



POLICJA



KWARTALNIK KADRY KIEROWNICZEJ POLICJI

konferencja

kradzież
tożsamości

Szczytno, 19 stycznia 2016 r.

Biblioteka, III piętro, sala 314

Volume 17, Issue 1



**Ratownictwo medyczne w działaniach bojowych
policyjnych sił specjalnych — rys historyczny**

**Budowanie kompetencji zarządczych
kierowników jednostek**

Zmiany w trybach konsensualnych

WYŻSZA SZKOŁA POLICJI W SZCZYTNI

NOWOŚCI WYDAWNICZE WYDAWNICTWA WYŻSZEJ SZKOŁY POLICJI



Zarządzanie bezpieczeństwem imprez masowych i zgromadzeń publicznych.
Wymiar organizacyjno-praktyczny

Pod redakcją naukową
Mariusza Nepelskiego,
Jarosława Struniawskiego

ISBN 978-83-7462-509-8

oprawa twarda,
format B5,
ss. 256



Współczesne problemy wykroczeń.
Materialnoprawna i procesowa
problematyka wykroczeń

Pod redakcją
Izabeli Nowickiej,
Agnieszki Sadło-Nowak

ISBN 978-83-7462-512-8

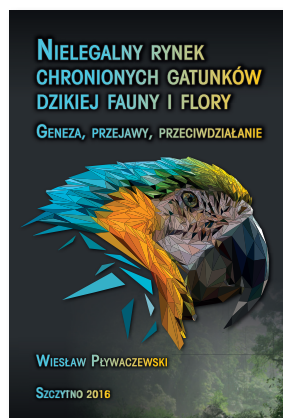
oprawa twarda,
format B5,
ss. 312



Małgorzata Pawłowicz
Nowa jakość projektów teleinformatycznych a bezpieczeństwo organizacji Policji

ISBN 978-83-7462-510-4

oprawa miękka,
format B5,
ss. 204



Wiesław Pływaczewski

Nielegalny rynek chronionych gatunków dzikiej fauny i flory.
Geneza, przejawy, przeciwdziałanie

ISBN 978-83-7462-520-3

oprawa twarda,
format B5,
ss. 320



POLICJA



KWARTALNIK KADRY KIEROWNICZEJ POLICJI

Komitet redakcyjny: przewodniczący — Piotr Bogdalski; członkowie: Jarosław Szymczyk, Robert Żółkiewski, Tomasz Szankin, Roman Stawicki, Rafał Batkowski, Rafał Kocharczyk, Michał Stępiński, Irmína Gołębiewska

Zespół redakcyjny: Danuta Bukowiecka (redaktor naczelny), Krzysztof Łojek (zastępca redaktora naczelnego), Aleksander Babiński (sekretarz redakcji), Ryszard Chmielewski (redaktor statystyczny), Mariola Bił (redaktor językowy)

Redakcja wydawcy: Iwona Pac (redakcja językowa), Adam Rogala (redakcja techniczna)

Wydawca: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji, 12-100 Szczytno, ul. Marsz. J. Piłsudskiego 111, e-mail: wwip@wspol.edu.pl, telefony kontaktowe: 89 621 51 50 (red. nacz.), 89 621 59 21 (zast. red. nacz.), 89 621 51 02 (sekretarz red.), fax 89 621 54 48

© Wszelkie prawa zastrzeżone — WSPol Szczytno

ISSN 1640-9280

Wersją referencyjną tytułu jest wersja drukowana

Zgodnie z komunikatem Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 23 grudnia 2015 r., za publikację w naszym periodyku „Policja. Kwartalnik Kadry Kierowniczej Policji” uzyskuje 6 punktów w kategorii czasopism naukowych nieposiadających współczynnika wpływu Impact Factor (IF).

Zdjęcie na okładce: Prof. dr hab. Andrzej Zybertowicz i dr. hab. Tomasz Aleksandrowicz podczas konferencji naukowej „Kradzież tożsamości” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Policji w Szczytnie. Fot. D. Bruski

SPIS TREŚCI

MATERIAŁY / MATERIALS

- Kuba Jałoszyński, *Ratownictwo medyczne w działaniach bojowych policyjnych sił specjalnych — rys historyczny. Współczesne uwarunkowania* / THE ROLE OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN ACTIONS OF POLICE SPECIAL FORCES — HISTORY, MODERN CONDITIONS 2
- Rafał Kwasiński, Przemysław Wrzosek, *Problematyka detekcji kłamstwa. Ocena prawdziwości w procesie wykryczym przy wykorzystaniu współczesnych osiągnięć naukowych i nowoczesnych technologii* / LIE DETECTION ISSUES. TRUTHFULNESS EVALUATING IN THE INVESTIGATION USING MODERN SCIENTIFIC AND ADVANCED TECHNOLOGY ACHIEVEMENTS 9

OKIEM PRAWNIKA / IN THE LAWYER'S EYES

- Paweł Gacek, *Obowiązek złożenia oświadczenia o stanie majątkowym przez funkcjonariusza Policji* / THE OBLIGATION TO SUBMIT A DECLARATION OF PROPERTY STATUS BY A POLICE OFFICER 19
- Monika Porwisz, *Zmiany w trybach konsensualnych* / AMENDMENTS OF CONSENSUAL FINALIZATION OF CRIMINAL PROCEEDINGS 27
- Monika Porwisz, *Nieobligatoryjny charakter anonimizacji danych adresowych w k.p.k.* / NON — OBLIGATORY NATURE OF THE DATA ANONYMOUS ADDRESS IN CRIMINAL PROCEDURAL LAW 31

BEZPIECZEŃSTWO WEWNĘTRZNE / INTERNAL SECURITY

- Paweł Setecki, Katarzyna Ćwik, *Ludność cywilna w obliczu incydentu bombowego. Polska na tle wybranych państw* / CIVILIANS IN THE FACE OF A BOMBING INCIDENT. POLAND NEXT TO SELECTED COUNTRIES 38

POLICJA A SPOŁECZEŃSTWO / POLICE AND SOCIETY

- Agnieszka Sadło-Nowak, Marcin Nowak, *Przekroczenie uprawnień w związku z użyciem/wykorzystaniem paralizatora elektrycznego* / ABUSE OF POWER IN CONNECTION WITH THE USE OF AN ELECTRIC STUN GUN ... 46

