



## MEDICINA OPERAȚIONALĂ ȘI EXTINDEREA CAPACITĂȚII DE SPITALIZARE LA NIVEL NAȚIONAL

### OPERATIONAL MEDICINE AND EXPANSION OF HOSPITAL CAPACITY AT THE NATIONAL LEVEL

*Colonel (rtr.) medic prof. univ. dr. Viorel ORDEANU\**

**Rezumat:** Autorul articolului, valorificând documente oficiale și surse bibliografice publicate atât în România, cât și în statele membre ale NATO, evidențiază o serie de aspecte esențiale ale medicinei operaționale. Analiza lui subliniază necesitatea identificării și implementării unor modalități de extindere a capacităților de spitalizare ale armatei în situația unei crize majore — precum un conflict armat care ar afecta țara noastră sau alte state aliate. Această nevoie derivă din faptul că infrastructura medicală militară existentă ar putea deveni insuficientă sau chiar depășită în fața unui număr ridicat de combatanți răniți sau bolnavi. În acest context, autorul examinează atât resursele disponibile în cadrul Sistemului Național de Sănătate, cât și potențialele capacități suplimentare de spitalizare oferite de operatori economici privați, prezentând tipologia acestora, numărul de locuri disponibile și distribuția lor geografică.

De asemenea, autorul analizează strategia de reformă a sistemului de sănătate adoptată de Guvernul României în anul 2025, cu accent pe efortul financiar pe care statul va trebui să îl susțină pentru îngrijirea răniților și bolnavilor, pentru modernizarea și dotarea capacităților de spitalizare în conformitate cu standardele NATO, precum și pentru formarea personalului medical. Întrucât resursa umană este în prezent insuficientă, se subliniază importanța pregătirii adecvate a cadrelor medicale, astfel încât acestea să poată răspunde eficient atât nevoilor de îngrijire ale combatanților, cât și celor ale populației civile afectate de consecințele acțiunilor de luptă.

**Cuvinte cheie:** medicina militară, medicina operațională, spitalizare, război, catastrofe, calamități, criza sanitară, personal medical.

**Abstract:** The author of the article, drawing on official documents and bibliographic sources published both in Romania and in NATO member states, highlight a number of key aspects of operational medicine. His analysis underscores the need to identify and implement ways to expand the army's hospitalization capacities in the event of a major crisis, such as an armed conflict affecting our country or other allied states. This need stems from the fact that the existing military medical infrastructure could become insufficient or even overwhelmed in the face of a large number of wounded or sick combatants. In this context, the author examines both the resources available within the National Health System and the potential additional hospitalisation capacities offered by private economic operators, presenting their typology, the number of places available and their geographical distribution.

The author also analyzes the health system reform strategy adopted by the Romanian Government in 2025, focusing on the financial effort that the state will

\* Profesor universitar la Universitatea „Titu Maiorescu” București, email: ordeanu\_viorel@yahoo.com.



have to make to care for the wounded and sick, to modernize and equip hospitalization capacities in accordance with NATO standards, and to train medical personnel. Given that human resources are currently insufficient, the importance of adequately training medical personnel is emphasized, so that they can effectively respond to the care needs of both combatants and the civilian population affected by the consequences of combat operations.

**Keywords:** military medicine, operational medicine, hospitalization, war, disasters, calamities, health crisis, medical personnel.

## Introducere

Medicina operațională<sup>1</sup> este acea ramură a medicinei militare care se referă la serviciile medicale oferite în context militar în timpul misiunilor, exercițiilor și operațiunilor de război. A fost reglementată recent și în România, pentru alinierea la standardele NATO, pentru consolidarea capacităților medicale în situații de criză sau conflict. Include asistența medicală acordată personalului militar și civil în timpul operațiunilor militare, la pace și la război. Încearcă să optimizeze protecția sănătății, tratamentul, evacuarea medicală și transfuziologia în condițiile dificile ale crizei: aflux mare de bolnavi, patologii neobișnuită sau diversă, lipsa de resurse, acces limitat la diagnostic și tratament, mediu ostil etc<sup>2</sup>.

Dar în situații de criză majoră principiile de medicină operațională se pot extinde asupra întregului Sistem Național de Sănătate (care poate să funcționeze în regim militarizat), iar medicina militară poate fi promotorul diagnosticului și recomandărilor terapeutice specifice patologiei militare: politraumatisme (războiul fiind considerat din punct de vedere medical ca o epidemie/pandemie de politraumatisme), leziuni prin arme de foc și explozii, arme de distrugere în masă (CBRN) etc. și a utilizării resurselor umane și materiale existente conform principiului medical de bază:<sup>3</sup>”. În cazuri deosebite, este posibil ca forțele și mijloacele medicale să fie depășite cantitativ, iar capacitatea de spitalizare a răniților sau bolnavilor să fie depășită, așa cum a fost și în pandemia de covid. Dar medicina civilă nu are practic această flexibilitate, deși legea o prevede. A devenit anecdotică reacția unui Ministru al Sănătății care la începutul pandemiei de Covid, când se discută posibilitatea de a instala un spital temporar la un mare Centru expozițional, a ripostat: „*Bolnavii se tratează în spitale, nu în expoziții!*”<sup>4</sup> și a fost schimbat de urgență.

<sup>1</sup> Vladimir Ionescu, „Guvernul stabilește și reglementează medicina de război-asistența medicală operațională”, disponibil la <https://cursdeguvernare.ro/guvern-reglementeaza-medicina-razboi>, disponibil în html, accesat la 04.01. 2026.

