



# Biała księga pandemii koronawirusa



W OPARCIU O PUBLIKACJE NAUKOWE



Biała księga  
**pandemii  
koronawirusa**



Biała księga  
**pandemii  
koronawirusa**

Fundacja Ordo Medicus

Redakcja

Dr Mariusz Błochowiak

Projekt okładki

Piotr Karczewski

Redakcja i korekta

Katarzyna Pelczarska-Mikorska

Skład i łamanie

Anna Szarko

Copyright © 2022 by Fundacja Ordo Medicus

All rights reserved

ISBN 978-83-965537-1-3

Wydanie pierwsze

**WYDAWCA:**

Fundacja Ordo Medicus

[www.ordomedicus.org](http://www.ordomedicus.org)

[info@ordomedicus.org](mailto:info@ordomedicus.org)

**Zamówienia:**

[www.ordomedicus.org/sklep](http://www.ordomedicus.org/sklep)

---

# SPIS TREŚCI

---

1. Wstęp .....	9
Wykreowane pandemie świńskiej grypy i COVID-19 .....	9
Zmiana definicji pandemii.....	13
Testy PCR, które nie wykrywają zakażenia .....	14
Medycyna oparta na dowodach .....	17
Iluzja medycyny opartej na dowodach.....	18
Medycyna jako narzędzie kontroli społecznej, czyli o biopolityce, biowładzy, medykalizacji, farmaceutyzacji i genetyzacji .....	21
Międzynarodowy traktat antypandemiczny WHO.....	24
„Zostań w domu”, czyli rzecz o tzw. lockdownach i zamykaniu drzwi szpitali przed chorymi.....	25
Zamykanie szkół.....	28
Dezynfekcja powierzchni, dystansowanie społeczne, badania przesiewowe temperatury i restrykcje związane z podróżowaniem.....	29
Maski .....	31
Preparaty genetyczne przeciwko COVID-19 .....	34
Perspektywa prawna .....	39
Dla myślących samodzielnie.....	40
O Fundacji Ordo Medicus .....	41
2. O autorach.....	43
3. Diagnostyka „COVID-19” .....	47
Streszczenie .....	47
Charakterystyka i podstawowe wady diagnostyki COVID-19.....	52

Diagnostyka COVID-19 w praktyce .....	64
Sytuacja epidemiologiczna w Polsce w okresie „pandemii COVID-19” .....	78
Masowa histeria i epidemie, których nie było.....	81
Podsumowanie .....	87
Piśmiennictwo .....	87
4. Lockdown, funkcjonowanie ochrony zdrowia w okresie pandemii COVID-19	
i wiarygodność oficjalnych statystyk dla przypadków „z COVID” i „na COVID” .....	95
Streszczenie .....	95
Skuteczność i szkodliwość lockdownu na podstawie dostępnej literatury naukowej .....	100
Lockdown i funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce w okresie pandemii COVID-19 – analiza statystyczna .....	110
Piśmiennictwo .....	126
5. Zamykanie szkół w okresie „pandemii COVID-19” .....	131
Streszczenie .....	131
Ocena skuteczności .....	132
Ocena bezpieczeństwa .....	136
Ocena stosunku korzyści do strat .....	141
Piśmiennictwo .....	143
6. Dezynfekcja powierzchni, dystansowanie społeczne, badania przesiewowe, pomiar temperatury i restrykcje związane z podróżowaniem w okresie „pandemii COVID-19” .....	151
Streszczenie .....	151
Ocena skuteczności, bezpieczeństwa i stosunku korzyści do strat.....	152
Piśmiennictwo .....	157
7. Maski .....	161
Streszczenie.....	161
Ocena skuteczności .....	162
Ocena bezpieczeństwa .....	176
Ocena stosunku korzyści do strat.....	187
Piśmiennictwo .....	193
8. Szczepienia przeciw COVID-19 .....	209
Streszczenie .....	209
Wstęp .....	213
Ocena skuteczności.....	217

Ocena bezpieczeństwa .....	227
Ocena stosunku korzyści do strat .....	266
Piśmiennictwo .....	278
9. Opinia prawna dotycząca skutków działań prawnych podjętych przez państwowe i prywatne osoby prawne oraz jednostki organizacyjne w celu zapobiegania COVID-19 ....	311
Streszczenie .....	311
I. Wprowadzenie.....	314
II. Podstawy prawne.....	315
III. Stan faktyczny.....	317
IV. Stan prawny .....	319
V. Wnioski i podstawy potencjalnej odpowiedzialności .....	380
Podpisy poparcia.....	417
Aneks 1. Oświadczenie Fundacji Ordo Medicus w sprawie skutków restrykcji rządowych dla funkcjonowania służby zdrowia w latach 2020-2021 .....	419
Aneks 2. Petycja Ordo Medicus o wstrzymanie szczepień dzieci przeciw COVID-19 .....	425
Aneks 3. Zarys medycyny opartej na dowodach .....	431





---

# 1. WSTĘP

---

*Nauka polega na podważaniu wszystkiego, co można podważyć,  
bo tylko dzięki temu można wykryć to, czego podważyć się nie da.*

prof. Tadeusz Kotarbiński, filozof, logik, etyk

*Po prostu nie można już dłużej wierzyć w wiele opublikowanych badań klinicznych  
ani polegać na osądzie zaufanych lekarzy lub autorytatywnych rekomendacjach medycznych.*

Marcia Angell, były redaktor naczelny naukowego, prestiżowego pisma medycznego  
„The New England Journal of Medicine”

## **Wykreowane pandemie świńskiej grypy i COVID-19**

Oddajemy do Państwa rąk *Białą księgę pandemii koronawirusa*, w której, w oparciu o setki artykułów naukowych (w większości opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych), zostały omówione najbardziej istotne kwestie związane z wielkim kryzysem zdrowotno-polityczno-ekonomicznym, jaki ma miejsce od marca 2020 roku do dzisiaj, a którego fatalne skutki będą odczuwane przez co najmniej dziesięciolecia. Uwzględnione w niej zostały takie zagadnienia jak:

- a. Diagnostyka COVID-19, czyli testy molekularne oparte o łańcuchową reakcję polimerazy (ang. PCR).
- b. Lockdown, funkcjonowanie ochrony zdrowia w okresie pandemii COVID-19 i wiarygodność oficjalnych statystyk „z COVID” i „na COVID”.
- c. Zamykanie szkół w okresie „pandemii COVID-19”.
- d. Dezynfekcja powierzchni, dystansowanie społeczne, badania przesiewowe,

pomiar temperatury i restrykcje związane z podróżowaniem w okresie „pandemii COVID-19”.

- e. Maski.
- f. Szczepienia przeciw COVID-19.
- g. Skutki prawnych działań podjętych przez państwowe, prywatne osoby prawne oraz jednostki organizacyjne w celu zapobiegania COVID-19.

11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), finansowana w ok. 75% z prywatnych funduszy<sup>1</sup>, ogłosiła, co dzisiaj już nie ulega wątpliwości, patrząc z naukowego punktu widzenia, fałszywą pandemię koronawirusa. Nie po raz pierwszy zresztą, jak się potem okazało, albowiem już w maju 2009 roku WHO zadeklarowało, co podważyły późniejsze prace naukowe, fałszywą pandemię świńskiej grypy. Obie te „pandemie” charakteryzują się współczynnikiem śmiertelności (tzw. IFR)<sup>2</sup> na poziomie sezonowej grypy, a zatem w ich przypadku nie może być mowy o jakiegokolwiek pandemii w sensie jej klasycznej definicji, czyli zwiększonej (w porównaniu do poprzednich lat) liczby ciężkich zachorowań czy zgonów.

W wywiadzie z 19 kwietnia 2020 r. (zamieszczonym również w I tomie *Falszywej pandemii. Krytyki naukowców i lekarzy*, a zatem dostępnym dla polskiego czytelnika niekorzystającego z literatury naukowej w języku angielskim już w połowie lipca 2020 roku) prof. med. John Ioannidis, epidemiolog i biostatystyk, jeden z najczęściej cytowanych naukowców świata, stwierdził:

**Nasze dane sugerują, że COVID-19 odznacza się śmiertelnością [IFR – przyp. red.], która mieści się w granicach sezonowej grypy.**

Wniosek ten sformułował na podstawie danych z hrabstwa Santa Clara, opublikowanych już 17 kwietnia 2020 r., z których wynikało, że śmiertelność z powodu COVID-19 wyniosła zaledwie 0,12-0,2%<sup>3</sup>. Znamienne, że w oficjalnym biuletynie WHO<sup>4</sup> ze stycznia 2021 roku ukazała się publikacja Ioannidisa, w której

<sup>1</sup> <https://www.who.int/about/funding>

<sup>2</sup> Ang IFR – *infection fatality rate*, tj. ilość zgonów do liczby osób zakażonych jakimś patogenem, czyli np. koronawirusem, w określonym czasie.

<sup>3</sup> Bendavid E. et al. [2020.04.17]. *COVID-19 Antibody Seroprevalence in Santa Clara County*. California. MedRxiv. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20062463> (przyp. red.).

<sup>4</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/376479/>

przeanalizował on zgony związane z koronawirusem, do których doszło w różnych miejscach na świecie. Z jego ustaleń wynikało wówczas, że uśredniona, globalna śmiertelność z powodu wirusa SARS-CoV-2 sięgała tylko 0,23%. Pomimo tak optymistycznego rezultatu badań nie odwołano pandemii. 26 marca 2021 r. ukazał się kolejny artykuł prof. Ioannidisa analizujący tę samą kwestię, w którym autor wskazał, że wskaźnik śmiertelności wyniósł jeszcze mniej, bo zaledwie 0,15%<sup>5</sup>.

A zatem już na początku tzw. pandemii było wiadomo, że mamy do czynienia z wielkim oszustwem na światową skalę. Gdyby tylko chciano kierować się rzetelnymi badaniami, to musiano by odwołać fałszywy alarm i uspokoić społeczeństwa całego świata. Jednak przez kolejne dwa lata nic takiego nie miało miejsca, pomimo ogromu napływających danych potwierdzających pierwotne ustalenia.