RAPORT Z BADAŃ / RESEARCH REPORT

- Dubis Małgorzata, *Młodzież w świecie współczesnych zagrożeń* / YOUTH IN THE WORLD OF CONTEMPORARY THREATS 51
- Rafał Bałdyga, *Rola Policji podczas zabezpieczania meczów piłki nożnej* / POLICE OFFICER SAFETY AT THE STADIUM 57

DOSKONALENIE ZAWODOWE / PROFESSIONAL PERFECTING

- Rafał Batkowski, *Budowanie kompetencji zarządczych kierowników jednostek — zarys inicjatywy* / BUILDING UP MANAGEMENT SKILLS OF POLICE SENIOR EXECUTIVES 64
- Marcin Nowak, *Paralizator elektryczny jako środek przymusu bezpośredniego wykorzystywany przez Żandarmerię Wojskową* / ELECTRIC STUN GUN AS A MEANS OF DIRECT COERCION USED BY THE MILITARY POLICE 68

SPRAWOZDANIA / ACCOUNTS

- Piotr Mikosza, *Sprawozdanie z II Ogólnopolskich Zawodów Narciarskich dla Funkcjonariuszy Policji* / THE MODEL OF A COMMUNITY POLICE OFFICER AND THE ASSESSMENT OF THE NEIGHBOURHOOD POLICE UNIT 74

POLICYJNE CENTRUM INFORMACYJNE / POLICE INFORMATION CENTRE

- Agnieszka Sadło-Nowak 78

BIBLIOTEKA WSPÓL / LIBRARY OF THE POLICE ACADEMY IN SZCZYTNO

- Jadwiga Rykowska, *Migracje legalne i nielegalne w Unii Europejskiej — szanse i zagrożenia. Wybór publikacji dostępnych w Bibliotece Wyższej Szkoły Policji w Szczytnie* / MIGRATIONS LEGAL AND ILLEGAL IN THE EUROPEAN UNION — OPPORTUNITIES AND THREATS. SELECTION OF PUBLICATIONS AVAILABLE IN THE LIBRARY OF THE POLICE ACADEMY IN SZCZYTNO 81

FOTOKRONIKA / PHOTO CHRONICLE 85

MATERIAŁY

Kuba Jałoszyński¹

Ratownictwo medyczne w działaniach bojowych policyjnych sił specjalnych — rys historyczny. Współczesne uwarunkowania

Streszczenie: Wskutek ewolucji zagrożeń o charakterze niemilitarnym, w których wszelki środek walki pełni istotną funkcję — jak chociażby w obszarze zagrożeń terrorystycznych czy też przestępczości, element ratownictwa medycznego zaczął odgrywać pierwszoplanową rolę. Ukształtowała się profesja określana w języku angielskim jako: paramedic. Ratowanie życia ludzkiego podczas działań bojowych prowadzone jest w ramach: Tactical Combat Casualty Care (Taktyczna Opieka nad Poszkodowanym w Warunkach Bojowych). Udzielanie pomocy medycznej policjantom rannym podczas wykonywania obowiązków służbowych w naszym kraju odbywa się w większości przypadków na podstawie cywilnej służby zdrowia. Wyjątek stanowią działania mine-rów — pirotechników. Zabezpieczenie medyczne działań policyjnych sił specjalnych — Oddziałów Prewencji Policji oraz Samodzielnych Oddziałów Prewencji Policji, odbywa się przy wykorzystaniu zespołów medycznych (lekarze i pielęgniarki), będących komórkami organizacyjnymi tych pododdziałów. W pododdziałach antyterrorystycznych Policji tylko Wydział Antyterrorystyczny KSP (obecnie Biuro Operacji Antyterrorystycznych KGP) miał w swoich strukturach zespół medyczny. Momentem przełomowym w podejściu do zabezpieczenia medycznego działań policyjnych były wydarzenia w Magdalence koło Warszawy. W Biurze Operacji Antyterrorystycznych rozpoczęto szkolenia, których celem było profesjonalne przygotowanie policjantów — ratowników medycznych. Sytuacja z funkcjonowaniem w ramach biura zespołu medycznego na przestrzeni ostatnich lat ulegała zmianie. W maju 2010 r. komendant główny Policji wprowadził zmiany w strukturze organizacyjnej BOA KGP — zlikwidowano zespół medyczny. Trzy lata później dokonano kolejnej zmiany w strukturze organizacyjnej BOA. Przywróciła ona „zespół medyczny”, w odróżnieniu od poprzedniego rozwiązania przewidywał zatrudnienie w nim ratowników medycznych, a nie lekarzy. Ratownictwo medyczne stało się jednym z elementów kursów specjalistycznych realizowanych w Wyższej Szkole Policji w Szczytnie.

Słowa kluczowe: Policja, pododdział antyterrorystyczny, ratownik medyczny, działania bojowe

Abstract: As a result of the evolution of non-military threats, where all measures of combat play an important role — as for example in the area of terrorist threats or crime, a medical emergency element began to play a leading role. That is why, was created service called as “paramedic” and it’s important role Tactical Combat Casualty Care. Providing medical assistance to policemen injured while performing duties in our country takes place in most cases on the basis of the civilian health service. Exceptions of this rule are activities of sappers. Medical securing of police special forces are carried out using medical teams (doctors and nurses), which are cells of the organizational sub-units. The turning point in the approach to medical security for special police forces, were events in Magdalenska. The Bureau of the Counter-terrorist Operations started training aimed at professional preparation of policemen — paramedics. This situation in recent years has been changing. In May 2010, Commander in Chief of the Police has introduced changes in the organizational structure of the Bureau of the Counter-terrorist Operations — medical team has liquidated. Next structural change, restored the “medical team”, in contrast to the previous solution provided employment of paramedics, not doctors. Emergency medical services has become one of the elements of specialized courses conducted at the Police Academy in Szczytno.

Keywords: The police, anti-terrorist division, paramedic, combat operations

Od wieków celem starcia zbrojnego, niezależnie od jego wymiaru: taktycznego, operacyjnego czy też strategicznego, było i jest, zgodnie z terminologią sztuki wojennej, między innymi: obezwładnienie siły żywej przeciwnika.