<sup>2</sup> Curs de guvernare, Sănătatea – o componentă socială care devine domeniu de siguranță națională, disponibil la <https://cursdeguvernare.ro/conferinte/sanatatea-o-componenta-sociala-care-devine-domeniu-de-siguranța-nationala>, accesat la 04.01. 2026.

<sup>3</sup> Hotărârea de Guvern nr 557/2016 privind managementul situațiilor de urgență, Portal legislativ, disponibil la [https://uk.search.yahoo.com/search;\\_ylt=AwrlEvoEK4dpY3oSK.-ZLBQx](https://uk.search.yahoo.com/search;_ylt=AwrlEvoEK4dpY3oSK.-ZLBQx), accesat la 05.01.2026.

<sup>4</sup> Ministrul Sănătății, dr. Victor Costache, declarație Covid 2019, Decizie surprinzătoare. Ministrul Sănătății, Victor Costache, a demisionat, disponibil la [stirileprotv.ro/stiri/politic/](http://stirileprotv.ro/stiri/politic/)



## 1. Medicina operațională și spitalizarea răniților

Prezentând ca exemplu situația existentă în România, țară europeană, membră NATO și UE, în caz de criză majoră (război, dezastru, calamitate etc.), aceasta dispune pentru cei peste 19 milioane de cetățeni români de capacități de spitalizare suficiente în condiții normale, deși mult reduse față de vremurile trecute, și care în următorii ani se va reduce și mai mult și deci ar putea să devină insuficiente.

Guvernul României a adoptat în 2025 o *strategie de reformă a sănătății*<sup>5</sup> (de fapt o nouă reducere a finanțării, deci a capacității medicale la nivel național), care include și reducerea paturilor de spitalizare continuă cu peste 20% până în 2030<sup>6</sup>. Spitalele cu grad redus de ocupare (unele fiindcă nu mai au personal medical), vor fi transformate în ambulatorii, centre de recuperare, unități de îngrijire paliativă etc.<sup>7</sup> Costurile spitalizării, estimate între 200-1000 lei per bolnav/zi creează o presiune economică care orientează spre descentralizarea serviciilor medicale, cu servicii ambulatorii și îngrijiri la domiciliu ori contra cost, în sistemul privat<sup>8</sup>. Deci costurile îngrijirilor medicale sunt împărțite între stat, asigurările de sănătate (obligatorii și private) și bolnavi, eludând parțial (prin legi ulterioare) prevederile constituționale, care în Articolul 34 aliniatul (1) stabilește că „*Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, orice persoană are dreptul fundamental de a beneficia de protecție și îngrijire medicală*”<sup>9</sup>.

Măsurile de extindere prevăzute în caz de urgență sau conflict sunt: Spitale mobile și unități de campanie ale Ministerului Apărării Naționale (M.Ap.N./Direcția Medicală, Centre de triere și intervenție pentru gestionarea fluxului de victime, ale Ministerului Afacerilor Interne (M.A.I.) /Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU), precum și Stocuri medicale strategice și echipamente speciale. Aceste măsuri fac parte ca mecanisme clare de extindere rapidă din Planul național de reziliență și securitate sanitară.

Medicina militară este pregătită, conceptual și practic, să facă față unor cerințe crescute brusc de nevoi de asistență medicală, intervenții chirurgicale, tratamente de urgență, internări și expertiză medicală. În caz de nevoie, militarii pot să apeleze la capacități de spitalizare civile existente în

---

decizie-surprinzatoare-surse-ministrul-sanatatii-victor-costache-a-demisionat.html, accesat la 09.01.2026.

<sup>5</sup> Schimbări radicale în sănătate. Noua strategie pentru pacienți, aprobată de Ministerul Sănătății, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=Governul+Rom%C3%A2niei+a+adoptat+%C3%AEn+2025+o+strategie+de+reform%C4%83+a+s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C5%A3ii&fr=crmas>, accesat la 16.01. 2026.

<sup>6</sup> Florim Pușcaș, „Guvernul Bolojan pregătește o schimbare controversată în Sănătate, „Reducere masivă a paturilor de spitalizare”, disponibil la [https://www.stiripesurse.ro/guvernul-bolojan-pregateste-o-schimbare-controversata-in-sanatate-reducere-masiva-a-paturilor-de-spitalizare\\_3730100.html](https://www.stiripesurse.ro/guvernul-bolojan-pregateste-o-schimbare-controversata-in-sanatate-reducere-masiva-a-paturilor-de-spitalizare_3730100.html), accesat la 17.01. 2026.

<sup>7</sup> Legea nr 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, secțiunea despre colaborarea instituțională în situații de urgență, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=Legea+nr+95%2F2006>, accesat la 20.01. 2026.

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Constituția României, Titlul II, Dreptul la ocrotirea sănătății, Capitolul II, Art. 34.



zona, dar sub limita de 50% din capacitate pentru a nu perturba asistența medicală a populației locale.

Dar capacitatea de spitalizare existentă nu este exactă, ne orientăm conform datelor publice din 2023.

Infrastructura medicală existentă, cu spitale publice și private, aparținând de Ministerul Sănătății, al Educației, de Interne, al Apărării, al Serviciilor secrete, al Academiei Române sau altele, conform datelor disponibile din surse oficiale și rapoarte recente de la Institutul Național de Statistică (INS) și Ministerul Sănătății (MS), verificate cu Inteligența Artificială (AI Grok 3) totalizează în cadrul *Sistemului național de sănătate*, câteva sute de spitale mari (universitare, regionale, județene), medii (orașenești, private) și mici (rurale și altele), răspândite în toată țara. Acestea dispun de cca. 130 000 de paturi de spital în spitale generale, de urgență sau specializate<sup>10</sup>, dintre care conform uzanței, jumătate ar putea fi folosite pentru medicina operațională, deci maximum 65 000 paturi.