Przy okazji analizowania wskaźnika śmiertelności warto sobie uświadomić, że skoro jest on na poziomie sezonowej grypy, to tym samym koronawirus nie mógł doprowadzić do ponad 200 tys. nadmiarowych zgonów w Polsce w okresie ok. dwóch lat trwania „pandemii”, licząc od marca 2020 roku. Zostało to też potwierdzone przez analizy statystyczne<sup>6</sup> dr. Marka Sobolewskiego, który wykazał, że zgony ponadnormatywne silnie korelują z redukcją hospitalizacji, natomiast nie zachodzi taki związek między nimi a tzw. zgonami covidowymi. Ponadto są kraje, gdzie nie było w ogóle nadmiarowych zgonów (a nawet były ujemne!), przy czym należy tu wykluczyć możliwość, że społeczeństwa poszczególnych państw na tyle różnią się między sobą, że w jednym (tak jak w Polsce) koronawirus spowodował pogrom, a w innych w ogóle nie zaznaczył swojej obecności w statystykach. Jeśli chodzi o ilość nadmiarowych zgonów, to jesteśmy w ścisłej czołówce na świecie, co oznacza, że wybraliśmy jedną z najgorszych strategii. Najlepszą byłoby tzw. nicnierobienie, tzn. nic ponad to, co w poprzednich latach.

W czasie chaosu i zawirowań towarzyszących „pandemii” śmiertelność z powodu danego patogenu jest przeszacowywana. Bardzo dobrze widać to na historycznym już przykładzie wspomnianej „pandemii” świńskiej grypy. Oddajmy głos statystykowi, Jasonowi Oke i prof. med., Carlowi Heneghanowi z prestiżowego ośrodka medycyny opartej na dowodach (ang. The Centre for Evidence-Based Medicine), pracownikom Uniwersytetu w Oxfordzie piszącym na łamach CEBM:

<sup>5</sup> Ioannidis J., *Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID 19: An overview of systematic evaluations*. ESCI. 2021;51(5):e13554. DOI: 10.1111/eci.13554 (przyp. red.).

<sup>6</sup> <https://ordomedicus.org/x-posiedzenie-komisji-sledczej-dr-marek-sobolewski-2/>

Podczas świńskiej grypy śmiertelność (IFR) wyniosła ostatecznie 0,02%, pięciokrotnie mniej niż najniższe oszacowanie na jej początku (najniższy szacunek IFR w ciągu pierwszych dziesięciu tygodni od początku tej grypy wynosił 0,1%)<sup>7</sup>.

Tym samym potwierdzili oni wyżej wspomniane oszacowania Johna Ioannidisa:

Biorąc pod uwagę doświadczenie historyczne, trendy dotyczące danych, zwiększoną liczbę infekcji w największych populacjach i potencjalny wpływ błędnej klasyfikacji zgonów, przypuszczalny szacunek IFR dla COVID-19 sytuuje się gdzieś pomiędzy 0,1% a 0,35%<sup>8</sup>.

Świńska grypa była jedną z najłagodniejszych fal grypy w historii, a pomimo tego została ogłoszona pandemią przez WHO. Czy potrzeba więcej dowodów na to, że nie możemy ufać tej organizacji? Skoro WHO wszczęło fałszywy alarm w maju 2009 roku, to czy nie mogło uczynić tego po raz kolejny w marcu 2020? Korupcja w WHO jest faktem. W artykule o znamienym tytule *Dlaczego korupcja w Światowej Organizacji Zdrowia jest największym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w naszych czasach?* autorzy wskazują, że zalecenia WHO są sprzeczne z medycyną opartą na dowodach (EBM):

W środowisku naukowym panuje powszechne przekonanie, że metaanalizy są dokładniejsze niż pojedyncze badania, zaś niezależne badania bardziej godne zaufania niż te, które pochodzą od firm [farmaceutycznych]. Dlatego zrozumiałe jest, że przeglądy Cochrane, tj. metaanalizy oparte na rygorystycznym protokole i niezależnym autorstwie, mają najwyższą jakość [wiarygodność – przyp. red.] w badaniach medycznych. Stąd godne pożałowania jest to, że przeglądy Cochrane okazują się sprzeczne z informacjami i zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Szereg leków i szczepionek zalecanych przez WHO, a zwłaszcza leków stosowanych w psychiatrii, w przeglądach Cochrane uznano za szkodliwe i bez znaczącego efektu klinicznego. Ze względu na to, że zalecenia te są przestrzegane przez wiele osób w państwach członkowskich,

<sup>7</sup> Oke J., Heneghan C. [2020.03.17]. *Global Covid-19 Case Fatality Rates*. CEBM. Dostęp: <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/> (przyp. red.).

<sup>8</sup> <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/>

proceeds to the fact that patients receive inappropriate drugs, and many of them have serious side effects from these drugs. [...] Therefore, we believe that WHO recommendations regarding medicine, in particular „essential drugs list” and other derivatives, are superficial and unreliable as a source of reliable information in medicine<sup>9</sup>.

## Zmiana definicji pandemii

Due to the conflict of interests and the cooperation of disgraced scientists, WHO changed the definition of a pandemic, so that it could be announced with ease, so that the pharmaceutical and biotechnological industries could profit from unnecessary products such as e.g. genetic preparations, which are not classical vaccines against COVID-19, or even earlier on vaccines against swine flu and mass tests. Tom Jefferson, a British epidemiologist associated with the Center for Evidence-Based Medicine in Oxford, explained this issue very well in a television interview:

**Nakreślił Pan obraz tej choroby jako grypy, która nie jest aż tak poważna, jak się o niej powszechnie mówi. Tymczasem WHO twierdzi coś innego i nazywa to zjawisko pandemią. Co Pan powie o nazywaniu tej grypy pandemią?**

That is a fair comment. I don't understand what a pandemic is. The reason for this is that in 2003 WHO defined a pandemic of influenza in the following way: „A pandemic of influenza occurs when a new influenza virus appears to which humans have no immunity, resulting in a series of simultaneous epidemics in all parts of the world, accompanied by a large number of deaths and illnesses”. However, in May 2009 the definition was changed to another, in which a pandemic of influenza can occur when a new influenza virus appears to which humans are not immune. In other words, the earlier definition was changed to say that a pandemic of influenza occurs when a new influenza virus appears to which humans are not immune, in different parts of the world, with a high incidence of illness, i.e. a large number of acute cases, and a high mortality rate.

<sup>9</sup> Ventegodt S., *Why the Corruption of the World Health Organization (WHO) is the Biggest Threat to the World's Public Health of Our Time*. J Integrative Med. Ther. 2015, vol. 2, Issue 1. <https://www.avenson-line.org/fulltextarticles/jimt-2378-1343-02-0004.html>

Obowiązująca dziś definicja pandemii bardzo dobrze pasuje do opisu sezonowej grypy. Zatem już nie rozumiem, jaka jest różnica między nimi.

### **Kto zyskuje na tej zmianie definicji pandemii?**

Ta nowa definicja obniża próg i pozwala ogłosić w obecnym czasie pandemię oraz przedłużyć jej trwanie. Oczywiście sprzyja to tym, którzy mają jakieś produkty do sprzedania, w tym także badania. Pamiętajmy również o mediach i przemyśle farmaceutycznym<sup>10</sup>.

Warto też uświadomić sobie, że termin „pandemia” jest kwestią definicji, a nie prawem natury, które jest nienaruszalne i niemodyfikowalne przez człowieka, jak na przykład prawo grawitacji Newtona czy teoria względności Einsteina. Prawa *odkrywamy*, a definicje *tworzymy*, czasami pod grupy interesu, jak ma to miejsce w przypadku definicji pandemii. Zresztą, jeśli mielibyśmy mówić o pandemii koronawirusa, to powinniśmy też w przeszłości konsekwentnie mówić np. o pandemii grypy.

### **Testy PCR, które nie wykrywają zakażenia**

Ministerstwo Zdrowia i usługne mu media straszyły do niedawna codziennie Polaków tzw. liczbą zakażeń SARS-CoV-2, bazując na badaniach wymazów z nosogardzieli metodą PCR, czyli łańcuchowej reakcji polimerazy (ang. *polymerase chain reaction*). Problem w tym, że tą techniką stosowaną na masową skalę w laboratoriach diagnostycznych w Polsce i na świecie nie da się potwierdzić zakażenia koronawirusem!

Lekarka internistka pracująca w miejscowym Centrum Medycznym zmagająca się z przewlekłym kaszlem, który niepokoił zarówno ją, jak i jej współpracowników. W połowie kwietnia podobne objawy, tj. kaszel, gorączka i trudności w oddychaniu obserwowano u pozostałych pracowników placówki. Wkrótce potem blisko 1000 pracowników szpitala zostało poddanych testom i odsuniętych od pracy do momentu uzyskania negatywnych wyników. Wśród testowanych u 142 osób, w tym u wspomnianej internistki, stwierdzono poważną chorobę dróg oddechowych. Szpital prewencyjnie zamknięto i ogłoszono epidemię. Wdrożono środki bezpieczeństwa. Zainfekowani zostali odsunięci od pracy na kilka miesięcy na podstawie wyników testów

<sup>10</sup> Jefferson T. *COVID-19*. 31 Mar 2020. Niestety materiał został usunięty z platformy Youtube.

PCR, które wskazywały na obecność niebezpiecznego patogenu. Podobnie początek tej epidemii wyglądał w innych miastach.

Ta historia nie dotyczy jednak ani COVID-19, ani koronawirusa, ani nawet roku 2020 czy późniejszych lat. Opisana powyżej sytuacja miała miejsce w Dartmouth oraz w Bostonie przeszło 15 lat temu (w 2007 roku). Po 8 miesiącach od wykonania testów PCR szpital przyznał, że był to fałszywy alarm. Pracownicy cierpieli na zwykłe przeziębienie, które na podstawie testów PCR zostało błędnie zakwalifikowane jako choroba spowodowana groźnym patogenem – pałeczką krztuśca. Zdarzenie to zostało opisane potem w „The New York Times” w artykule pod jakże znamionym tytułem: *Wiara w szybki test prowadzi do epidemii, której nie było*<sup>11</sup> jako przestroga przed zbyt dużym poleganiem na testach molekularnych. Niestety, w 2020 r. zapomniano o tym ostrzeżeniu i na podstawie niewiarygodnych metodycznie testów zamknięto gospodarki większości krajów, a z ludzi uczyniono niewolników, łamiąc ich podstawowe prawa.

Infekcja, czyli zakażenie jest to wniknięcie jakiegoś patogenu (zarazka), a więc np. koronawirusa, do organizmu, a mówiąc bardziej precyzyjnie do komórek, i namnażanie się. Innymi słowy, aby doszło do zakażenia, nie wystarczy, żeby wirus wniknął do organizmu (mówimy wtedy o obecności wirusa bądź kolonizacji). Warunkiem koniecznym zakażenia jest proces namnażania się. Testy PCR mogą jedynie stwierdzić OBECNOŚĆ materiału genetycznego w wymazie z nosogardzieli (czyli wyłącznie na powierzchni błon śluzowych), który może, ale nie musi należeć do SARS-CoV-2. Co więcej, testy te nie są w stanie nawet stwierdzić obecności całego wirusa, ponieważ w zastosowanej procedurze powielane są jedynie fragmenty o długości ok. 100-500 nukleotydów. Powielanie polega na uzyskaniu bardzo dużej liczby kopii (nawet 1 miliona) dokładnie tego samego fragmentu materiału genetycznego.