Jest to bardzo dyplomatyczne określenie dążenia do ranienia i pozbawiania życia przeciwnika. Tak jak rozwijała się przez wieki sztuka wojenna i środki walki, tak też rozwijała się dziedzina medycyny związana z ratowaniem życia ludzkiego na polu walki. Przez lata funkcjonowała w ramach sił zbrojnych profesja sanitariusza. Była to osoba — żołnierz, przeszkolony do udzielania pierwszej pomocy medycznej w czasie walki. Niewątpliwie podejmowane na polu walki medyczne działania ratownicze miały wpływ na rozwój i ukształtowanie się dziedziny medycyny, określanej jako medycyna ratunkowa — „dziedzina medycyny mającą zastosowanie w szpitalnych oddziałach ratunkowych, na miejscu wypadku (w zmienionej formie) i we wszystkich przypadkach nagłych zachorowań. Pomoc medyczna, stabilizacja podstawowych funkcji życiowych,

¹ Prof. dr hab. Kuba Jałoszyński — profesor doktor habilitowany nauk społecznych. Od ponad 30 lat zajmuje się problematyką związaną z walką z terroryzmem i przeciwdziałaniem zagrożeniom terrorystycznym. Przez 23 lata służył w warszawskim pododdziale antyterrorystycznym, w tym przez 9 lat jako jego dowódca. Twórca koncepcji utworzenia centralnego pododdziału kontrterrorystycznego Policji. Pełnomocnik komendanta głównego Policji do jego utworzenia (2002 r.). Doradca ministra spraw wewnętrznych i administracji ds. terroryzmu, sekretarz Międzyresortowego Zespołu ds. Zagrożeń Terrorystycznych, kierownik Stałej Grupy Ekspertskiej przy tym Zespole (2006/2007 r.). Nauczyciel akademicki w Wyższej Szkole Policji w Szczytnie.

Kontakt z autorem za pośrednictwem redakcji.

przekazanie poszkodowanego do odpowiedniego oddziału. Działanie na etapie przedszpitalnym i szpitalnym”². Konflikty zbrojne na Bliskim Wschodzie, w Izraelu, Iraku czy Afganistanie miały istotne znaczenie dla kierunków jej rozwoju i tworzenia środków technicznych i medycznych, przeznaczonych do ratowania życia ludzkiego.

Z czasem, wskutek ewolucji zagrożeń o charakterze niemilitarnym, w których wszelki środek walki odgrywa istotną rolę — jak chociażby w obszarze zagrożeń terrorystycznych czy też przestępczości, ratownictwo medyczne w środowisku prowadzenia działań bojowych przez podmioty odpowiedzialne za bezpieczeństwo wewnętrzne zaczęło odgrywać pierwszoplanową rolę. Miało to bezpośredni związek z doświadczeniami z przeprowadzonych akcji czy też operacji, w których uczestniczący w nich funkcjonariusze odnosili rany, a udzielenie im pomocy było utrudnione ze względu na możliwość rażenia ich przez terrorystów lub przestępców ogniem z broni palnej, używaniem granatów i materiałów wybuchowych.

Z czasem ukształtowała się profesja określana w języku angielskim jako: *paramedic*, co w tłumaczeniu na język polski oznacza ratownika medycznego — „osoba wykonująca zawód medyczny, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji bezpośredniego, nagłego stanu zagrożenia życia lub zdrowia. Ratownik Medyczny podczas udzielania pomocy korzysta z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu (sam jednak nie jest funkcjonariuszem publicznym)”³.

Ratowanie życia ludzkiego podczas działań bojowych musi być realizowane na podstawie wypracowanej w tym obszarze taktyki działania, określanej mianem ratownictwa taktycznego — *Tactical Combat Casualty Care* (taktyczna opieka nad poszkodowanym w warunkach bojowych, dalej jako TCCC). Powodem powstania TCCC były wnioski z wydarzeń, jakie miały miejsce 3–4 października 1993 r. w Mogadiszu (Somalia). Siły amerykańskie — żołnierze sił specjalnych, starły się z bojownikami Mohameda Farraha Aidida. Zaplanowana na 45 minut akcja przerodziła się w regularną bitwę. W jej wyniku śmierć poniosło 19 żołnierzy, a 84 zostało rannych. Wydarzenia stały się podstawą do powstania filmu „Helikopter w ogniu”. Wielu rannych ze względu na sytuację na polu walki nie mogło liczyć na szybką pomoc i ewakuację. Ich życie zależało od medyków, którzy znajdowali się na miejscu akcji. Na podstawie wniosków z przebiegu działań zmieniono sprzęt i wyposażenie medyczne, jakie do tej pory zabierali ze sobą ratownicy medyczni oraz wypracowano taktykę działania ratowników podczas udzielania pomocy medycznej w działaniach bojowych. Impulsem wprowadzenia rozwiązań TCCC w siłach układu pozamilitarnego

— policji, były z kolei wydarzenia z 28 lutego 1997 r. w USA. W północnym Hollywood dwóch zamaskowanych mężczyzn napadło na bank. Byli uzbrojeni między innymi w karabiny AK-47, G3, AR-15, mieli na sobie kamizelki kuloodporne. Dodatkowo byli pod wpływem narkotyków. Między bandytami a siłami policyjnymi wywiązał się trwająca prawie godzinę wymiana ognia. Wielu rannych policjantów oczekiwało na pomoc medyczną ze strony cywilnej służby zdrowia. Jednak nieuzbrojeni i nieprzygotowani do tego typu działań ratownicy nie mogli udzielić im pomocy. Po tym wydarzeniu zaczęto szkolić i wyposażać ratowników medycznych — policjantów, zwłaszcza z oddziałów sił specjalnych SWAT (*Special Weapons and Tactics*, pol. Specjalne Wyposażenie i Taktyka), tak aby byli przygotowani do udzielania pomocy medycznej w warunkach prowadzenia działań bojowych, w sytuacji możliwości rażenia ogniem ze strony przestępców⁴. Doświadczenie bojowe pododdziałów antyterrorystycznych wykazało, że pomimo obecności na miejscu działań wyspecjalizowanych służb medycznych (cywilnych) udzielenie pierwszej pomocy nie jest możliwe. Zrodziło to konieczność rozszerzenia składów zespołów szturmowych o policjanta posiadającego specjalną wiedzę i umiejętności — paramedyka bojowego⁵. Ratownictwo taktyczne określane jest mianem tzw. czerwonej taktyki — powiązanie medycyny pola walki z taktyką szturmową. To system ściśle połączonych działań mających za zadanie ewakuację z miejsca bezpośredniej walki. Jej głównym celem jest ratowanie życia rannym przy wykorzystaniu odeskoku, odparcia ataku i udzielenia pomocy przedmedycznej⁶.