Par să fie multe paturi de spital, dar dintre acestea numai 5000 sunt pentru *terapie intensivă* (ATI), iar dintre ele doar 3000 sunt funcționale pentru cazuri severe de traumatisme sau boli infecțioase grave. Capacitatea de spitalizare și competență maximă este concentrată în marile centre universitare medicale: București, Cluj-Napoca, Iași și Timișoara, iar în zonele rurale capacitatea de spitalizare a fost redusă drastic după adoptarea sistemului de asigurări de sănătate.

Există un *deficit cronic de personal*, având doar 2,6 medici la 1000 de locuitori (sub media de 3,8 din UE)<sup>11</sup> prea puțini asistenți medicali și personal auxiliar. Comparativ, în 1970, România și Israelul erau pe primul loc în lume, cu 1 medic la 500 de locuitori<sup>12</sup>. Dar în situația de criză sanitară majoră la nivel național, ar trebui sute de mii de paturi suplimentare, cu spațiile, echipamentele și personalul necesar.

## 2. Capacitatea suplimentară de spitalizare

Modalitățile prin care România ar putea mări capacitatea de spitalizare în situații de criză sunt multiple teoretic și uneori imprevizibile practic, dar necesită finanțare, forțe și mijloace adecvate, în funcție de situație și de natura efectelor medicale. Spații medicale temporare (căutate statistic cu Inteligența Artificială AI Grok 3) se pot crea rapid în caz de forță majorată, cu:

<sup>10</sup> Legea nr 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, secțiunea despre colaborarea instituțională în situații de urgență, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=Legea+nr+95%2F2006>, accesat la 21.01. 2026.

<sup>11</sup> Florentina Ionescu INS, „Cu cât a crescut numărul de medici în România, în anul 2023, *Viața Medicală*, 2, 2024, disponibil la <https://www.viata-medicala.ro/ins-cu-cat-a-crescut-numarul-de-medici-in-romania-in-anul-2023-38190>, accesat la 23.01. 2026.

<sup>12</sup> Personalul medico-sanitar din România, disponibil la [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=Awr.Qs\\_CMIdpScoS4FdLBQxylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA](https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awr.Qs_CMIdpScoS4FdLBQxylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA), accesat la 24.06. 2026.



- **spitale de campanie militare** (MApN și Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare, (SMURD), cu o capacitate maximă de 2000 de paturi;

- **saloane temporare în clădiri** (școli, centre culturale, săli de sport etc.) adăugând până la 10 000 de paturi pentru cazuri necritice;

- **unități medicale mobile în containere** (folosite deja în pandemia de Covid) până la 1000 de paturi;

- **redistribuirea resurselor existente**, prin reprofilarea paturilor de la secțiile neesențiale se pot elibera până la 40 000 de paturi, dar presupune și creșterea capacității ATI cu 2000 de paturi, însă trebuie achiziționate echipamente medicale specifice și nu există suficient personal calificat;

- **colaborare cu sectorul privat** dacă proprietarul acceptă (maximum 10 000 de paturi);

- **colaborare internațională**, prin mecanismele UE (Clauză de ajutor, Mecanismul de Protecție Civilă etc.) sau NATO ori ONU, care ar putea să furnizeze spitale de campanie, personal medical și evacuare medicală, adăugând câteva mii de paturi (dacă nu sunt necesare în alte țări!);

- **cazare temporară** se poate asigura pentru răniți și bolnavi, în Centre de cazare temporară în caz de război sau catastrofă, în spații turistice nemedicale rechiziționate (hoteluri, pensiuni, tabere etc.) pentru răniții stabiliți și pentru recuperare, sau a bolnavilor cronici evacuați din spitale, cu peste 350 000 locuri, din care 100 000 ar putea fi adaptate pentru nevoi medicale minime în sanatorii balneo-climaterice, pentru convalescență, refacere, PTSD etc. Cazarea temporară se poate aplica și pentru sinistrați, refugiați și imigranți. O parte dintre acestea trebuie să fie securizate militar pentru cazarea prizonierilor sau tratarea prizonierilor răniți sau bolnavi.

Institutul Național de Statistică (I.N.S.) a publicat, în 2025, că în România sunt 13 538 de *structuri de primire turistică* (în evidența Ministerului Turismului) mari și medii (cu peste 5 locuri de cazare), în 1986 de hoteluri (care se pot adapta ușor ca spitale temporare), 194 de moteluri, 1574 de pensiuni, cabane și multe apartamente de închiriat, plus sanatorii și tabere, *totalizând* 449 900 *locuri-pat*, distribuite astfel: în stațiuni litorale 113 200, în București și capitale de județ 103 300, în stațiuni montane 86 200, în stațiuni balneare și sanatorii cu 40 400 de locuri, în Delta Dunării 10500, pe trasee turistice 96 300<sup>13</sup>, care în caz de forță majoră ar putea fi folosite pentru extinderea capacității de spitalizare sau cazare. În hotelurile din România erau disponibile aproximativ 211 369 *locuri de cazare* la data de 31 iulie 2025<sup>14</sup>. Această cifră reprezintă

<sup>13</sup> Institutul Național de Statistică (I.N.S.), București, 2025, INS Hotelurile clasificate cu 3 și 4 stele domină piața, reprezentând 82% din total, Trends HRB, disponibil la [mea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=Institutul+Național+de+Statistică+\(I.N.S.\)-%2C+București%2C](https://mea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=Institutul+Național+de+Statistică+(I.N.S.)-%2C+București%2C), accesat la 26.01. 2026.