Nukleotyd to podstawowa, mała cząstka, którą zawierają zarówno wirusy, jak i ludzki materiał genetyczny (DNA). Koronawirus ma około 30 tys. nukleotydów, zaś wymaz z nosogardzieli jest mieszaniną różnych materiałów genetycznych, w tym pochodzących od człowieka oraz różnego rodzaju wirusów i bakterii. Nie mamy zatem do czynienia z czystym materiałem genetycznym koronawirusa (o ile się on tam

---

<sup>11</sup> Kolata G. [2007.01.22]. *Faith in quick test leads to epidemic that wasn't*. The New York Times. <https://bit.ly/3jLD30i>



znajduje), który moglibyśmy powielić do dalszej analizy, ale „kłębowiskiem” całej masy różnych nici DNA i RNA (koronawirus składa z RNA). Aby powielić materiał genetyczny do dalszej diagnostyki, stosuje się tzw. startery, które są tak zaprojektowane, żeby wykryć fragment (wspomniane 100-500 nukleotydów) koronawirusa i go powielić. Jednak z powodu tego, że pobrany od człowieka wymaz zawiera całą masę wspomnianych różnego pochodzenia fragmentów materiału genetycznego, które mogą być podobne do fragmentów koronawirusa, za pomocą metody PCR można również powielić fragmenty, które nie należą do SARS-CoV-2 (w tym fragmenty spokrewnionych filogenetycznie koronawirusów!)<sup>12</sup>.

I tak też się dzieje, co potwierdziło amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ang. CDC – agencja rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej), które, sprawdzając wiarygodność tej metody, określiło, że spośród pozytywnych wyników testów (w takim przypadku nasze Ministerstwo Zdrowia ogłasza, że dana osoba jest zakażona) aż 65 proc. było fałszywie pozytywnych, czyli *de facto* ci ludzie nie mieli koronawirusa! CDC, żeby określić, czy faktycznie obecny był tam cały wirus, a nie jedynie jego fragment, użyła tzw. metody sekwencjonowania, której nie stosuje się rutynowo w diagnostyce. Dlatego też testami PCR nie można potwierdzić obecności całego wirusa, podczas gdy do spowodowania ewentualnego zakażenia niezbędny jest cały, aktywny wirus. A zresztą, nawet gdyby doszło do zakażenia, to i tak większość tych osób nie będzie miała objawów albo będą one skąpe. Nie należy bowiem mylić zakażenia z zachorowaniem, które w sposób konieczny związane jest z objawami. Pozytywny wynik testu uzyskany z nosogardzieli, nawet potwierdzony przez sekwencjonowanie (czego się nie robi podczas rutynowego wykonywania testów PCR), nie potwierdza infekcji w organizmie. Ponadto trzeba by jeszcze przeprowadzać diagnostykę różnicową, żeby wykluczyć inne wirusy i bakterie, które powodują takie same objawy jak te przypisywane COVID-19. Tego oczywiście w praktyce się nie robi. Dlatego straszenie „zakażeniami” i utożsamianie ich z zachorowaniami to jedna wielka manipulacja w tej dezorientującej narracji mówiącej o „pandemii” koronawirusa.

Stosowanie testu, który nie dość, że nie wykrywa zakażenia, to jeszcze dodatkowo wprowadza w błąd co do rzeczywistej liczby przypadków (i to nawet nie w kwestii

<sup>12</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s00203-022-03029-y>

zakazenia, ale wyłącznie OBECNOŚCI materiału genetycznego koronawirusa na błonach śluzowych, w szczególności zaś w diagnostyce przesiewowej osób bezobjawowych)<sup>13</sup>, jest skandalem i skutkiem korupcji instytucjonalnej. Testy PCR wykrywające SARS-CoV-2 są jedynie olbrzymim marnowaniem pieniędzy podatnika, a zarazem narzędziem służącym do wzbudzania u niego niczym nieuzasadnionego lęku. Nie dość, że obywatel za nie płaci (zarówno w postaci podatków, jak i z własnej kieszeni), to jeszcze jest straszony i zamykany w areszcie domowym na tzw. kwarantannie. Oczywiście korzystają na tym produkujące je firmy oraz producenci bardzo kosztownych urządzeń i odczynników do ich przeprowadzania.

## Medycyna oparta na dowodach

Mamy dziś do czynienia z „potopem” publikacji naukowych dotyczących obecnej sytuacji ze względu na to, że temat jest „gorący” oraz że przyznawane są granty na badania związane z „pandemią” koronawirusa. Nie dość, że artykułów naukowych jest bardzo dużo, to jeszcze są one różnej jakości, a ich rezultaty często są sprzeczne ze sobą, jak to ma miejsce na przykład w przypadku skuteczności masek. Dlatego bardzo ważne jest, aby umieć rozróżniać, które z nich są bardziej wiarygodne, które mniej, a które należy odrzucić, jeśli są sprzeczne z badaniami wyższej jakości. Tymi zagadnieniami zajmuje się tzw. medycyna oparta na dowodach (naukowych)<sup>14</sup>, w której naczelną rolę odgrywa szczególnie rodzaj badań – randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (ang. *randomised controlled trial* – RCT) będące badaniem najwyższej jakości, najbardziej obiektywnym i najbardziej wiarygodnym spośród wszystkich znanych nauce, zwanym też złotym standardem dla podkreślenia jego rangi i wiarygodności w ocenie efektywności danej interwencji medycznej, np. konkretnego leku, szczepionki czy noszenia masek<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Tsur A. et al. [2021.05.24]. *SARS-CoV-2 Epidemic in the Israeli Defense Force – Lessons Learned From Our rt-PCR Screening Policy*. PMC. PubMed Central. DOI: 10.1093/milmed/usab215 (przyp. red.).

<sup>14</sup> Medycyna oparta na dowodach (ang. Evidence Based Medicine – EBM) powstała z połączenia nauki (*research*) i praktyki klinicznej (*practice*). Pozwala na zastosowanie wiedzy uzyskanej z badań naukowych (tzw. dowód) przy podejmowaniu decyzji klinicznych dotyczących zarówno diagnostyki chorób, jak i postępowania terapeutycznego w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Zob. Hering D. *Podstawy Evidence-Based Medicine*. Gdański Uniwersytet Medyczny. Dostępny w: <https://poradnik-naukowy.gumed.edu.pl/42012.html>; Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA. 1992;268:2420-2425. DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032 (przyp. red.).

<sup>15</sup> Jakobsen JC., Gluud C. *The Necessity of Randomized Clinical Trials*. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2013;3(4):1453-1468. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2013/3208>

Jeśli coś jest „najbardziej wiarygodne”, to niejako automatycznie nasuwa się konkluzja, że muszą też istnieć inne, mniej godne zaufania badania. Wbrew pozorom i powszechnemu mniemaniu najmniej przekonywające w tzw. hierarchii wiarygodności dowodów naukowych są opinie ekspertów (też rządowych). Mniej wiarygodne od nich są już tylko opinie polityków i laików, których w zasadzie nie powinno się w ogóle brać pod uwagę.

Bardziej wiarygodne niż randomizowane kontrolowane badanie kliniczne może być już tylko więcej takich badań (im więcej, tym lepiej) przeprowadzanych przez różne zespoły badaczy rozsianych po całym świecie. Uzyskujemy wówczas większą próbkę przebadanych osób i, co się z tym ściśle wiąże, większą moc statystyczną, a tym samym wnioski dotyczące jakiejś interwencji medycznej są jeszcze bardziej solidne i bliższe prawdy. Analizy danych, które biorą pod uwagę zbiory badań, zwane są przeglądami systematycznymi i metaanalizami. Zarówno te pojęcia, jak i zarys podstaw medycyny opartej na dowodach zostały przedstawione w Aneksie nr 3 do niniejszej książki.

Również jeśli chodzi o badania związane z obecną „pandemią”, należy zwrócić uwagę na to, że istnieją też metaanalizy łączące badania randomizowane i obserwacyjne (czyli o niższej wiarygodności), które są mniej wiarygodne niż te biorące pod uwagę wyłącznie RCT’y.

## Iluzja medycyny opartej na dowodach

Istnieje też niestety mroczna strona medycyny – w szczególności dotycząca badań i publikacji naukowych, które są kreowane i fałszowane przez koncerny farmaceutyczne. Pamiętajmy, że gra toczy się o miliardy dolarów, które Big Pharma zarabia na pozytywnie ocenionych produktach w recenzowanych czasopismach naukowych. Z tego względu nie możemy ufać każdemu artykułowi naukowemu, choćby był publikowany w renomowanym czasopiśmie. Zwraca na to uwagę m.in. Leemon McHenry, współautor książki *The Illusion of Evidence Based Medicine*<sup>16</sup> oraz emerytowany profesor filozofii i bioetyki na Kalifornijskim Uniwersytecie Stanowym, a zarazem

<sup>16</sup> McHenry L. and Jureidini J. 2020. *The Illusion of Evidence-Based Medicine: Exposing the Crisis of Credibility in Clinical Research*. Adelaide: Wakefield Press.

konsultant prawny w kancelarii Baum Hedlund Aristei & Goldman<sup>17</sup> w Los Angeles w Kalifornii. Jego wnioski wprawiają wręcz w osłupienie:

[...] przemysł farmaceutyczny tworzy wszystkie te artykuły medyczne pozakulisowo w celach marketingowych. Byłem tym zdumiony, gdyż miałem wielkie zaufanie do prasy medycznej i publikowanych tam informacji. Pomyślałem o całej literaturze naukowej. Dotychczas sądziłem, że czasopisma medyczne muszą spełniać bardzo surowe wymogi, by mogły uchodzić za wiarygodne. Tymczasem okazało się, że jest odwrotnie. Obecnie jestem głęboko przekonany, że większość czasopism medycznych nie powinna być uznawanych za naukowe. Wynika to nie tylko z powodu problemu z ghostwriterami<sup>18</sup> piszącymi artykuły pod gotową tezę, ale również z tego, że system recenzowania jest bardzo słaby. Dlatego też nie możemy mieć zaufania do niego i do stanu aktualnej literatury medycznej<sup>19</sup>.