Udzielanie pomocy medycznej policjantom rannym podczas wykonywania obowiązków służbowych w naszym kraju odbywa się w większości przypadków przez cywilną służbę zdrowia. W sytuacji gdy policjanci odniosą obrażenia, wzywa się na miejsce medyczny zespół pogotowia ratunkowego. Wyjątek stanowią działania minierów — pirotechników, kiedy wysyłana jest karetka typu „S” (specjalistyczna), z minimum trzysobową obsadą, gdzie każda z wyżej wymienionych osób musi wykonywać zawód medyczny (ratownik medyczny, pielęgniarz systemu, lekarz). W przypadku gdy żaden z innych członków zespołu nie ma uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, czwartą osobą w zespole może być kierowca bez wykształcenia medycznego⁷, taki zespół wzywany jest na miejsce w chwili podejmowania czynności zmierzających do neutralizacji podejrzanego pakunku czy też przedmiotu. Zabezpieczenie medyczne działań policyjnych sił specjalnych — oddziałów prewencji Policji oraz samodzielnych oddziałów prewencji Policji — odby-

² <https://pl.wikipedia.org/wiki/Ratownik_medyczny>, 1 marca 2016 r.

³ Tamże.

⁴ TM, ŁJ, J. Deneka, *Tactical Combat Casualty Care*, „SPECIAL OPS” 2010, 7/8(5), s. 48–50.

⁵ W. Zubrzycki i in., *Pierwsza pomoc w działaniach specjalnych Policji*, Szczytno 2011, s. 9.

⁶ <<http://gazeta.policja.pl/997/przydatne-w-sluzbie/czerwona-taktyka>>, 5 marca 2016 r.

⁷ <<https://pl.wikipedia.org/wiki/Ambulans>>, 4 marca 2016 r.

wa się przy wykorzystaniu zespołów medycznych (lekarze i pielęgniarki), będących komórkami organizacyjnymi tych pododdziałów.

W pododdziałach antyterrorystycznych Policji tylko Wydział Antyterrorystyczny KSP (w 2000 r. przekształcony w Samodzielny Pododdział Antyterrorystycznych Policji w Warszawie, a obecnie funkcjonujący jako Biuro Operacji Antyterrorystycznych KGP), miał w swoich strukturach zespół medyczny — dwa etaty policyjne lekarza i dwa pielęgniarki. Do dyspozycji zespołu były dwie kratki typu „T” — transportowe, używane do transportu chorych niewymagających intensywnego nadzoru lub transportu, np. krwi. W skład załogi wchodzi najczęściej kierowca i ratownik. Obecnie nazywane są one po prostu transportowymi. Spotyka się również karetki transportowe lekarskie, w skład załogi wchodzi wtedy również lekarz. Wykorzystywane są one do transportu chorych wymagających nadzoru lekarskiego (w ciężkich stanach)⁸. Były to pojazdy na bazie rodzimego samochodu „Polonez”, oraz terenowy Land Rover. Od 2014 r. zarówno w Biurze Operacji Antyterrorystycznych (BOA), jak i w oddziałach i pododdziałach prewencji, zespoły medyczne mają do dyspozycji karetki typu „P” — podstawowe — załoga składa się co najmniej dwóch ratowników lub pielęgniarki systemu (bez lekarza). W przypadku gdy żaden z innych członków zespołu nie ma uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, trzecią osobą w zespole może być kierowca, który jest osobą bez wykształcenia medycznego⁹. Obecnie samochody używane jako karetki produkowane są na bazie VW Transportera.

W samodzielnych pododdziałach antyterrorystycznych Policji (SPAP) i sekcjach antyterrorystycznych (SAT) w kraju takich komórek organizacyjnych (zespołów medycznych) w ich strukturach nie było i nie ma.

Do 2003 r. funkcjonariusze Policji przechodzili przeszkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej w ramach ogólnych — podstawowych umiejętności, których uczono na zajęciach z bezpieczeństwa i higieny pracy. Momentem przełomowym w podejściu do zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, były wydarzenia w Magdalence koło Warszawy. Podczas akcji w nocy z 5 na 6 marca 2003 r., mającej na celu zatrzymanie dwóch sprawców zabójstwa policjanta w 2002 r. (w Parolach koło Warszawy), w wyniku eksplozji podłożonego przez przestępców ładunku wybuchowego, śmierć poniosło dwóch policjantów zarządu bojowego Centralnego Biura Śledczego. Obaj przestępcy zginęli w trakcie wymiany ognia. Szesnaście policjantów zostało rannych. Przybyłe na miejsce medyczne zespoły ratunkowe nie mogły wejść w strefę działań. Udzielanie pomocy medycznej rannym odbywało się dopiero po wyprowadzeniu rannych ze strefy rażenia ogniem przez przestępców. Było to bardzo utrudnione ze względu na intensywność prowadzonego przez nich ostrzału. Powyż-

sza sytuacja była bliźniaczo podobna do tych, które były opisywane wcześniej — Mogadisz, Północne Hollywood.

Niezwykle istotnym wnioskiem z akcji w podwarszawskiej Magdalence była uwidoczniona kwestia udzielania pomocy medycznej rannym podczas działań policjantom. W warunkach walki, kiedy przeciwnik razi ogniem teren, na którym znajdują się ranni funkcjonariusze, udzieleni im pomocy medycznej przez cywilne zespoły ratownictwa medycznego jest niemożliwe. Po pierwsze nie ma takich przepisów, które nakazywałyby im wejście w taką strefę, po drugie sytuacja taka jest niedopuszczalna, ponieważ stanowi bezpośrednie narażenie życia i zdrowia osób, których zadaniem jest udzielenie pomocy rannym. Dlatego właśnie działania bojowe policyjnych antyterrorystów wymagają odpowiedniego zabezpieczenia medycznego, opartego na udziale w nich osób posiadających umiejętności udzielania pomocy medycznej w warunkach walki oraz możliwych ran, jakie mogą oni odnieść (rany postrzałowe, szarpane w wyniku eksplozji materiałów wybuchowych itp.)¹⁰.