<sup>14</sup> I.N.S., Structurile de cazare turistică din România, în creștere cu 5,8% la 31 iulie 2025, disponibil la [gerpres.ro/economic/2025/10/24/structurile-de-cazare-turistica-din-romania-in-crestere-cu-5-8-la-31-iulie-2025](https://gerpres.ro/economic/2025/10/24/structurile-de-cazare-turistica-din-romania-in-crestere-cu-5-8-la-31-iulie-2025) 1496726, accesat la 26.01. 2026.



aproape 45,5% din *totalul locurilor de cazare turistice* din țară, care însumau 464 354 locuri<sup>15</sup> la acea dată.

În cămine și internate (în evidența Ministerului Educației) sunt 107 682 locuri de cazare, din care în București 35 178 plus internate școlare, deci un total de aproape *150 000 de locuri*<sup>16</sup>. Repartizarea teritorială este inegală, județul Constanța are 26,3%, Brașovul 7,9% iar Bucureștiul 6%, dar adecvată nevoilor practice și corespunzătoare nevoilor strategice, pentru cazare provizorie, refacere bio-psihică și eventual tratament și supraveghere medicală.

În România există 6869 de unități de învățământ preuniversitar (școli primare, gimnaziale, licee, școli profesionale, grădinițe de copii etc.), dintre care 4353 în mediu urban și 2516 în mediu rural<sup>17</sup>. Multe îndeplinesc criteriile pentru *transformare în spital de campanie*: spațiu suficient, infrastructură adecvată (apă, canal, electricitate, săli de sport, grupuri sanitare, parcare etc.), accesibilitate, stare structurală și capacitate de conversie rapidă. În lipsa paturilor de spital se pot folosi paturi de campanie, saltele sau târgi pliante de transport. La o medie teoretică de 60 de paturi pentru școlile urbane rezultă 260 000 de locuri, și de 20 de paturi pentru școlile rurale rezultă alte 50 000 de locuri, deci numai unitățile școlare preuniversitare ar putea în caz de forță majoră să asigure mii de posturi de prim-ajutor și peste *300 000 de locuri de cazare și/sau spitalizare temporară*. Condiția limitativă este *existența resurselor medicale necesare* (personal, materiale sanitar-farmaceutice, cazarmament etc.). Din experiența noastră, a Armatei Serbiei (ca urmare a Războiului cu NATO) și a Armatei Ucrainei (în războiul cu Federația Rusă), școlile de toate felurile se pretează cel mai bine pentru adăpostirea temporară a spitalelor de campanie, mobile și dislocabile.

Armata poate să pună la dispoziție spații, în principal pentru *forțele proprii, pentru aliați și prizonieri*, în cazărmi și baze militare. Există 44 de cămine militare, în diferite garnizoane, în special la Constanța, București și pe Valea Prahovei și 60 de cabane militare, care pot să asigure câteva mii de locuri, iar ISU a identificat alte câteva mii de locuri potrivite în natură pentru instalarea de tabere și bivouacuri, în toate județele, în sezonul cald.

În caz de forță majoră se pot folosi și *adăposturile de protecție civilă* (subsoluri, buncăre, stații de metrou, galerii subterane etc.) pentru triajul, primul ajutor și stabilizarea temporară a răniților, dar capacitatea lor medicală este limitată. Rezultă un total maximal de *243 000 de locuri pentru primul ajutor medical, supraveghere medicală și cazare temporară*, dar numai 150 000 pot fi considerate paturi medicale funcționale pentru bolnavi

<sup>15</sup> I.N.S, Există 107.682 de locuri de cazare în cămine pentru studenți, disponibil la [https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=%C3%8En+c%C4%83mine+%C8%99i+internate+\(%C3%AEn+eviden%C8%9Ba+Ministerului+Educa%C8%9Biei\)+sunt+107+682+locuri+de+bucure+plu](https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=%C3%8En+c%C4%83mine+%C8%99i+internate+(%C3%AEn+eviden%C8%9Ba+Ministerului+Educa%C8%9Biei)+sunt+107+682+locuri+de+bucure+plu), accesat la 27.01. 2026.

<sup>16</sup> Idem.

<sup>17</sup> *Învățământ preuniversitar | Ministerul Educației și Cercetării, disponibil la edu.ro/invatamant-preuniversitar*, accesat la 28.01. 2026.



și răniți. Având în vedere că decedații nu mai au nevoie de paturi de spital, iar răniții ușor pot fi tratați de urgență și trimiși la domiciliu, se poate considera că ar fi suficientă această capacitate extinsă de spitalizare, dar rămâne problema echipamentelor medicale (în primul rând chirurgicale și ATI), a personalului medical calificat și auxiliar, a materialelor sanitar-farmaceutice (medicamente, pansamente, oxigen, sânge, reactivi, dispozitive medicale etc.) și a logisticii pentru aprovizionare și reaprovizionare cu materiale și pentru transportul răniților și bolnavilor „*de la sine*” și „*către sine*” după caz.

România dispunea în 2025 de 3850 de *autoambulanțe* publice și private (aflate în diferite stări tehnice)<sup>18</sup>, iar SMURD are și 32 de aeronave (avioane și elicoptere, și în curând drone) pentru urgențe medicale<sup>19</sup>, care înlocuiesc fostul AVIASAN al Ministerului Transporturilor.

*Totalul general pe țară ar putea fi de aproape 1 milion de locuri de cazare/spitalizare*, prin efortul comun al Ministerelor Apărării, Sănătății, Internelor, Educației, Turismului, și cel mai important al Finanțelor, deoarece fără bani nu se poate face nimic. Deci *limitarea este numai în privința forțelor și mijloacelor medicale*, care sunt insuficiente permanent, din cauza subfinanțării cronice, iar banii sunt sifonați de sistemul asigurărilor de sănătate. Deși România este teoretic informatizată, aceste date sunt aproximative și nu sunt aduse la zi (din diferite motive), dar oferă o imagine de ansamblu a situației, pe baza căreia pot fi făcute estimări în diferite domenii, pentru viitorul apropiat.