Drugim problemem, na który zwraca uwagę McHenry, jest fabrykowanie czy też wy-myślanie chorób (ang. *disease mongering*) przez przemysł farmaceutyczny celem czerpania z tego korzyści finansowych, jak to obecnie ma miejsce w przypadku preparatów genetycznych przeciw COVID-19, a wcześniej w odniesieniu do szczepionek przeciw świńskiej grypie. To oczywiście tylko przykłady. McHenry w następujący sposób wyjaśnia istotę myślenia i modelu biznesowego osób zarządzających w Big Pharmii:

---

<sup>17</sup> Baum Hedlund Aristei & Goldman – kancelaria prawna działająca nieprzerwanie od 1973 roku. Jej adwokaci byli wielokrotnie nagradzani, a firma jest znana z podejmowania procesów przeciwko globalnym korporacjom i organizacjom, w szczególności w zakresie odpowiedzialności za produkty farmaceutyczne i wyroby medyczne (przyp. red.).

<sup>18</sup> Ghostwriter (ang. pisarz-widmo) – osoba, która za wynagrodzenie finansowe pisze książki, artykuły, prace naukowe bądź sprawozdania z badań, które następnie zostają opublikowane pod nazwiskiem zleceniodawcy. Dość powszechnym zjawiskiem jest też pisanie przez ghostwriterów biografii przedstawicieli świata show-biznesu oraz przemówień na zlecenie polityków, szczególnie tych obsadzających najwyższe stanowiska w państwie. W medycynie ghostwriting jest wykorzystywany przez przemysł farmaceutyczny do nielegalnego promowania leków firm na łamach prestiżowych czasopism naukowych. W ramach tego partnerstwa firma-sponsor znajduje „autora widmo”, który pisze artykuł pod już gotową tezę, naciągając dane zgodnie z oczekiwaniami zleceniodawcy. Pod pracą podpisują się również hojnie wynagradzani konsultanci akademicki, których autorytet i ranga czasopisma mają potwierdzić skuteczność danego leku. Z reguły nie przeglądają oni surowych danych, tylko użyczają swojego nazwiska, w związku z czym nie są w stanie dowieść, że dane zostały właściwie zinterpretowane. (przyp. red.).

<sup>19</sup> Blochowiak M. (oprac.). *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*. Tom 5. Częstochowa: Fundacja Ordo Medicus 2022, s.

Pamiętam wypowiedź pewnego menedżera z branży farmaceutycznej, a właściwie dyrektora generalnego, chyba z firmy Merck, który, zastanawiając się nad swoją karierą, nad tym, co mógłby w niej ulepszyć, doszedł do wniosku, że głównym problemem firmy było to, że dotychczas sprzedawali leki wyłącznie osobom chorym, w związku z czym powinni zacząć ich dostarczać także ludziom zdrowym, ponieważ w ten sposób znacznie rozszerzyliby zakres swojego oddziaływania i mogliby zwielokrotnić sprzedaż, rozciągnąć ją, niczym gumę balonową, na inne obszary<sup>20</sup>.

Co w takim razie możemy zrobić, żeby zmienić tak fatalny i skorumpowany sposób przeprowadzania badań produktów leczniczych? Z pewnością powinniśmy protestować i dążyć do tego, aby przemysł farmaceutyczny nie mógł uczestniczyć w badaniach swoich produktów. Już od zarania dziejów zdawano sobie sprawę, że nikt nie może być sędzią we własnej sprawie. Należy również wyeliminować możliwość finansowania przez firmy farmaceutyczne badań swoich produktów leczniczych na uniwersytetach lub w państwowych jednostkach medycznych, bo prowadzi to do korupcji zgodnie z zasadą, że kto płaci, ten wymaga. A traci na tym pacjent, gdyż przekłada się to bezpośrednio na jego zdrowie i życie. To ten sam pacjent, który płaci podatki na państwowe agencje i uniwersytety medyczne, żeby za jego pieniądze rzetelnie (niezależnie) określono stosunek ryzyka do korzyści związanych ze stosowaniem danego leku. McHenry tak podsumowuje istotę tego problemu i daje propozycję uzdrowienia korupcyjnego systemu:

[...] przede wszystkim musimy całkowicie wyeliminować koncerny farmaceutyczne z procesu badania przez nie ich własnych produktów. Jakim cudem doprowadziliśmy do tego, że ufamy producentom, którzy przeprowadzają badania swoich własnych leków? Oligarchia koncernów farmaceutycznych właściwie zawłaszczyła demokrację i instytucje demokratyczne, do których należy kontrola nad mechanizmami gwarantującymi równowagę w tym systemie oraz od których zależy integralność naukowa. Kto zatem zadba o rzetelność nauki?<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Tamże, s. 176.

<sup>21</sup> Tamże, s. 183.

O fabrykowaniu chorób, zjawisku opisanym już szerzej w literaturze naukowej, a więc nieprzynależącym do kategorii tzw. teorii spiskowych, piszą również polscy socjologowie medycyny, w tym dr Urszula i dr Andrzej Domańscy:

Trzeci sposób wyjaśniania moralnej paniki to model grup interesu. W tym przypadku wskazuje się na to, że niekiedy, nawet wbrew zamierzeniom elit, określone grupy interesu są w stanie wykreować określony problem społeczny. [...] Przyjęcie socjologicznej interpretacji, w której problemy zdrowotne są rozpatrywane także jako konstrukt lub wytwór społecznej interpretacji, sugeruje, że chorobę można świadomie wykreować i powołać do życia w jej społecznej recepcji. I nie jest to logika myślenia spiskowego. Istnieją bowiem socjologiczne badania, które wskazują, że świadome i celowe powoływanie do życia określonych przekonań zdrowotnych jest realnym wymiarem działalności „przemysłu zdrowia”<sup>22</sup>.

Urszula i Andrzej Domańscy zwracają także uwagę na to, że jeden z pierwszych przypadków kreowania nowych chorób miał miejsce w latach dwudziestych XX wieku w Stanach Zjednoczonych, kiedy to „producent środka odkażającego wypromował nową dolegliwość, tj. halitozę (cuchnący oddech), chcąc dzięki temu zarobić na sprzedaży swego produktu jako środka służącego do odkażania jamy ustnej”<sup>23</sup>.

### **Medycyna jako narzędzie kontroli społecznej, czyli o biopolityce, biowładzy, medykalizacji, farmaceutyzacji i genetyzacji**

Oprócz ściśle naukowo-medycznego aspektu tzw. pandemii koronawirusa, którym zajmują się naukowcy biegli w medycynie czy statystyce, Domańscy opisują również wymiar społeczno-kulturowy tego zjawiska, które należy rozpatrywać w kontekście takich procesów jak na przykład sekularyzacja współczesnych społeczeństw, w których nauka ma szczególne znaczenie, a medycyna zajmuje miejsce przynależne dawniej systemom wierzeń religijnych. Zdrowie uchodzi w nich za centralną wartość, co prowadzi do tzw. medykalizacji społeczeństw:

---

<sup>22</sup> Tamże, s. 190.

<sup>23</sup> Tamże, s. 191.

Termin ten służy do podkreślenia ekspansji perspektywy medycznej na kolejne obszary życia traktowane dotychczas jako niemedyczne. Jako problem medyczny rozpatruje się dziś: poczęcie, narodziny, edukację, pracę, wypoczynek, posiłek, oddychanie, starzenie, umieranie i śmierć. Medykalizacja to też sposób myślenia, wartościowania i poszukiwania rozwiązań problemów życia codziennego na gruncie medycyny. [...] Medykalizację należy rozpatrywać jako podatny grunt dla społecznej akceptacji biomedycznej narracji, jaka towarzyszy współczesnym pandemiom<sup>24</sup>.

Spółczesność polskie nie od dziś jest pod silnym wpływem firm farmaceutycznych, co można zaobserwować, oglądając reklamy telewizyjne, które w dużej części poświęcone są lekom i suplementom. Nie dziwi zatem otwartość Polaków na leki i „szczepionki”, a producentów telewizyjnych na pieniądze płynące od Big Pharmacy, z czym w parze idzie brak krytycznego podejścia do preparatów genetycznych przeciw COVID-19 w ich programach. Jak mówi przysłowie, „nie kasa się ręki, która karmi” i to w dodatku regularnie. Nawet w Telewizji Polskiej dotowanej hojnie przez rząd z pieniędzy podatników nie ma miejsca na niezależne programy takie jak „Warto rozmawiać” Jana Pospieszalskiego, który zniknął z anteny po zaproszeniu do niego osób krytycznych wobec oficjalnej narracji dotyczącej tzw. pandemii. Z pewnością warto rozmawiać, ale czy wolno?

Wspomniana otwartość na produkty przemysłu farmaceutycznego określana jest w literaturze naukowej mianem farmaceutyzacji społeczeństwa. Jak zauważają Domańscy:

[...] tabletki są dziś traktowane jako sposób na wszelkie kłopoty i problemy. Nie służą jedynie do leczenia chorób, ale pełnią także funkcję „dopalaczy” oraz środków pomocnych w zaradzeniu takim problemom społecznym jak: smutek, zmęczenie, nieśmiałość, żaloba czy brak koncentracji<sup>25</sup>.

Jednak farmaceutyzacja staje się już powoli *passé*, jeśli chodzi o obecną „pandemię”. Nadchodzi czas na genetyzację:

---

<sup>24</sup> Tamże, s. 206.

<sup>25</sup> Tamże, s. 207-208.

Tradycyjne metody diagnozowania i leczenia (tabletki) okazują się niewystarczające i nie dość nowoczesne. Genetyzację diagnozy SARS-CoV-2 (testy PCR) i praktyki terapeutycznej (szczepionki mRNA) nie należy łączyć jedynie z postępowaniem medycznym, gdyż, jak przekonuje Abby Lippman (fundatorka koncepcji genetyzacji), interpretację uwarunkowań chorób i koniecznych terapii należy rozważać w kategoriach decyzji politycznych, które mają związek z aktualną polityką, prywatnymi przekonaniem oraz interesami i ideologiami (zawodowymi i ekonomicznymi) poszczególnych grup, badaczy, placówek naukowych i polityków<sup>26</sup>.

A zatem, jak sugerują autorzy tej wypowiedzi, tzw. pandemia to nie zagadnienie wyłącznie medyczne, ale jak najbardziej polityczne i globalne, ponieważ celem tych działań jest wyszczepienie całej populacji, wszystkich mieszkańców Ziemi. Jak się okazuje, już w 1976 roku Michael Foucault zauważył, że nasza cywilizacja jest epoką biowładzy i biopolityki, czyli to, co wyczuwamy dziś niejako intuicyjnie, zostało opisane już dawno temu:

[...] władza w przeszłości kojarzona była ze stosowaniem bezpośredniego przymusu. W nowoczesnych społeczeństwach można zaobserwować rozwój profesjonalnych grup (np. psychiatrzy, specjaliści od zdrowia publicznego, pracownicy mediów), których celem jest sprawowanie kontroli nad społeczeństwem. Współcześnie władza ucieka się do bardziej subtelných i wyrafinowanych metod oddziaływania na zachowanie człowieka. Oznacza to, że jednostki uwewnętrzniają (zaczynają przyjmować i traktować jako własne) modele określonych zachowań promowane przez media jako naukowe i akceptują, najczęściej nie do końca świadomie, odgórnie narzucane normy. Nowoczesne społeczeństwo jest [dziś] administrowane przez profesjonalistów, którzy definiują określone standardy. Podobnie na podstawie administracyjnej decyzji zapada wyrok: „zdrowy”, „chory”, „szalony”, „kryminalista”, „dewiant”. Wiedza (nauka) w ujęciu Foucaulta traktowana jest jako narzędzie sprawowania władzy. Obecnie jedna z jej dziedzin, tj. medycyna służy do regulacji i kontrolowania ludzkich zachowań<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Tamże, s. 211.

