menționat mai sus. Până atunci, se pare că Marea Britanie a câștigat bătălia, efectele Directivei simțindu-se la un nivel minim și doar în anumite regiuni ale UE. În mod real, nivelul de protecție al sănătății lucrătorilor este foarte scăzut în practică din cauza multiplelor derogări. Viitorul Directivei 2003/88/CE, după cum se poate observa, este incert.

discussions on amending directive to fail in April 2009.

The successful implementation of health workers protection could be achieved through inter-sectoral cooperation, taking the HiPA approach, as mentioned above. Until then, it seems that Britain won the battle, since the Directive's effects were implemented at a minimum level and only in certain parts of Europe. In practice, the protection of health workers is very low because of the many derogations. Future of the Directive 2003/88/EC, as we can see, is uncertain.

BIBLIOGRAFIE/ BIBLIOGRAPHY

- [1] Hellen Wallace et al., *Elaborarea politicilor în Uniunea Europeană*, București, Institutul European din România, 2005, pp. 48-73.
- [2] Cristina Vlădescu, *Politici de sănătate în Uniunea Europeană*, Editura Polirom, 2011, pp. 28-48.
- [3] John Glynn et al., *Managing Health Care*, Lodon, Editura Saunders Company, 1995, pp. 175-200.
- [4] Elias Mossialos, *Health Systems Governance in Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011, pp. 4-7.
- [5] Ian Smith, *Smith & Woods's Employment Law*, Editura Oxford University Press, Oxford. 2010, pp. 217-218.
- [6] Malcolm Sargeant, *Employment Law*, Financial Times Prentice Hall, Oxford, 2008 pp. 90-98.
- [7] Anda Ioana Curta, *Politici de sănătate în noile state membre ale Uniunii Europene*, Cazul României, Cluj-Napoca, Editura Presa Universitară Clujeană, 2008, pp. 63-73.
- [8] Pierre Boisard, *Working time policy in France*, în Centre D'Etudes de L'Emploi Document de Travail, nr. 34/2004, pp. 6-7.
- [9] Michael Wynn, 'Derogations in the Working Time Regulations 1998', în Comp. Law. Nr. 21(6)/2000, pp. 27-35.
- [10] Report of the Commission on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC ('The Working Time Directive'), Brussels, 21.12.2010 COM(2010) 802 final, pp. 4-10.
- [11] Andy Bloxham, *Doctors' hours could change as European Working Time Directive reviewed*, The Telegraph, 22.12.2010, <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8218410/Doctors-hours-could-change-as-European-Working-Time-Directive-reviewed.html>, accesat la data de 20.11.2012.
- [12] CMPE, CPME's reaction to the EP vote on the Working Time Directive (press release), 17 May 2005.
- [13] Jens Maschmann, *New shift models for doctors in a large German University Neurosurgery Department: how they comply with the European Working Time Directive 3 years after implementation*, în Acta Neurochir, nr. 154/2012, pp. 1935-1940.
- [14] Proposal for a Directive amending Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time COM/2004/607, http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2004/sep/working_time_prop_en.htm.
- [15] Report on the organisation of working time (Amendment of Directive 93/104/EC) - Committee on Employment and Social Affairs, 29 January 2004, <http://www2.europarl.eu.int/omk/sipade2?PUBREF=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2004-0026+0+DOC+PDF+V0//EN&L=EN&LEVEL=2&NAV=S&LSTDOC=Y>.
- [16] David V. McQueen, *Intersectoral Governance for Health in All Policies*, Copenhaga, Editura The European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, pp. 3-23.