### 3. Amploarea crizelor majore

Crizele majore de orice fel, la nivel național, care ar putea să afecteze medical populația țării, pot fi de diferite ca origine și ca amploare a urmărilor. Acestea pot să survină brusc, în timp de pace (catastrofe antropice sau calamități naturale majore) sau de război (bombardamente, atacuri CBRN etc.). Istoric, pentru România cele mai semnificative au fost (și probabil că vor mai fi) *războaiele*, ca epidemii de politraumatisme, care au cauzat milioane de victime (morți, răniți, bolnavi, invalizi, refugiați etc.), în special în Primul Război Mondial și Al Doilea Război Mondial, situație care probabil se va repeta în Al Treilea Război Mondial, pe care și-l doresc unii. Apoi *epidemiile majore*, care au cauzat sute de mii de victime (decedați, bolnavi, izolați forțat etc.) cum au fost în pandemiile de holeră, febră tifoidă, gripă și covid. Cantitativ sunt urmate de *calamitățile naturale*, care au cauzat în total zeci de mii de victime (morți, răniți, bolnavi, sinistrați etc.).

<sup>18</sup> Valentina Popescu, „România primește 1200 de ambulanțe noi prin PNRR – investiție majoră pentru modernizarea sistemului de urgență”, *Medic 24*, 25.10.2025, disponibil la <https://medic24.ro/romania-primeste-1-200-de-ambulante-noi-prin-pnrr-investitie-majora-pentru-modernizarea-sistemului-de-urgenta/>, accesat la 29.01.2026.

<sup>19</sup> SMURD Salvare Aeriană, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=SMURD+Salvare+Aeriana%2C+https+%2F%2Fsmurd.ro&fr=crmas>, accesat la 29.01.2026.



În toate aceste situații se constată că din populația totală existentă o parte variabilă este expusă direct sau indirect factorilor nocivi, iar mulți vor fi afectați în diferite moduri și cu gravități diferite. Deci, un eveniment extrem de grav, care ar viza întreaga populație a țării noastre, ar putea să fie *cuantificat descrescător cu un ordin de mărime*, astfel:

- populație totală aproximativ 20 milioane;
- populație expusă, care necesită asistență și supraveghere medicală aproximativ 2 milioane;
- populație rănită/bolnavă, care necesită îngrijiri medicale și spitalizare aproximativ 200 000;
- decedați aproximativ 20 000.

În general se observă în evenimente recente din lume, ca și în cele istorice, o **piramidă a pierderilor sanitare în luptă 1:2:3:4**,<sup>20</sup> astfel că la 1 decedat (de care se ocupa Logistica prin sprijinul medical), sunt 2 răniți/bolnavi grav (care necesită îngrijiri intensive în spitale specializate), 3 răniți/bolnavi mediu (care trebuie tratați în spital), 4 răniți/bolnavi ușor care necesită doar prim ajutor medical ambulator (dacă are cine și cu ce să îl acorde) și pot fi îngrijiți la domiciliu sau în comunitate, ori își pot continua activitatea. Conform acestui algoritm statistic (1:2:3:4), ar exista 20 000 de morți, 40 000 de lezați grav, 60 000 de lezați mediu și 80 000 de lezați ușor, deci capacitatea obișnuită de spitalizare ar fi cu mult depășită, iar extinderea ei ar întâmpina probleme serioase de logistică, dar și de forțe și mijloace medicale.

Rezultă că marea majoritate a populației și, în special, a celor afectați de un eveniment deosebit de grav vor suferi numai daune suportabile, pe care le pot gestiona singuri sau cu ajutorul familiei, colegilor, colectivității sau comunității ori al autorităților, dacă acestea se implică eficient. În aceste condiții Guvernul poate să coordoneze toate forțele și mijloacele necesare, deci se poate face față situației cu contramăsuri medicale și nemedicale adecvate.

Dar dacă, presupunând prin absurd, un eveniment extrem de grav ar acoperi și țările învecinate, iar populația României ar fi expusă în totalitate, nevoia de forțe și mijloace, inclusiv medicale, ar fi cu un ordin de mărime mai mare. Dacă sunt și alte țări afectate, ajutorul extern (UE, NATO, OMS, ONU, ecumenic, internațional etc.) nu mai este eficient. Capacitatea autorităților de a gestiona criza sanitară consecutivă va fi depășită, așa cum a demonstrat și criza sanitară Covid care s-a transformat în criza mondială multiplă.

Pentru ca acest tip de situație *gravissima* să nu fie rezolvat doar „*la mila Domnului*” se impune ca autoritățile naționale și mondiale să acționeze preventiv, pentru ca acest tip de situație să nu se producă. Exemplul

<sup>20</sup> Vasile Dumitraș, dr. șt. med., conf. univ., Sergiu Cîrlan, Andrei Marfin (Conducător științific:) Catedra de medicină militară și a calamităților „PIERDERI SANITARE ÎN CONFLICTUL MILITAR CONTEMPORAN”, PDF., disponibil la [https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/8779/1/Cirlan\\_Sergiu\\_Marfin\\_Andrei](https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/8779/1/Cirlan_Sergiu_Marfin_Andrei), accesat la 30.01.2026.



elocvent ar fi atacul nuclear sau războiul total, cu care Marile Puteri încearcă să ne obișnuiască, alianțele militare se amenință reciproc, iar ONU nu reacționează.