<sup>27</sup> Tamże, s. 217-218.



## Międzynarodowy traktat antypandemiczny WHO

W tym kontekście nietrudno zrozumieć projekt zgłoszony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), którego celem jest zarządzanie przyszłymi pandemiemi w ramach umowy międzynarodowej. Już w marcu 2021 roku przywódcy wielu krajów oraz dyrektor generalny WHO – Tedros Adhanom Ghebreyesus<sup>28</sup> wystosowali wspólny apel, w którym postulowali stworzenie międzynarodowego traktatu antypandemicznego, który zawierał znamienne przesłanie:

Kolejne pandemie i kolejne poważne zagrożenia zdrowotne są nieuniknione. **To kwestia nie tego czy, ale kiedy.** Musimy być wszyscy lepiej przygotowani na to, by przewidywać pandemie, zapobiegać im, wykrywać je i oceniać oraz skutecznie, **w wysoce skoordynowany sposób**, na nie reagować. Naszym zdaniem kraje powinny współpracować na rzecz nowego międzynarodowego traktatu o gotowości i reagowaniu na pandemię<sup>29</sup>.

To oznacza, że WHO z dużą dozą prawdopodobieństwa ogłosi kolejną, sfabrykowaną pandemię, jak to już miało miejsce w przypadku świńskiej grypy i COVID-19. Tym razem jednak zarządzanie kryzysem nie będzie (jeśli projekt zostanie przyjęty) odbywać się tak jak do tej pory, tj. w ramach mniej lub bardziej suwerennych decyzji poszczególnych państw, ale w sposób globalny. Politykom może to być na rękę, ponieważ wówczas zrzucą odpowiedzialność za swoje decyzje na WHO jako organ

<sup>28</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus – ur. w 1965 r. w Asmarze w Cesarstwie Etiopskim (obecnie Erytrea) ósmy Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia, a zarazem pierwszy niebędący lekarzem. W Etiopii znany był przede wszystkim jako polityk. W okresie panowania reżimu w jego ojczystym kraju związany był ze skrajnie lewicowym (do 1990 roku marksistowsko-leninowskim) Tigrajskim Ludowym Frontem Wyzwolenia dopuszczającym się m.in. torturowania oponentów politycznych – najpierw jako wiceminister, a potem (od 2005 roku do 2012) jako minister zdrowia. Ulubieniec sekretarza generalnego Komunistycznej Partii Chin Xi Jinpinga. Za jego kadencji jako ministra spraw zagranicznych kraj zaciągnął w Chinach ogromne pożyczki, w tym jedną na ponad 13 miliardów dolarów. Gdy w 2017 roku został szefem WHO, światowe organizacje aborcyjne wypowiadały się o nim w superlatywach, nazywając go m.in. „orędownikiem równości płciowej oraz zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego”. Tedros Adhanom Ghebreyesus brał udział m.in. w konferencji „She Decides”, zorganizowanej w ramach sprzeciwu wobec antyaborcyjnej polityki Donalda Trumpa (przyp. red.).

<sup>29</sup> WHO. *COVID-19 shows why united action is needed for more robust international health architecture*. Dostępny w: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/op-ed---covid-19-shows-why-united-action-is-needed-for-more-robust-international-health-architecture> (dostęp: 27.04.2022).

ekspercki. Problem jednak tkwi w tym, czy możemy ufać instytucji, która skompromitowała się już dwukrotnie, jeśli chodzi o tzw. pandemię? Czy możemy ufać organizacji, która otrzymuje około 75% finansowania od prywatnych podmiotów, w tym od przemysłu farmaceutycznego? Odpowiedź na to pytanie musi być zdecydowanie negatywna. Powinniśmy zerwać współpracę z podmiotem, który jest instytucjonalnie skorumpowany i stanowi instrument do zarabiania pieniędzy przez Big Pharmę.

### **„Zostań w domu”, czyli rzecz o tzw. lockdownach i zamykaniu drzwi szpitali przed chorymi**

Masowe zamykanie ludzi w aresztach domowych bez wyroku sądu było nie tylko bezprawne i godziło w podstawowe prawa wolnego człowieka, ale również nieskuteczne. Jeszcze do 2019 roku Światowa Organizacja Zdrowia nie rekomendowała nadzwyczajnych środków stosowanych wobec społeczeństw (kwarantanna osób z kontaktu, zamykanie granic, screening celem stwierdzenia „zakażenia” przy wjeździe/wyjeździe) w celu przeciwdziałania transmisji grypy – głównie ze względu na ich niewielki wpływ na przebieg jej rozprzestrzeniania i dotkliwe skutki uboczne takie jak zerwanie łańcuchów dostaw czy niepokoje społeczne. Czy od 2020 roku mieliśmy wysyp badań naukowych, które dowodziłyby, że lockdowny są jednak korzystne i skuteczne? Żadną miarą. Decyzje o „zamrożeniu” życia zostały podjęte na poziomie wyłącznie politycznym, a bazowały, przynajmniej oficjalnie, na wręcz astronomicznie przeszacowanej liczbie zgonów z powodu SARS-CoV-2 uzyskanej na podstawie symulacji komputerowych, a nie doświadczalnych badań epidemiologicznych. Przypomnijmy, że raport Imperial College przewidywał 510 tys. zgonów, jeśli lockdown nie zostanie wprowadzony, co jest liczbą absurdalnie wysoką i całkowicie sprzeczną z danymi eksperymentalnymi dotyczącymi wspomnianego wskaźnika IFR. Niestety nasz rząd również posługuje się modelami i symulacjami komputerowymi, a jak stwierdził prof. med. Johan Giesecke, krajowy epidemiolog Szwecji pełniący tę funkcję przez 20 lat:

[...] wszystkie modele dotyczące rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych – wiele znanych osób je wykonuje – są dobre do nauczania, ale rzadko ukazują prawdę<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> Błochowiak M. (oprac.). *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*. Tom 2. Warszawa: Fundacja Osuchowa 2020, s. 75.

Dane naukowe wyższej jakości wskazują na niewielką lub żadną skuteczność lockdownu przy ogromnej skali katastrofalnych skutków ubocznych. Już w lipcu 2020 roku na łamach prestiżowego czasopisma „The Lancet” nie wykazano korelacji między natychmiastowym, pełnym lockdownem i powszechną rutynową diagnostyką a śmiertelnością związaną z COVID-19. Według wniosków płynących z najbardziej aktualnego (maj 2022 roku) przeglądu systematycznego (metaanaliza 22 doniesień naukowych) badań oceniających skuteczność lockdownu stosowanie izolujących społecznie interwencji niefarmaceutycznych (polegających na rezygnacji z kontaktów między ludźmi, tzw. lockdownów, kwarantann, testowania, śledzenia kontaktów, noszenia masek i wszelkich innych obostrzeń; ang. *Community non pharmaceutical interventions* – cNPI) należy odrzucić jako instrument polityki przeciwpandemicznej.

Inne dane również wskazują na to, że rygorystyczność środków ustanowionych w celu zwalczania pandemii, w tym lockdownu, wydaje się nie mieć związku ze śmiertelnością, zaś rozwój „epidemii” w państwach z łagodnymi restrykcjami takimi jak Szwecja i Korea Południowa był podobny jak w krajach, w których wdrożono lockdown. Dodatkowo strategia „zostań w domu” prowadzi do wzrostu śmiertelności ponadnormatywnej (niezwiązanej z patogenem) bezpośrednio po wprowadzeniu jej w życie.

Wśród skutków ubocznych lockdownu najczęściej wymienia się wzrost bezrobocia, wzrost liczby bankrutujących firm, pogorszenie stanu psychicznego, spadek poziomu życia, nadmierną konsumpcję leków i używek, pogorszenie opieki medycznej pacjentów „niecovidowych” oraz wzrost niedożywienia i śmierci głodowej w krajach rozwijających się. Analiza wpływu spowolnienia gospodarczego w 2020 r. na śmiertelność dzieci poniżej 5 roku życia w 129 krajach wykazała, że skutki ekonomiczne strategii anty-covid mogły doprowadzić do minimum 280 tys. dodatkowych zgonów dzieci w tej grupie wiekowej, głównie w Afryce. W Polsce z powodu lockdownu szpitali dla pacjentów niecovidowych, czyli redukcji hospitalizacji (aż o 2,8 mln w 2020 roku w porównaniu do 2019) w okresie „pandemii” (ostatnich dwóch lat), wystąpiło ponad 200 tys. nadmiarowych zgonów, które nie są – jak utrzymuje rządowa narracja – zgonami covidowymi.

Wspomniany prof. John Ioannidis w swoim artykule dotyczącym globalnych skutków krótko- i długoterminowych związanych z „pandemią” koronawirusa sformułował następujący wniosek: „Biorąc pod uwagę różne prognozy, nadmiarowe zgony

z powodu obostrzeń będą zapewne dużo większe niż zgony z powodu COVID-19”<sup>31</sup>. Natomiast Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) była w tym czasie na alarm, że „w 2020 roku, ze względu na ekonomiczne skutki wirusa COVID-19, może zostać odnotowany dramatyczny (rekordowy) wzrost liczby ofiar braku żywności o [kolejne] 130 milionów<sup>32</sup>”. Nasuwa się zatem pytanie, ile było ofiar głodu w 2021 roku i ile będzie ich w kolejnych latach z powodu sztucznie wykreowanej pandemii?

Wiele osób w Polsce nie otrzymało na czas właściwego wczesnego leczenia, a pacjentom powszechnie rekomendowano stosowanie standardowych, dostępnych bez recepty leków przeciwzapalnych oraz czekanie zamiast skorzystania z opłacanej przez nich służby zdrowia. Dopiero gdy się im pogorszy, mieli wzywać pogotowie. Czyżby zasada, że profilaktyka oraz wdrażanie leczenia możliwie jak najwcześniej była już niezgodna z aktualną wiedzą medyczną? Pacjenci z infekcjami górnych dróg oddechowych trafiali zbyt późno i w dużo gorszym stanie do systemu opieki zdrowotnej, niż miało to miejsce przed pandemią, a przypomnijmy, że łóżek wtedy nie brakowało.