W związku z powyższym w Biurze Operacji Antyterrorystycznych rozpoczęto szkolenia, których celem było profesjonalne przygotowanie policjantów — ratowników medycznych. Animatorem i osobą, dzięki zaangażowaniu której tego typu szkolenie specjalistyczne zostało przeprowadzone był insp. Wojciech Majer (wówczas naczelnik Wydziału Szkolno-Snajperskiego, a od 2015 r. do 14 lutego 2016 r. dyrektor BOA) Konieczność udzielenia pomocy medycznej jeszcze w trakcie prowadzenia działań wymusiła poszerzenie składu zespołu szturmowego o policjanta — specjalistę — ratownika medycznego (bojowego). Wyszukanie oparto na izraelskim systemie *Combat Pre-hospital Trauma Life Support*, obejmującym zasady postępowania przy obrażeniach ciała w warunkach przedszpitalnych. Izrael, jako państwo funkcjonujące permanentnie w warunkach zagrożenia konfliktem zbrojnym, którego siły specjalne realizują kilkakrotnie operacji bojowych przeciwko terrorystom rocznie, podczas których izraelscy policjanci (żołnierze) odnoszą rany, wypracował system szkolenia bojowych ratowników medycznych. System przewiduje przede wszystkim praktyczne szkolenie medyczne, weryfikację posiadanej wiedzy i umiejętności podczas dyżurów pełnionych bezpośrednio w karetkach pogotowia oraz odpowiedni standard wyposażenia, gwarantujący realizację zadań. Takim szkoleniem zostali objęci wytypowani policjanci z BOA, którzy szczęśliwie przez długi czas podczas realizacji bojowych nie musieli wykorzystywać swojej wiedzy w praktyce. Jednakże zdarzyła się sytuacja, że dzięki nabytym przez nich umiejętnościom, jeden z policjantów biura, postrzelony w brzuch podczas szkolenia taktycznego na poligonie, przeżył, ponieważ sprawnie i profesjonalnie została udzielona mu pomoc zanim na miejsce wypadku dotarła karetka pogotowia ratunkowego¹¹.

⁸ Tamże.

⁹ Tamże.

¹⁰ K. Jałoszyński, *Biuro Operacji Antyterrorystycznych Komendy Głównej Policji 1976–2014*, Szcztyno 2014, s. 202.

¹¹ Tamże.

Jednym z prowadzących szkolenie był specjalista medycyny ratowniczej — Adam Maciej Pietrzak¹², lekarz — pasjonat ratownictwa medycznego, posiadający ogromną wiedzę praktyczną i teoretyczną w tym zakresie. Propagator umiejętności udzielania pierwszej pomocy medycznej.

Szkolenie było prowadzone na podstawie programu: *Adaptacja schematu postępowania w sytuacji kryzysowej typu „wypadek przy pracy — akcja umiarkowanego sukcesu”, od 2 do 10 osób poszkodowanych*, który zakłada jednocześnie realizację procedur następujących punktów głównych:

1. Zarządzanie i informacja alarmowa.

— Mobilizacja zabezpieczenia medycznego:

- wprowadzenie do akcji bezpośredniej własnych ratowników medycznych;
- rozwiniecie punktów ewakuacji i segregacji rannych na granicy strefy akcji;
- powiadomienie ośrodków kontynuujących leczenie (centra urazowe, WIM);
- rezerwacja środków transportu medycznego (transport kołowy i lotniczy).

— Zabezpieczenie ciągów komunikacyjnych i transportu rannych:

- mobilizacja żandarmerii lub lokalnych sił policyjnych;
- udrożnienie i oznakowanie ciągów komunikacyjnych, regulacja ruchu drogowego;
- ewentualne wyprowadzenie z rejonu działania osób i sprzętu utrudniającego dostęp;
- wyznaczenie i zabezpieczenie lądowisk śmigłowców ratunkowych.

2. Zapewnienie bezpieczeństwa.

— Przygotowanie indywidualnej ochrony personelu:

- zabezpieczenia indywidualne ratowników (bierne i czynne);
- ustalenie doraźnej hierarchii współpracy w zespołach ratowniczych;
- udostępnienie standardowego i specjalistycznego sprzętu dla zespołów.

— Zapewnienie swobody działań ratunkowych, ochrona strefy działań:

- ochrona bezpośrednia i pośrednia miejsca akcji ratunkowej;
- zabezpieczenie mienia ruchomego, uzbrojenia osób poszkodowanych;
- opieka psychologiczna nad osobami towarzyszącymi rannym;
- przygotowanie wstępnej informacji dla rodzin osób poszkodowanych i ewentualnie mediów.

3. Segregacja i ewakuacja rannych.

— Szybka ocena poszkodowanych i decyzja doraźnej ewakuacji:

- ewakuacja bezwarunkowa przy dużym ryzyku dalszych obrażeń;

- ocena standardowa i ewakuacje odroczone przy małym ryzyku dalszych obrażeń.

— Ewakuacja ze strefy zagrożenia do punktów segregacji rannych:

- zapewnienie priorytetowej ochrony pracy zespołów ewakuacyjnych;
- ustalenie doraźnej kolejności i techniki ewakuacji;
- zapewnienie bezpiecznych dróg transportu (ciasne wejścia, schody, windy!);
- Zastosowanie standaryzowanych kart kodowych segregacji i kart informacyjnych;
- zastosowanie tylko karty segregacyjnej w sytuacji wzmożonego ryzyka dla danego pacjenta;
- zastosowanie standardowego systemu dokumentacji i kart segregacyjnych w punktach segregacji rannych.

— Podjęcie decyzji diagnostycznych i leczniczych:

- raport dotyczący stanów ogólnych ratowanych pacjentów od liderów zespołów ratunkowych do kierującego akcją;
- decyzje dotyczące modyfikacji i/lub eskalacji leczenia poszczególnych poszkodowanych;
- uzupełnienie i/lub wsparcie dla najbardziej obciążonych pracą zespołów.