#### 4. Terminologie specifică

Pentru precizarea termenilor folosiți, în limba română diferența dintre un spital fix, unul dislocabil și un spital mobil constă în proiectare, scop și mod de utilizare.

**Spitalele fixe** sunt cele existente și cunoscute, clasificate în mici, mijlocii, mari și de importanță națională. Acestea servesc comunitatea locală, pot să coopereze pentru medicina operațională și după caz, își pot mări puțin capacitatea de spitalizare.

**Spitalul dislocabil** este o structură temporară, concepută pentru a fi montată și demontată relativ ușor într-un loc specific, unde este nevoie. Dar atenție: termenul *locație*, folosit uneori sub influența limbii engleze, pretează la confuzii pentru că de fapt acesta desemnează un loc sau obiect închiriat! (locație = închiriere). De obicei este format din corturi, module prefabricate sau containere adaptate, care pot fi transportate și asamblate la fața locului, respectiv demontate pentru mutare. Se folosesc în situații critice, dezastre naturale, catastrofe, operațiuni militare sau crize umanitare, când este nevoie de o facilități medicală semi-permanentă. Necesită un oarecare timp pentru instalare, configurare și punere în funcțiune, dar oferă o capacitate mai mare și o structură mai stabilă decât un spital mobil, având performanțe între acesta și un spital fix.

**Spitalul mobil** este o unitate medicală complet funcțională integrată pe vehicule (sau platforme mobile (autospeciale, autocamioane, autobuze, trailere, remorci auto, vagoane de cale ferată, nave sau aeronave) proiectat pentru deplasare rapidă și intervenție imediată, fără a necesita asamblare complexă. Este ideal pentru urgențe medicale multiple, vaccinare în masă, *screening* medical în zone izolate, sprijin temporar în zone cu acces limitat la servicii medicale sau pentru accidente colective. Capacitatea este limitată față de spitalul dislocabil, dar oferă rapiditate și flexibilitate, de ex. ambulanțe specializate, unități mobile de chirurgie, radiologie sau clinici mobile pentru consultații etc.

În **medicina operațională**, echivalentul **spitalelor mobile** sunt Antenele chirurgicale și Spitalele Rol 1 (infirmieriile de unitate, Plutonul sanitar al Batalionului sau Regimentului etc.), iar al **spitalelor dislocabile** sunt Spitalele Rol 2 (și Rol 2+) și 3. Deci mobil înseamnă că se poate deplasa imediat unde este nevoie, compact, integrat pe vehicule, gata de utilizare rapidă sau chiar în timpul transportului, iar dislocabil înseamnă mai mare, modular, necesită asamblare și este semi-permanent, dar poate fi mutat în timp scurt unde este nevoie.

Același raționament se aplică și Laboratoarelor medicale sau nemedicale. **Laboratorul mobil** este compact, integrat în vehicule, gata de utilizare rapidă sau chiar în timpul mersului, fiind ideal pentru intervenții de urgență (de exemplu Laboratorul Biologic al Echipei Mobile de Intervenție



Biologică al fostului CCSMM). *Laboratorul dislocabil* este mai spațios, modular pe vehicule specializate și containere, multifuncțional, necesită asamblare, fiind potrivit pentru operațiuni mai lungi și complexe, de exemplu Laboratorul de Medicină Preventivă al TO. Acestea pot să funcționeze independent sau în cadrul ori pe lângă un spital militar sau militarizat.

### 5. Evaluare critică

Această *estimare optimistă* are și limitări, din cauza subfinanțării cronice a sistemului medical românesc, a desființării circumscripțiilor sanitare și sanitar-veterinare (înființate în secolul XIX pe model francez de Carol Davila, modernizate în secolul XX de Ioan Cantacuzino (care erau finanțate integral de stat, conform Constituției) și desființate în secolul XXI pentru a fi înlocuite cu Sistemul de Asigurări de sănătate), a insuficienței de personal medical calificat și specializat (pensionat sau emigrat), spitale vechi cu risc seismic și cu instalații neconforme (de ex. apa curentă de la INCDMM Cantacuzino nu este potabilă), riscul de incendiu la ATI, parcul învechit de autosanitare, desființarea trenurilor sanitare și a navelor fluviale și maritime care puteau deveni sanitare la nevoie, desființarea flotei aeriene AVIASAN, desființarea majorității spitalelor din zona rurală și a saloanelor de bolnavi de la fostele dispensare medicale rurale, desființarea infirmeriilor de garnizoană etc., pentru suplinirea cărora trebuie găsite alte facilități, dacă este posibil.

**Forțele militare** au dotarea și încadrarea serviciului medical pentru pace și pentru război, și mizează inclusiv pe mobilizarea de personal medical civil pentru nevoile armatei. Dar populația civilă, care și așa are deficit de asistență medicală, va avea și mai puțină, tocmai când are nevoie de mai multă asistență medicală. Profesioniștii în sănătate din România erau 366 821, dintre care 70 000 medici și 155 000<sup>21</sup> asistenți medicali, cu mult sub media europeană (iar Ministerul Sănătății nu scoate toate posturile la concurs!), personalul auxiliar (infirmieri, brancardieri etc.) 76 000 de persoane plus personal TESA. Ca urmare, armata se implică în urgențele sanitare naționale, cum a fost în pandemia de Covid-19, cu 3 spitale de campanie Rol 2 (3) la București, Constanța și Timișoara, iar în caz de atac CBR contribuie la diagnostic specific și indicații terapeutice pentru medicina civilă și cea veterinară. Dar cantitativ, nu poate să asigure medical (supraveghere, diagnostic, tratament, profilaxie, recuperare etc.) întreaga populație, ci doar forțele luptătoare.