Ponadto nie uznawano, a wręcz dyskredytowano niedrogie i znane od lat leki o potencjale terapeutycznym w leczeniu COVID-19 takie jak iwermektyna czy amantadyna, natomiast promowano i stosowano zarejestrowany w leczeniu COVID-19 kosztowny remdesiwir o kontrowersyjnej skuteczności i bezpieczeństwie<sup>33 34</sup>.

Ministerstwo zdrowia nie promowało postaw prozdrowotnych, a ludzi „zamykano w domach”, ograniczając im aktywność fizyczną i ekspozycję na promienie słoneczne. Tymczasem suplementacja witaminą D, uzupełnianie niedoborów mikroelementów (np. cynk, selen), właściwa dieta i aktywność fizyczna mogą zmniejszyć ryzyko zakażenia i poważnego przebiegu COVID-19. Zamknięto też lasy, chociaż w tym samym czasie w Niemczech zalecano korzystanie z nich. Jedyne „zbawieniem” miało być siedzenie w domu w oczekiwaniu na pojawienie się magicznej szczepionki.

<sup>31</sup> *Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/eci.13423>

<sup>32</sup> <https://m.niedziela.pl/artukul/55730/FAO-130-milionow-wiecej-ludzi-na-swiecie>

<sup>33</sup> Ansems K. et al. *Remdesivir for the treatment of COVID 19*. Cochrane Database of Systematic Reviews Review – Intervention. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014962>. Published: 5 Aug 2021.

<sup>34</sup> Ohl ME. *Association of Remdesivir Treatment With Survival and Length of Hospital Stay Among US Veterans Hospitalized With COVID-19*. JAMA. 2021 Jul; 4(7): e2114741. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.14741.

„Możliwe, że lockdown zostanie uznany za jedną z największych porażek polityki czasu pokoju we współczesnej historii”. Taki oto wniosek sformułowali autorzy analizy (przeprowadzonej dla Kanady) dotyczącej stosunku kosztów do korzyści w kontekście m.in. zdrowia publicznego, gospodarki, ekonomii i aspektów psychospołecznych w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej. Musimy domagać się, żeby nasi politycy i tzw. eksperci rządowi wzięli sobie tę konkluzję do serca, przeprosili społeczeństwo i ponieśli odpowiedzialność za nieuzasadnione naukowo działania.

## Zamykanie szkół

Zakaz uczestniczenia dzieci i młodzieży w zajęciach lekcyjnych, jak każda zresztą restrykcja rządowa, był zupełnie nieuzasadniony przede wszystkim ze względu na brak, czego nigdy dość przypominać, sytuacji nadzwyczajnej (śmiertelność wirusa dla całej populacji była na poziomie sezonowej grypy). Rząd zamknął szkoły, nie mając poparcia w badaniach naukowych, które by uzasadniały to działanie, podczas gdy ciężar dowodu korzyści przewyższającej ryzyko spoczywa zawsze na tym, kto chce wprowadzić w życie dane działanie. Decyzja była zatem polityczna, a nie naukowa. Tymczasem choć w Szwecji szkoły nie zostały zamknięte i nie wprowadzono też nakazu noszenia nieskutecznych masek, to państwo to może poszczycić się o wiele mniejszą liczbą zgonów nadmiarowych niż Polska! Ponadto w Szwecji ilość zgonów dzieci w wieku 1-16 lat była podobna do ilości zgonów z okresu na 4 miesiące przed i po pojawieniu się COVID-19, zaś wskaźniki przyjęć nauczycieli na oddziały intensywnej terapii były porównywalne z tymi dla innych zawodów<sup>35</sup>. Zatem nic nadzwyczajnego się nie działo.

Ponadto w grupie wiekowej obejmującej dzieci i młodzież ryzyko zgonu, hospitalizacji, ciężkiego przebiegu i powikłań związanych z COVID-19 są znikome, a zatem dzieci i młodzież nie wymagały żadnej szczególnej ochrony.

Nie ma też dowodów wysokiej jakości dotyczących tego, czy i na ile zamknięcie szkół przyczynia się do niższej transmisji wirusa w społeczeństwie, w tym wśród grup ryzyka. Z pewnością jednak wiemy, że zamykanie placówek szkolnych prowadzi do katastrofalnych skutków u dzieci i młodzieży (psychicznych, społecznych,

---

<sup>35</sup> Zob. rozdział 3 niniejszej książki.

edukacyjnych, zdrowotnych, a nawet do utraty lat życia)<sup>36</sup> oraz do absencji zawodowej rodziców, co z kolei generuje kolejne negatywne konsekwencje dla wszystkich. Straty z powodu zamknięcia placówek szkolnych znacznie przewyższają potencjalne korzyści. A tajemnicą poliszynela jest, że jakość nauczania w publicznych szkołach już przed pandemią pozostawiała wiele do życzenia i była niska.

Jeśli koronawirus, podobnie jak wirus grypy, stanowi zagrożenie dla określonych grup ryzyka, to przede wszystkim ich członkowie powinni się chronić. Należy w tym miejscu podkreślić, że to konkretna osoba z grupy ryzyka powinna decydować o tym, czy chce się w ten sposób zabezpieczyć czy też woli podjąć ryzyko zarażenia i zgonu, decydując się na przykład na kontakt z wnukami. Przymus ochrony kogokolwiek jest nie do zaakceptowania od strony etycznej oraz godzi w podstawowe prawo do wolności osobistej i wolności podejmowania decyzji co do swojego zdrowia i życia, jak to miało miejsce w przypadku zakazu odwiedzin chorych w szpitalach czy domach opieki. Przymus ochrony świadczy o totalitarnych zapędach rządzących.

### **Dezynfekcja powierzchni, dystansowanie społeczne, badania przesiewowe temperatury i restrykcje związane z podróżowaniem**

Koronawirusy należą do wirusów układu oddechowego, które rozprzestrzeniają się drogą aerozolową, czyli poprzez wdychanie wirusów znajdujących w małych kropelkach składających się z wody i śliny, wydychanych przez osobę chorą. Część kropli jest na tyle mała, że przy odpowiednio niskiej wilgotności powietrza może długo się w nim unosić, co zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia.

Nie dziwi więc, że badania pokazują (co było wiadome już przed tzw. pandemią), że ryzyko zakażenia się przez powierzchnie jest pomijalnie małe i dlatego ich odkażanie oraz dezynfekcja rąk i noszenie specjalnych kombinezonów przez personel medyczny nie mają w tym przypadku najmniejszego sensu. W związku z tym stosowanie tego typu środków ochrony należy uznać za zabieg celowy, służący jedynie

<sup>36</sup> „Lata życia skorygowane niesprawnością (DALY) są miarą stosowaną w ekonomice zdrowia. Ilustrują „ciężar” choroby wyrażony jako liczba lat utraconych z powodu złego stanu zdrowia, niepełnosprawności lub przedwczesnej śmierci. Jeden DALY oznacza utratę jednego roku w zdrowiu. Łączny wskaźnik DALY można traktować jako różnicę między bieżącym stanem zdrowia danego społeczeństwa a idealną sytuacją, w której każdy człowiek cieszy się doskonałym zdrowiem do późnej starości”. Za: [https://toolbox.eupati.eu/glossary/lata-zycia-skorygowane-niesprawnoscia/?lang=pl#:~:text=Lata%20%C5%BCycia%20skorygowane%20niesprawno%C5%9Bci%C4%85%20\(DALY,utrat%C4%99%20jednego%20roku%20w%20zdrowiu](https://toolbox.eupati.eu/glossary/lata-zycia-skorygowane-niesprawnoscia/?lang=pl#:~:text=Lata%20%C5%BCycia%20skorygowane%20niesprawno%C5%9Bci%C4%85%20(DALY,utrat%C4%99%20jednego%20roku%20w%20zdrowiu) (przyp. red.).

temu, by wywołać u ludzi lęk i uległość. Jednocześnie, patrząc od strony finansowej, to marnotrawienie publicznych i prywatnych środków, a zarazem lukratywny biznes dla niektórych środowisk.

Zachowanie dystansu fizycznego, co należało do podstawowej wiedzy medycznej przed okresem „pandemii”, zmniejsza ryzyko infekcji i powinno być stosowane, jak w przypadku grypy, przez osoby z grup ryzyka, które ze względu na swój zły stan zdrowia mogą ciężko zachorować lub nawet umrzeć. Należy jednak ponownie podkreślić, że z etycznego punktu widzenia zachowanie dystansu należy do osobistej decyzji konkretnej osoby, która w wolności może chcieć podjąć takie ryzyko ze względu na własne priorytety. Dlatego zmuszanie do dystansowania się całego społeczeństwa z powodu znikomego dla większości populacji ryzyka choroby lub zgonu z powodu SARS-CoV-2 i w sytuacji, kiedy przez większą większość czasu nie zakażamy<sup>37</sup> (człowiek zdrowy nie zaraża, co było standardową wiedzą medyczną do czasu „pandemii”) jest całkowicie nieproporcjonalne i niedopuszczalne, biorąc pod uwagę społeczną naturę człowieka, psychiczne negatywne skutki uboczne izolowania się, etykę, wolność osobistą i podstawowe prawa człowieka, które nie mogą być naruszane z powodu niewielkiego zagrożenia.

Radosna twórczość polityków i usłużnych im ekspertów rządowych sprawiła, że wprowadzono przesiewowe pomiary temperatury celem wykrycia osób z infekcją SARS-CoV-2. Okazało się to kolejnym pseudonaukowym, mającym na celu wywołanie lęku narzędziem pandemii strachu. Gorączka jest słabym czynnikiem różnicującym obecność lub brak zakażenia SARS-CoV-2, a stosowanie leków przeciwgorączkowych może maskować objawy. Systematyczny przegląd badań dotyczących praktyk przesiewowych przy wchodzeniu i wychodzeniu z różnych pomieszczeń (np. kwestionariusze objawów, pomiar temperatury ciała) już podczas poprzednich epidemii: grypy A(H1N1), wirusa Ebola i zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS) wykazał wyjątkowo niską użyteczność lub nieprzydatność w różnicowaniu zakażonych od niezainfekowanych. Podobnie, co nie dziwi, okazało się podczas badań dotyczących COVID-19.

Należy podkreślić, że zamykanie międzynarodowych granic lądowych lub wymaganie posiadania negatywnego wyniku testu RT-PCR w przypadku wjazdu do krajów,

---

<sup>37</sup> <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3862>



w których SARS-CoV-2 już jest szeroko rozpowszechniony (nawet w warunkach niskiego rozpowszechnienia dla większości populacji SARS-CoV-2 nie stanowi istotnego zagrożenia) oraz rutynowe kwarantanny nie mają uzasadnienia zarówno z perspektywy epidemiologicznej (brak lub niewielka skuteczność), jak i z punktu widzenia praw człowieka.