4. Dekontaminacja pacjentów.

— Zapewnienie fizycznego dostępu do poszkodowanych w punktach segregacji:

- rozebranie pacjenta (ewentualne rozcięcie ubrania);
- zabezpieczenie opatrunków i unieruchomień doraźnych.

— Ewentualna dekontaminacja:

- dekontaminacja skażeń chemicznych;
- dekontaminacja skażeń biologicznych;
- dezaktywacja skażeń radiacyjnych pacjenta.

— Zabezpieczenie ubrań i mienia ruchomego poszkodowanych:

- zamknięcie odzieży i mienia ruchomego pacjenta w hermetycznym opakowaniu;
- wyodrębnienie rzeczy mogących ulec samozniszczeniu (np. żywność) i materiałów niebezpiecznych (np. substancje chemiczne, amunicja, materiały wybuchowe).

5. Wdrożenie podstawowych procedur leczniczych (schemat BLS).

— Monitorowanie parametrów życiowych:

- kontrola przytomności (GCS), ocena stanu ogólnego pacjenta (tętno, oddychanie)

— Zabezpieczenie drożności dróg oddechowych:

- ułożenie pacjenta z dusznością, nieprzytomnego, z urazem;
- techniki instrumentalne (rurka ustno-gardłowa i ewentualne modyfikacje).

— Zabezpieczenie odpowiedniej wentylacji:

- wspomaganie wentylacji spontanicznej (maska tlenowa);
- wentylacja workiem samorozprężalnym.

¹² Adam M. Pietrzak — specjalista medycyny ratunkowej. Specjalista anestezjologii i intensywnej. Studium Medycyny Katastrof Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

- Zabezpieczenie wydolności krążenia:
 - pośredni masaż serca;
 - wczesna defibrylacja w trybie automatycznym.
- Zabezpieczenie ran i urazów:
 - wstępna ratownicza ocena urazów;
 - stabilizacja i założenie opatrunków doraźnych;
 - leczenie przeciwbólowe;
 - doraźne leczenie wstrząsu, ochrona przed wychłodzeniem (folia NRC).
- 6. Wdrożenie standardowych procedur leczniczych (schemat ALS).
 - Monitorowanie parametrów życiowych:
 - kontrola przytomności (GCS), ocena stanu ogólnego pacjenta (tętno, oddychanie);
 - monitorowanie aparaturowe (kardiomonitor, pulsoksymetria, temperatura wewnętrzna, ciśnienie tętnicze — pomiar pośredni i bezpośredni).
 - Zabezpieczenie drożności dróg oddechowych:
 - ułożenie pacjenta z dusznością, nieprzytomnego, z urazem;
 - techniki instrumentalne (LMA, docelowo intubacja tchawicy).
 - Zabezpieczenie odpowiedniej wentylacji:
 - wspomaganie wentylacji spontanicznej (maska tlenowa);
 - wentylacja workiem samorozprężalnym;
 - wentylacja respiratorem (normo- i hiperwentylacja).
 - Zabezpieczenie wydolności krążenia:
 - wczesna defibrylacja lub kardiowersja (stosownie do wskazań);
 - pośredni masaż serca;
 - zapewnienie linii żyłnej (obwodowej i/lub centralnej);
 - płynoterapia dożylna i rozważenie wskazań do przetaczania preparatów krwiopochodnych;
 - podaż leków stabilizujących krążenie.
 - Zabezpieczenie ran i urazów:
 - wstępna chirurgiczna ocena urazu;
 - stabilizacja opatrunków doraźnych;
 - leczenie przeciwbólowe i ewentualna sedacja;
 - doraźne leczenie chirurgiczne w uzasadnionych przypadkach;
 - stabilizacja obrażeń do leczenia specjalistycznego i odroczonego.
- 7. Transport do oddziału ratunkowego lub szpitala polowego.
 - Ustalenie kolejności procedur leczniczych i transportu:
 - ustalenie leczenia stabilizującego danego pacjenta przed transportem;
 - ustalenie kolejności i metody transportu pacjentów do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR).
 - Zabezpieczenie chorych do transportu szpitalnego:
 - kontrola drożności dróg oddechowych, wydolności krążenia i oddychania;

- kontrola opatrunków i unieruchomień (deski transportowe, „nosze podbierakowe”, kołnierze usztywniające);
- ochrona termiczna przed wychłodzeniem podczas transportu;
- transportowe monitorowanie parametrów życiowych.
- Zawiadomienie konkretnych SOR lub oddziałów specjalistycznych.
- Archiwizacja danych o pacjentach i wykonanych procedurach medycznych:
 - archiwizacja danych dotyczących procedur medycznych;
 - analiza wykonania standardów (skala TISS);
 - analiza postępowania ratunkowego (bilans sukcesów i błędów);
 - przygotowanie epikryz wstępnych, informacji dla rodziny pacjenta i/lub lekarza rodzinnego¹³.

Sytuacja z funkcjonowaniem w ramach BOA KGP komórki organizacyjnej — zespołu medycznego na przesłaniu ostatnich lat ulegała zmianie. W maju 2010 r. komendant główny Policji zarządzeniem nr 749 z 27 maja 2010 r.¹⁴ wprowadził zmiany w strukturze organizacyjnej BOA KGP. W miejsce czterech wydziałów bojowych powołano dwa z czterema sekcjami szturmowymi, zlikwidowano zespół medyczny¹⁵. Rozwiązanie zespołu medycznego złożonego z lekarzy i pielęgniarek było posunięciem właściwym. Praca lekarza w pododdziale nie była i nie mogła być „atrakcyjna” dla lekarza. Musi się on bowiem rozwijać zawodowo, a to jest możliwe wyłącznie przez kontakt z pacjentem w szpitalu czy też przychodniach. Służba w BOA takich możliwości nie dawała. Po odejściu na emeryturę lekarzy z zespołu medycznego pododdziału nie można było znaleźć chętnych na ich miejsce. Owszem, zainteresowani byli, ale uzależniali swoją pracę od możliwości dodatkowego zatrudnienia w placówce służby zdrowia. W takiej sytuacji ich obecność byłaby możliwa tylko w dniach i ramach czasowych, kiedy nie przebywaliby w placówce służby zdrowia. W takiej sytuacji zarówno bieżące zabezpieczenie medyczne szkolenia, jak i działań bojowych, byłoby przypadkowe¹⁶. Trzy lata później dokonano kolejnej zmiany w strukturze organizacyjnej BOA. Została ona wprowadzona zarządzeniem nr 8 komendanta głównego Policji z 15 marca 2013 r.¹⁷ Przywróciła dwie komórki organizacyjne, które zostały wcześniej zlikwidowane.