În principiu, *personalul medical poate fi mărit* sau suplinit pentru ajutor, cu studenți la medicină, medici pensionari, specialiști din arii înrudite, de exemplu medicii dentiști pot fi ajutoare (în echipe multifuncționale) ale chirurgilor, în special la plăgi la cap și gât, sau ale medicilor ATI, având în vedere experiența lor de anestezie locală, chiar și

<sup>21</sup> INSSE, Baze de date statistice-TEMPO-Online serii de timp, Distribuții pe categorii, <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=WS+INS+Personalul+medico-sanitar+pe+categorii&fr>, accesat la 30.01. 2026.



medici veterinari cu experiență de chirurgie etc. La aceștia se adaugă și voluntari de Cruce Roșie, organizați prin filialele județene ale Societății Naționale de Cruce Roșie Română (CRR cu 47 de filiale județene), teoretic cu mii de membri, dar nimeni nu știe câți ar veni în realitate și ce nivel practic de cunoștințe medicale ar avea, ori alte persoane binevoitoare organizate prin autoritățile locale sau ONG-uri, care pot suplini personalul auxiliar. CRR joacă un rol important ca auxiliar al autorităților publice, dar capacitatea sa de mobilizare a voluntarilor depinde de situațiile de urgență (dezastre, calamități, pandemii, război etc.), deci aportul său este greu de cuantificat pentru situații reale.

Se poate considera că *în context strict militar medicina militară de campanie poate să facă față oricărei situații*, eventual cu colaborarea Sistemului național de sănătate sau al aliaților. Dar pentru crize care afectează întreaga populație românească, *Sistemul național de sănătate poate gestiona cu succes numai crizele de mică și medie intensitate*, care afectează direct sub 1% din populația totală. Dar cu condiția ca autoritățile politice să nu intervină cu măsuri inadecvate, așa cum s-a întâmplat în pandemia de Covid-19.

Este posibil ca în *crizele majore de mare intensitate*, care afectează teoretic până la 5% din populație, deci peste 1 milion de oameni, Sistemul Național de Sănătate să fie depășit ca forțe și mijloace, să fie nevoit să extindă la maximum capacitățile de spitalizare temporară și de cazare, dar să se rezume numai la activitățile esențiale, în limita forțelor și mijloacelor existente. Se speră că o asemenea situație nu va surveni niciodată, dar „*niciodată nu trebuie să spui niciodată!*”, trebuie să existe o pregătire măcar la nivel conceptual și organizatoric pentru situații extreme.

Medicina trebuie să respecte principiul de bază că *toți bolnavii trebuie să fie diagnosticați și tratați, indiferent de situație*, deci la nevoie se acordă primul ajutor și se improvizează, dar nu este abandonat niciun rănit sau bolnav. Deși uneori, după cum aflăm din presă, unele spitale finanțate de asigurările de sănătate încalcă acest principiu și intră în conflict cu legea.

## 6. Comentariu

Pierderile sanitare în campaniile actuale au proporții și structuri diferite față de războaiele mondiale și diferă și în funcție de caracteristicile proprii sau chiar în timpul desfășurării luptelor. Medicina de campanie ține cont de nevoile și schimbările intervenite și se adaptează corespunzător.

Pentru medicii militari care trebuie să estimeze înaintea fiecărei operațiuni militare nivelul și structura pierderilor sanitare pentru a organiza proactiv forțele și mijloacele medicale, se poate aplica, pe baza datelor statistice actuale, o modalitate rapidă de calcul estimativ, bazată pe ***piramida numărului de pierderi sanitare 1:2:3:4*** (respectiv morți, răniți grav, mediu, ușor), care poate fi adaptată numeric în funcție de situația existentă.

Medicina militară asigură în principal forțele armate, iar medicina civilă asigură populația generală, cu colaborări și cooperări în funcție de



situație, iar în caz de nevoie crizele sanitare de orice fel vor putea fi controlate, dacă guvernul sprijină eficient această activitate.

### Concluzii

Această problemă, de medicină operațională, dar și de sănătate publică este greu de rezolvat chiar și în țări cu economie dezvoltată.

Numai prin efort național concertat, gradat și flexibil, în funcție de necesități și de posibilități, se poate face față oricărei crize sanitare, de orice natură și orice intensitate, pentru ca prin contramăsuri adecvate, medicale și nemedicale, să se limiteze urmările.

Capacitatea suplimentară de spitalizare la nivel național, în caz de forță majoră, este un element cheie al medicinei operaționale la război și al sănătății publice în caz de epidemie, catastrofă, sau calamitate.



### BIBLIOGRAFIE

#### Surse oficiale

Constituția României, Titlul II, Dreptul la ocrotirea sănătății, Capitolul II, Art. 34;

Legea nr 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, secțiunea despre colaborarea instituțională în situații de urgență, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=Legea+nr+95-%2F2006;>

HOTĂRÂRE Nr. 1.004 din 20 octombrie 2023 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate pentru perioada 2023 - 2030) Publicată în: Monitorul Oficial Nr. 962 bis din 24 octombrie 2023;

HOTĂRÂREA DE GUVERN nr 557/2016 privind managementul situațiilor de urgență, Portal legislativ, disponibil la [https://uk.search.yahoo.com/search;\\_ylt=AwrlveoEK4dpY3oSK.ZLBQx;](https://uk.search.yahoo.com/search;_ylt=AwrlveoEK4dpY3oSK.ZLBQx;)