## Maski

Do momentu ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia „pandemii” koronawirusa i uznania jej przez polityków za wielkie zagrożenie, w środowisku ekspertów medycznych powszechnie było wiadomo, że maski nie chronią przed wirusami układu oddechowego. Takiego zdania był na przykład minister zdrowia, prof. Łukasz Szumowski, który 26 lutego 2020 roku (a więc jeszcze przed ogłoszeniem „pandemii”) w wywiadzie dla radia RMF FM oznajmił: „One [maski – przyp. red.] nie pomagają, nie zabezpieczają przed wirusem, nie zabezpieczają przed zachorowaniem. Naprawdę nie pomagają”<sup>38</sup>. To stwierdzenie Szumowskiego opiera się na najbardziej wiarygodnych badaniach, jakie zna opisana wyżej medycyna oparta na dowodach, czyli randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych, z których wynika, że maski są nieskuteczne (lub ich skuteczność jest na tyle mała, że nauka nie wykazuje jednoznacznie tego efektu) jako ochrona przed zakażeniami wirusami układu oddechowego, w tym koronawirusami. Nie ma też znaczenia, czy używamy masek własnej roboty, czyli tzw. materiałowych (społecznościowych), chirurgicznych czy typu N95 (odpowiednik FFP2). Nie ma między nimi żadnej różnicy w kwestii ochrony czy też redukcji ryzyka zakażenia się wspomnianymi wirusami.

Przed „pandemią” koronawirusa żadne organizacje zajmujące się zdrowiem i chorobami zakaźnymi, takie jak WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), ECDC (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób), CDC (Centra Prewencji i Kontroli Chorób w USA) czy RKI (Instytut Roberta Kocha) nie zalecały noszenia masek przez całe społeczeństwo w miejscach publicznych. Dopiero po wybuchu „pandemii” zalecenia tych organizacji zmieniły się na przeciwne, ale były to decyzje czysto polityczne, a nie naukowe. Wykazała to w swoim naukowym artykule

<sup>38</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=e2EH2KucTUw>



prof. med. Inges Kappstein, specjalistka w zakresie mikrobiologii, wirusologii i epidemiologii zakażeń oraz higieny i medycyny środowiskowej:

Nikt: ani RKI, ani WHO, ECDC czy CDC, nie przedstawił danych naukowych na temat pozytywnych efektów skuteczności maseczek w miejscach publicznych (w sensie zmniejszonej „szybkości rozprzestrzeniania się COVID-19 w populacji”), ponieważ takie dane nie istnieją. Podobnie aktualizacja przeglądu Cochrane’a w żaden sposób nie przemawia za stosowaniem masek w przestrzeni publicznej. Potwierdzają to dwa kolejne przeglądy odpowiedniej literatury z kwietnia 2020 roku. To samo odnosi się do badania przeprowadzonego w Hongkongu kilka lat temu.

[...] Należy zauważyć, że wbrew naukowo ustanowionym standardom medycyny opartej na dowodach, wszystkie krajowe i międzynarodowe organizacje działające na rzecz zdrowia publicznego wydały opinię – o dużej doniosłości – o konieczności noszenia masek w miejscach publicznych, opartą wyłącznie na tzw. przekonujących przemyśleniach<sup>39</sup>.

Co więcej, uczona dochodzi do wniosku, że noszenie masek w miejscach publicznych „potencjalnie odnosi przeciwny skutek”, czyli liczba zarażeń może wzrosnąć! Należy tu ponownie przypomnieć, że ciężar dowodu spoczywa na twierdzącym, a zatem eksperci i politycy nakazujący ich stosowanie powinni uzasadnić taki przymus badaniami wysokiej jakości (czego oczywiście nie uczynili), zwłaszcza że dotyczy to całych społeczeństw, co oznacza, że potencjalne skutki uboczne mogą przybrać dużą skalę.

Ponadto badania wskazują na istotne klinicznie niepożądane skutki medyczne noszenia masek takie jak zespół wyczerpania wywołanego maską (Mask-Induced Exhaustion Syndrome; MIES), odchylenia od normy parametrów fizjologicznych (np. wzrost stężenia dwutlenku węgla we krwi, wzrost ciśnienia krwi) czy wdychanie toksycznych związków pochodzących z materiałów użytych do ich produkcji.

Z kolei badania przeprowadzone pod kątem psychologicznym w Niemczech wykazały, że:

---

<sup>39</sup> Blochowiak M. (oprac.) *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*. Tom 3. Warszawa: Fundacja Osuchowa 2021, s. 400.

[...] przeważająca większość respondentów badania była wyraźnie pobudzona psychicznie i psychovegetatywne i wskazywała, że doświadcza cierpienia z powodu utraty samoskuteczności, poczucia sprawstwa i wpływu na swoje życie. Sam obowiązek zasłaniania ust i nosa był przez nich odbierany jako coś niewspółmiernego, jako wyraz bezprawnej ingerencji, w konsekwencji czego wielu z nich znalazło się na granicy traumy<sup>40</sup>.

Z faktu, że maski nie są w ogóle skuteczne w kwestii ochrony przed zakażeniem się wirusami układu oddechowego, nie wynika, że ich noszenie nie jest sensowne, na przykład podczas operacji. Jak stwierdza dr med. Jim Meehan:

Jestem chirurgiem, który wykonał ponad 10 000 zabiegów chirurgicznych, nosząc maskę chirurgiczną. [...] Założenie, że noszenie masek przez chirurgów stanowi dowód na to, że „maski muszą działać korzystnie w powstrzymaniu transmisji wirusa” jest błędem logicznym, który zaklasyfikowałbym jako argument fałszywej równoważności lub porównywanie „jabłek do pomarańczy”.

[...] chirurdzy rzeczywiście noszą maski, aby zapobiec zakażeniu pola operacyjnego oraz odsłoniętych tkanek wewnętrznych pacjenta tym, co może wydostać się na zewnątrz z ich dróg oddechowych. [...] Jeśli chirurg byłby chory, a zwłaszcza na infekcję wirusową, nie przeprowadzałby operacji, bo wie, że jego maska chirurgiczna NIE powstrzyma wirusa<sup>41</sup>.

Istnieje wprawdzie cały szereg badań niebędących randomizowanymi badaniami klinicznymi, które wskazują na skuteczność masek, ale zgodnie z medycyną opartą na dowodach należy je odrzucić jako błędne, jeśli są sprzeczne z bardziej wiarygodnymi badaniami.

Nakaz noszenia masek to kolejny element wywoływania strachu wśród obywateli i widoczny znak ciągle przypominający całemu społeczeństwu o „pandemii”, o której inaczej szybko by zapomnieli, bazując na własnym doświadczeniu i percepcji rzeczywistości.

---

<sup>40</sup> Tamże, s. 328.

<sup>41</sup> Tamże, s. 240.

## Preparaty genetyczne przeciwko COVID-19

Należy zauważyć, że dyskusja o szczepionkach, jakichkolwiek, a w szczególności ich krytyka jest nieakceptowalna przez mainstreamowe media i rządowych ekspertów medycznych. Z jakichś względów szczepionki są „świętymi krowami”, o których można wypowiadać się tylko w superlatywach. Takie podejście z pewnością jest antynaukowe, ponieważ „nauka polega na podważaniu wszystkiego, co można podważyć, bo tylko dzięki temu można wykryć to, czego podważyć się nie da” (prof. Tadeusz Kotarbiński). Oznacza to, że jeśli istnieją przesłanki do krytyki czy pozwalające na zakwestionowanie czyichś tez dotyczących jakichś produktów lub leków, to obowiązkiem naukowca jest tak postąpić. Działanie przeciwne, a zatem niedopuszczanie oponentów do głosu, brak akceptacji dla kwestionowania ogólnie przyjętego stanowiska, utrzymywanie, że krytyka szczepionek to igranie z ludzkim zdrowiem i życiem, gdyż zniechęca do szczepień, jest niegodne uczonego (antynaukowe) i bezmyślne.

Jest tak dlatego, ponieważ osoby nieakceptujące negowania skuteczności szczepionek zakładają, być może nieświadomie, że teza o większej korzyści ze szczepienia w stosunku do ryzyka nie wymaga krytycznej dyskusji, lecz powinna być akceptowana a priori, co jest nieprawdą i błędem. Nie ma bowiem w nauce innej drogi docierania do prawdy jak badania, ich interpretacja i krytyczna analiza. Nauka to w dużej mierze krytyka, podważanie ogólnie przyjętych twierdzeń i powątpiewanie, a nie dogmatyzowanie i czynienie z niej bożka.

Co do szczepionek (jakichkolwiek), podobnie jak wobec każdego innego wyrobu medycznego, można postawić trzy podstawowe pytania: czy są zasadne (potrzebne), skuteczne i bezpieczne. W przypadku fałszywej pandemii świńskiej grypy szczepionki zostały wyprodukowane pomimo bardzo niskiego wskaźnika śmiertelności IFR na poziomie 0,02% i zaaplikowane mieszkańcom niektórych krajów. Przy tak niskim wskaźniku zgonów i znikomym odsetku osób hospitalizowanych oraz stosunkowo niskiej i krótkotrwałej ich skuteczności (jak ma to również miejsce w przypadku szczepionek na „zwykłą” grypę) jest praktycznie pewne, że ryzyko i niepożądane odczyny poszczepienne przewyższą potencjalne korzyści. Nie ma więc wątpliwości, że te szczepionki zostały sprzedane państwom nie z powodu ich zasadności (potrzeby), ale wyłącznie ze względu na zysk firm farmaceutycznych. Dobrze wyjaśnił tę

kwestię prof. med. Sucharit Bhakdi, naukowiec i lekarz, wybitny specjalista w dziedzinie mikrobiologii i epidemiologii chorób zakaźnych, który przez 22 lata był dyrektorem Instytutu Mikrobiologii Medycznej i Higieny na Uniwersytecie w Moguncji w Niemczech, autor kilkuset publikacji naukowych i jeden z najczęściej cytowanych naukowców w dziedzinie medycyny w Niemczech. Stwierdził on m.in., że:

Niepożądane ciężkie powikłania [narkolepsja – przyp. tłum.] po szczepionce na świńską grypę wystąpiły kilka miesięcy później i były brzemienne w skutki. Głównie w przypadku dzieci i młodzieży. Częstotliwość ich występowania wynosiła 1 na 10 000. Być może ktoś powie: „Jeśli uratowaliśmy 10 000 istnień i poświęciliśmy jedno zdrowie, to niech tak będzie“. Jednakże spośród tych 10 000 młodych osób i dzieci nikt nie umarł na świńską grypę<sup>42</sup>.