¹³ M. Pietrzak, *Adaptacja schematu postępowania w sytuacji kryzysowej typu „wypadek przy pracy — akcja umiarkowanego sukcesu”, od 2 do 10 osób poszkodowanych*, Warszawa 2015, (maszynopis), cyt. za: K. Jałoszyński, *Centralny Pododdział Kontrterrorystyczny Polskiej Policji — BOA KGP*, Szczepko 2016.

¹⁴ Zarządzenie nr 749 komendanta głównego Policji z 27 maja 2010 r. w sprawie regulaminu Komendy Głównej Policji (Dz. Urz. KGP z 15 czerwca 2010 r., nr 6).

¹⁵ K. Jałoszyński, *Biuro Operacji...*, wyd. cyt., s. 224.

¹⁶ Tamże, s. 227.

¹⁷ Zarządzeniem nr 8 komendanta głównego Policji z 15 marca 2013 r. w sprawie regulaminu Komendy Głównej Policji (Dz. Urz. KGP z 2 kwietnia 2013 r., poz. 25).

wane. Jedną z nich był „zespół medyczny”, który w odróżnieniu od poprzedniego rozwiązania przewidywał zatrudnienie w nim ratowników medycznych, a nie lekarzy¹⁸.

Ratownictwo medyczne stało się jednym z elementów kursów specjalistycznych realizowanych w Wyższej Szkole Policji w Szczytnie. Program kursu został wprowadzony decyzją nr 910 komendanta głównego Policji z 11 grudnia 2007 r.¹⁹ Podstawowa wiedza, jaka jest podczas tego typu szkoleń przekazywana, obejmuje:

- przepisy prawne dotyczące udzielania pierwszej pomocy;
- postępowanie na miejscu zdarzenia;
- wstępnej oceny poszkodowanego/poszkodowanych;
- zabezpieczenia poszkodowanego/poszkodowanych, uwzględniającego stan i rodzaj obrażeń;
- przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- zabezpieczenia poszkodowanego/poszkodowanych w przypadku różnego rodzaju ran, krwotoków, urazów kostnych²⁰.

W Wyższej Szkole Policji w Szczytnie odbywają się cyklicznie taktyczno-medyczne warsztaty dla policyjnych antyterrorystów. Podczas 5-dniowego pobytu w Szczytnie funkcjonariusze poszerzają swoją dotychczasową wiedzę i umiejętności m.in. z zakresu udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia. Ostatnio tego typu warsztaty zostały zorganizowane przez BOA KGP oraz Wyższą Szkołę Policji 7 grudnia 2015 r. W zajęciach brało udział 40 policjantów z BOA, samodzielnych pododdziałów antyterrorystycznych Policji oraz sekcji antyterrorystycznych Policji. Głównym ich celem była koordynacja i ujednolicenie procedur taktyczno-medycznych wykonywanych w jednostkach antyterrorystycznych Policji. Podczas 5-dniowego spotkania policjanci wzięli udział w symulacjach taktyczno-medycznych, w tym udzielaniu pomocy medycznej oraz ewakuacji poszkodowanych ze strefy zagrożenia. Funkcjonariusze brali udział w szeregu wykładów dotyczących m.in. procedur postępowania z poszkodowanymi, autoratownictwa, metod ewakuacji, postępowania z poszkodowanym w strefie II (strefa, w której istnieje realne zagrożenie utraty zdrowia lub życia ratownika), hipotermii czy tamowania krwotoków²¹.

Ratownictwo medyczne stało się od 2003 r. istotnym elementem szkolenia i doskonalenia zawodowego policyjnych sił specjalnych. Płaszczyzną wymiany doświadczeń, a także podnoszenia umiejętności w tym zakresie, stały się coroczne zawody paramedyczne organizowane w Gdańsku.

Policjanci z Komendy Wojewódzkiej Policji — SPAP, wspólnie z Centrum Symulacji i Treningów REAGO zorga-

nizowali w 2008 r. pierwsze w Polsce tego typu zawody i warsztaty medycyny taktycznej pod nazwą „Paramedyk 2008”. Impreza była uwieńczeniem 30-lecia istnienia gdańskiego SPAP-u. Na terenie strzelnicy w Lubiewie koło Kolbud, dzięki uprzejmości właścicielki obiektu, ekipy pododdziałów antyterrorystycznych z całej Polski rywalizowały i zarazem szkoliły się w zakresie udzielania pomocy medycznej w warunkach taktycznych. Imprezę zorganizowano przede wszystkim po to, aby zwrócić uwagę na problematykę niesienia pomocy medycznej w trudnych warunkach. W zawodach brały udział zespoły wchodzących w skład komórek organizacyjnych Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Zgromadzenie drużyn z całego kraju pozwoliło na wymianę doświadczeń, a także na sprawdzenie wiedzy i umiejętności praktycznych z zakresu medycyny taktycznej. Zawodom towarzyszyły pokazy sprzętu medycznego wykorzystywanego w amerykańskich sekcjach bojowych oraz wyposażenia technicznego pododdziałów antyterrorystycznych. Uczestnicy mogli zobaczyć najnowsze uzbrojenie, środki łączności, a także pojazdy opancerzone i specjalistyczne. Dodatkowo cały prezentowany sprzęt zawodnicy mogli wypróbować na miejscu, w trakcie rozgrywania poszczególnych konkurencji²².

W 2015 r. po raz ósmy zespoły antyterrorystyczne podległe MON, MS i MSW rywalizowały w jedynych w Polsce zawodach i warsztatach medycyny taktycznej pod nazwą „Paramedyk”. W zawodach uczestniczyło 20 ekip z całej Polski. Zawodom przyglądali się obserwatorzy ze świata nauki i medycyny. W tym roku na zawodników czekało 8 zadań zarówno rozgrywanych w ciągu dnia, jak i nocy. Po rywalizacji wyróżniono cztery drużyny: Samodzielny Pododdział Antyterrorystyczny Policji w Gdańsku, Oddział Specjalny Żandarmerii Wojskowej w Warszawie, Wydział Realizacyjny Komendy Stołecznej Policji, Wydział V Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Za zorganizowanie tegorocznej edycji „Paramedyka” odpowiedzialny był kom. Jarosław Przyjemczak zastępca dowódcy SPAP w Gdańsku²³.