STRATEGIA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE 2023-2030, „Pentru sănătate, împreună”, disponibil la [emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=MEDICINA+OPERAȚIONALĂ+ȘI+EXTINDEREA+CAPACITĂȚII+DE+SPITALIZARE;](https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=MEDICINA+OPERAȚIONALĂ+ȘI+EXTINDEREA+CAPACITĂȚII+DE+SPITALIZARE;)

Curs de guvernare, Sănătatea – o componentă socială care devine domeniu de siguranță națională, disponibil la <https://cursdeguvernare.ro/conferinte/sanatatea-o-componenta-sociala-care-devine-domeniu-de-siguranta-nationala;>

Institutul Național de Statistică (I.N.S.), București, 2025, INS Hotelurile clasificate cu 3 și 4 stele domină piața, reprezentând 82% din total, Trends HRB, disponibil la [emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=Institutul+Național+de+Statistică+\(I.N.S.\)%2C+București%2C;](https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=Institutul+Național+de+Statistică+(I.N.S.)%2C+București%2C;)

I.N.S., Structurile de cazare turistică din România, în creștere cu 5,8% la 31 iulie 2025, disponibil la [agerpres.ro/economic/2025/10/24/structurile-](https://agerpres.ro/economic/2025/10/24/structurile-)



de-cazare-turistica-din-romania-in-crestere-cu-5-8-la-31-iulie-2025  
1496726;

I.N.S, Există 107.682 de locuri de cazare în cămine pentru studenți, disponibil la [https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=%C3%8En+c%C4%83mine+%C8%99i+internate+\(%C3%AEn+viden%C8%9Ba+Ministerului+Educa%C8%9Biei\)+sunt+107+682+locuri+de+bucure+plu;](https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=%C3%8En+c%C4%83mine+%C8%99i+internate+(%C3%AEn+viden%C8%9Ba+Ministerului+Educa%C8%9Biei)+sunt+107+682+locuri+de+bucure+plu;)

Institutul Național de Statistică și Studii Economice (INSSE), Baze de date statistice-TEMPO-Online serii de timp, Distribuții pe categorii, disponibil la [https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=WS+INS+Personalul+medico\\_sanitar+pe+categorii&fr;](https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=WS+INS+Personalul+medico_sanitar+pe+categorii&fr;)

### **Surse de autor**

DUMITRAȘ V., CÎRLAN S., MARFIN A., (Conducător științific:) Catedra de medicină militară și a calamităților „PIERDERI SANITARE ÎN CONFLICTUL MILITAR CONTEMPORAN”, pdf., disponibil la [https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/8779/1/Cirlan\\_Sergiu\\_Marfin\\_Andrei;](https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/8779/1/Cirlan_Sergiu_Marfin_Andrei;)

IONESCU F., Institutul Național de Statistică, „Cu cât a crescut numărul de medici în România, în anul 2023, *Viața Medicală*, 2, 2024, disponibil la <https://www.viata-medicala.ro/ins-cu-cat-a-crescut-numarul-de-medici-in-romania-in-anul-2023-38190>

IONESCU V., „Guvernul stabilește și reglementează medicina de război-asistența medicală operațională”, disponibil la <https://curs-deguvernare.ro/guvern-reglementeaza-medicina-razboi>, disponibi la html;

POPESCU V., „România primește 1200 de ambulanțe noi prin PNRR – investiție majoră pentru modernizarea sistemului de urgență”, *Medic 24*, 25.10 2025, disponibil la [https://medic24.ro/romania-primeste-1-200-de-ambulante-noi-prin-pnrr-investitie-majora-pentru-modernizarea-sistemului-de-urgenta/;](https://medic24.ro/romania-primeste-1-200-de-ambulante-noi-prin-pnrr-investitie-majora-pentru-modernizarea-sistemului-de-urgenta/)

PUȘCAȘ F., „Guvernul Bolojan pregătește o schimbare controversată în Sănătate, Reducere masivă a paturilor de spitalizare”, disponibil la [https://www.stiripesurse.ro/guvernul-bolojan-pregateste-o-schimbare-controversata-in-sanatate-reducere-masiva-a-paturilor-de-spitalizare\\_3730100.html;](https://www.stiripesurse.ro/guvernul-bolojan-pregateste-o-schimbare-controversata-in-sanatate-reducere-masiva-a-paturilor-de-spitalizare_3730100.html;)

### **Surse web**

Ministrul Sănătății, dr. Victor Costache, declarație Covid 2019, Decizie surprinzătoare. Ministrul Sănătății, Victor Costache, a demisionat, disponibil la [stirileprotv.ro/stiri/politic/decizie-surprinzatoare-surse-ministrul-sanatatii-victor-costache-a-demisionat.html;](http://stirileprotv.ro/stiri/politic/decizie-surprinzatoare-surse-ministrul-sanatatii-victor-costache-a-demisionat.html)

Schimbări radicale în sănătate. Noua strategie pentru pacienți, aprobată de Ministerul Sănătății, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF8&p=Guvernul+Rom%C3%A2niei+a+adoptat+%C3%AEn+2025+o+strategie+de+reform%C4%83+a+s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C5%A3ii&fr=crmas;>



Personalul medico-sanitar din România, disponibil la [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=Awr.Qs\\_CMIdpScoS4FdLBQxylu=Y29sbwN-pcjIEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA;](https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awr.Qs_CMIdpScoS4FdLBQxylu=Y29sbwN-pcjIEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA;)

Învățământ preuniversitar | Ministerul Educației și Cercetării, disponibil la [edu.ro](http://edu.ro) › invatamant-preuniversitar;

Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare, Salvare Aeriană, disponibil la <https://emea.search.yahoo.com/search?ei=UTF-8&p=SMURD+Salvare+Aeriana%2C+https+%2F%2Fsmurd.ro&fr=crmas>.