Organizacja działań w zakresie ratownictwa medycznego (taktycznego) nie jest wolna od niedoskonałości. Istotną rolę odgrywają podstawy formalno-prawne prowadzenia działań ratunkowych. Na ich niedostosowanie do potrzeb realnych działań, związanych z udzielaniem pomocy medycznej w warunkach działań bojowych wskazuje B. Szymczak: „Zasady ratownictwa taktycznego, stosowane w Polsce w jednostkach wojska oraz policji, oparte są na amerykańskich założeniach i wytycznych *Tactical Combat Casualty Care*, które jednak nie mogą być zastosowane w 100% ze względu na brak odpowiednich uwarunkowań prawnych. W związku z tym rodzi się pytanie, w jakim zakresie i w jaki sposób ratow-

¹⁸ K. Jałoszyński, *Centralny Pododdział...*, wyd. cyt..

¹⁹ Dz. Urz. KGP z 3 stycznia 2008 r., nr 1, poz. 6.

²⁰ P. Jastrzębski, M. Czerwiński, *Pierwsza pomoc w warunkach działań specjalnych policji*, „Na Ratunek” 2011, nr 1, s. 18–19.

²¹ <<http://www.wspol.edu.pl/e/index.php/aktualnosci/155-taktyczno-medyczne-warsztaty-dla-policyjnych-antyterrorystow.html>>, 25 lutego 2016 r.

²² <<https://www.pomorska.policja.gov.pl/serwis.php?nr-szuk1=7630>> 25 lutego 2016 r.

²³ <<https://www.pomorska.policja.gov.pl/serwis.php?nr-szuk1=31050>> 25 lutego 2016 r.

nik ma w pełni udzielić pomocy rannemu w warunkach bojowych, kiedy wytyczne zalecają podanie odpowiednich leków przeciwbólowych oraz antybiotyków, a nawet wykonanie transfuzji krwi. Przepisy nie dają uprawnień do wykonania jakiegokolwiek z ww. czynności, ograniczają się jedynie do założenia opatrunku i zastosowania tlenoterapii. Aktualny stan prawny hamuje możliwości rozwoju ratownictwa taktycznego w Polsce. Sytuacja taka nie powinna mieć miejsca, ponieważ w nowoczesnej taktyce działań, ratownictwo na polu walki jest elementem obowiązkowym. W Polsce brak jest specjalistycznych regulacji prawnych dla działań ratowników taktycznych, a obecne oparte na Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. nie znajdują zastosowania w sytuacji bojowej. Mimo że ratownictwo taktyczne w Polsce funkcjonuje od 2008 roku, nadal nie udało się stworzyć skutecznych przepisów regulujących kompleksowo tę kwestię. Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. «medyczne czynności ratunkowe są udzielane przez zespół ratownictwa medycznego w ramach rodzaju działalności leczniczej zgodnego z rodzajem działalności wykonywanej przez dysponenta jednostki, w którego skład wchodzi ten zespół ratownictwa medycznego». Natomiast powyższa ustawa definiuje zespół ratownictwa medycznego jako jednostkę systemu, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie. W myśl artykułu 15 ust. 1 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, który mówi, że «Jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: (...), inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej» wynika, że ratownicy medyczni działający w siłach zbrojnych czy służbach porządku publicznego, działają poza systemem państwowego ratownictwa medycznego. Co za tym idzie, ratownicy medyczni mogą jedynie udzielać pomocy w ramach KPP (Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy). Wniosek — nie mogą np. podawać leków. Zakładając hipotetycznie, że ratownik działający w warunkach bojowych jako żołnierz czy policjant, może działać w ramach uprawnień ratownika medycznego, pozostaje nadal ograniczony przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Nie może więc wyjść poza obszar ustawowych uprawnień, takich jak możliwość podania 27 leków oraz tlenu

wymienionych w załączniku do ustawy. Wobec obecnej sytuacji prawnej, ratownicy taktyczni, chcąc być skutecznymi, często muszą podejmować decyzję o wykroczeniu poza zakres swoich kompetencji. W tej chwili działanie ratownika taktycznego traktowane jest jako stan wyższej konieczności, który wyłącza winę za złamanie przepisów. Art. 26 kodeksu karnego określa, że:

- «§ 1. Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego.
- § 2. Nie popełnia przestępstwa także ten, kto ratując dobro chronione prawem w warunkach określonych w § 1 poświęca dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego.
- § 3. W razie przekroczenia granic stanu wyższej konieczności, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.
- § 4. Przepisu § 2 nie stosuje się, jeżeli sprawca poświęca dobro, które ma szczególny obowiązek chronić nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste.
- § 5. Przepisy § 1–3 stosuje się odpowiednio w wypadku, gdy z ciążących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony»²⁴.

Tak jak nikt nie kwestionuje potrzeby istnienia taktycznego ratownictwa medycznego, tak nikt nie powinien podejmować działań obstrukcyjnych, które to blokowałyby wprowadzenie odpowiednich rozwiązań formalno-prawnych, niwelujących przedstawione przez B. Szymczaka problemy i wątpliwości. Życie ludzkie jest najwyższą wartością i prawo powinno zabezpieczać osoby niosące pomoc innym w ramach ratownictwa taktycznego. Powinno stwarzać przejrzyste warunki, umożliwiające niesienie pomocy medycznej potrzebującym. Podejmując działania ratunkowe, ratownik medyczny powinien skupiać się tylko i wyłącznie na podejmowaniu właściwych czynności i decyzji, a nie zastanawiać się, czy na końcu przeprowadzonej akcji ratunkowej nie spotka się z prokuratorskimi zarzutami.

²⁴ B. Szymczak, *Prawne przeszkody — funkcjonowania ratownictwa taktycznego w wojsku i policji*, <<http://www.special-ops.pl/arttykul/id558,prawne-przeszkody-funkcjonowania-ratownictwa-taktycznego-w-wojsku-i-policji>> 20 lutego 2016 r.