Na narkolepsję (nieuleczalną chorobę) będącą skutkiem aplikacji szczepionki Pandemrix zapadło w Europie aż 1300 osób<sup>43</sup>, a zatem straty gigantycznie przewyższyły ewentualne korzyści. Szczepionki przeciw świńskiej grypie okazały się niebezpieczne, nieskuteczne i niepotrzebne. Polska zresztą ich nie zakupiła, za co była później chwalona przez zagranicznych ekspertów:

Polska słusznie nie zakupiła szczepionek przeciwko grypie A/H1N1, nie ulegając w tej kwestii presji firm farmaceutycznych – podkreślali członkowie Komisji ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy (ZPRE).

Minister Kopacz miała absolutnie rację, że wystąpiła przeciw postępowaniu koncernów farmaceutycznych – powiedział PAP Flynn. Jego zdaniem, inne rządy europejskie wydały niepotrzebnie miliony euro na te szczepionki, gdyż – jak powiedział – skala epidemii była wyolbrzymiona.

Także inny obecny na sali ekspert medyczny, były prezes Francuskiego Czerwonego Krzyża, prof. Marc Gentilini powiedział na konferencji prasowej, że w sprawie walki z grypą A/H1N1 Polska może służyć za najlepszy wzór.

<sup>42</sup> Błochowiak M. (oprac.) *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*. Tom 4. Warszawa: Fundacja Osuchowa 2021, s. 218.

<sup>43</sup> <https://www.aponet.de/artikel/corona-impfung-welche-langzeitfolgen-sind-moeglich-22980>

Komisja ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny ZPRE pracuje nad końcowym raportem, mającym wyjaśnić postępowanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i rządów państw wobec zachorowań na grypę A/H1N1<sup>44</sup>.

Przed wszystkim „szczepionki” przeciw COVID-19 nie są tradycyjnymi szczepionkami, z jakimi mieliśmy wcześniej do czynienia, ale bazują na całkiem innej zasadzie działania:

[...] szczepionką nie jest substancja, która nie zawiera antygenów zdolnych do łączenia się z przeciwciałami. Większość „szczepionek” przeciw SARS-CoV-2 nie zawiera antygenów, a jedynie instrukcję do ich wytworzenia, więc nie można ich nazwać szczepionkami. Zarówno mRNA, jak i konstrukty w „szczepionkach” wektorowych nie są antygenami. Zamiast wprowadzić ten konstrukt do bioreaktora, np. drożdży, wprowadza się go do naszych komórek. Tym razem to my mamy być bioreaktorami<sup>45</sup> (prof. Kornelia Polok, genetyk).

Chociaż koncepcja szczepionek mRNA pojawiła się już w 1990 roku, to nigdy ta technologia nie była stosowana na masową skalę przeciw wirusom układu oddechowego u ludzi. Przed wprowadzeniem masowych programów szczepień przeciw COVID-19 naukowcy wyrażali swoje obawy wobec skuteczności i bezpieczeństwa tych preparatów na podstawie dotychczasowych doświadczeń z patofizjologią zakażeń koronawirusowych i technologią szczepień mRNA.

Nie ulega zatem wątpliwości, że z naukowego punktu widzenia mamy do czynienia z wielkim, globalnym eksperymentem medycznym. Teza ta budzi kontrowersje, ale dla naukowca powinna być oczywista: dopóki zbieramy dane dotyczące jakiegokolwiek badania, dopóki jesteśmy w jego trakcie i nie znamy (bo nie możemy) skutków średnio- i długoterminowych, dopóki nie zostały wyjaśnione lub wykluczone niepożądane odczyny poszczepienne, dopóty mamy do czynienia z eksperymentem, bez względu na ewentualne, sprzeczne z tym poglądem, definicje prawne czy ustawowe. Szacuje się, że opracowanie nowej szczepionki zajmuje średnio około od 8 do 12 lat.

<sup>44</sup> <https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci.pochwala-dla-polski-za-walke-z-grypa-a-h1n1,artykul,1605975.html>

<sup>45</sup> Blochowiak M. (oprac.) *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*. Tom 4. Warszawa: Fundacja Osuchowa 2021, s. 457.

Wstępne wyniki badań klinicznych były obiecujące i wskazywały na wysoką (67-95%) względną skuteczność szczepień przeciw COVID-19 w ochronie przed zachorowaniem. Opinii publicznej nie informowano jednak o relatywnie niskiej skuteczności bezwzględnej na poziomie 1-2% (obejmuje całą szczepioną populację). Niestety najlepsze dostępne obecnie dane (z badań randomizowanych) są metodologicznie i jakościowo wątpliwie oraz nie odpowiadają na najważniejsze pytania w zakresie skuteczności omawianych preparatów, a badania obserwacyjne (które wskazują na wysoką skuteczność szczepień w ochronie przed ciężkim przebiegiem i zgonem covid, ale stoją znacznie niżej w hierarchii dowodów naukowych i nie oceniały zgonów z jakiegokolwiek przyczyny, czyli sumarycznej liczby zgonów) mogą zawyżać ich skuteczność z uwagi na szereg czynników zakłócających, np. definicję osoby zaszczepionej obejmującą osoby dopiero 14 dni po przyjęciu drugiej dawki. Tymczasem większość potencjalnych ciężkich powikłań (zgonów i hospitalizacji) na skutek reakcji poszczepiennych następuje właśnie w tym czasie<sup>46</sup>, co, zgodnie z tą definicją, zostaje przypisane w statystykach i badaniach obserwacyjnych do osób niezaszczepionych, tym samym zawyżając skuteczność tych preparatów.

Pomimo wad badań z randomizacją żadne z nich nie wykazało, że szczepionki przeciwko COVID-19 redukują ryzyko zgonu ogółem (czyli biorąc pod uwagę sumaryczną liczbę zgonów bez względu na przyczynę) oraz związanego z COVID-19, podczas gdy, jak już to wcześniej zauważono, ciężar udowodnienia skuteczności spoczywa na tych, którzy dany produkt zalecają czy nakazują. Jednak ta zasada nie ma racji bytu w przypadku sprzedaży produktów przynoszących miliardowe zyski koncernom farmaceutycznym. Ponadto badania wykazują, że szczepionki przeciw COVID-19 nie hamują transmisji wirusa, co było jednym z (przedwczesnych i niepopartych dowodami) czczych argumentów przemawiających za ich stosowaniem.

Jeśli zaś chodzi o aspekt bezpieczeństwa, to preparaty genetyczne przeciw COVID-19 powodują bezprecedensową liczbę niepożądanych odczynów poszczepiennych, włącznie ze zgonami, które trafiają potem do rejestrów takich jak VAERS, WHO czy VigiAccess, przy czym szacuje się, że zgłaszanych jest zaledwie ok. 1% niepożądanych odczynów poszczepiennych. Z drugiej strony związek przyczynowo-skutkowy między zgłaszanym do rejestru zdarzeniem a szczepieniem nie jest potwierdzony

<sup>46</sup> <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.756633/full#T1>

(niezależne analizy sugerują jednak, że nawet w 80% przypadków to właśnie szczepionka przeciw COVID-19 mogła być czynnikiem prowadzącym do śmierci).

Na alarmującą skalę powikłań poszczeniennych wskazują również takie źródła jak upubliczniony decyzją sądu raport firmy Pfizer przekazany do FDA, dotyczący nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii po wprowadzeniu preparatu do obrotu, czy też dane z Defense Medical Epidemiology Database oraz list otwarty dr. Tessa Lawriego (dyrektor firmy The Evidence-Based Medicine Consultancy Ltd), a także apel 84 naukowców i lekarzy zrzeszonych w grupie Health Advisory & Recovery Team oraz wyniki badań histopatologicznych Arne Burkhardta czy też niezależne analizy raportujące korelacje między nadmiarową śmiertelnością a programami szczepień.

W literaturze naukowej udokumentowanych jest wiele skutków ubocznych szczepień przeciw COVID-19 takich jak: choroby neurologiczne, autoimmunologiczne, zdarzenia sercowo-naczyniowe, wzmocnienie infekcji zależne od przeciwciał, zakażenia półpaścem, reakcje anafilaktyczne, zmiany skórne, progresja raka, udar, zaburzenia miesiączkowania i wreszcie zgony. Szczególnie niepokojące są wysokie wskaźniki przypadków zapalenia mięśnia sercowego po szczepieniu wśród nastolatków płci męskiej, czyli w grupie o bardzo niskim ryzyku ciężkiego przebiegu infekcji SARS-CoV-2. Brakuje też przekonujących danych o bezpieczeństwie tych preparatów dla kobiet w ciąży i karmiących, a jednak są one zalecane przez rządy poszczególnych państw wyżej wymienionym grupom pacjentów.

Biorąc to wszystko pod uwagę, szczepienia przeciw COVID-19 powinny zostać wstrzymane w trybie natychmiastowym. Jeszcze przed wprowadzeniem szczepionek na rynek dosadnie przed ich skutkami przestrzegał m.in. prof. Stefan Hockertz, naukowiec, immunolog i toksykolog, były dyrektor i profesor Instytutu Eksperymentalnej i Klinicznej Toksykologii na Uniwersytecie Medycznym w Hamburg-Eppendorf, posiadający 30-letnie doświadczenie w zakresie szczepionek:

Miejsce tej szczepionki jest dokładnie tam, gdzie szczepionka przeciwko świńskiej grypie wylądowała lata temu: na śmietniku<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> <https://clubderklarenworte.de/impfstoff-interview-als-pdf>. Utylizacja niechcianych szczepionek przeciw świńskiej grypie kosztowała w Niemczech 250 mln euro (przyp. red.).

Preparaty te ze względu na ich eksperymentalny charakter oraz (znane i nieznanne jeszcze) skutki uboczne nie powinny być w ogóle dopuszczone do obrotu w Polsce, zwłaszcza w skali masowej, nie wspominając już o przymuszaniu do ich stosowania. Agencje państwowe powołane do sprawdzania produktów leczniczych, mając do tego odpowiednie kompetencje, nie dopuszczają niektórych leków do obrotu, a tym samym nie dają pacjentom możliwości wyboru skorzystania z nich. Dlatego pogląd, że każdy powinien mieć prawo wyboru niesprawdzonych i szkodliwych produktów (w tym przypadku szczepionek przeciw COVID-19), jest nieuzasadniony.

Rządzącym i ekspertom nie chodziło zresztą o uargumentowane (naukowo) przekonanie opinii publicznej co do korzyści płynących z przyjęcia preparatów przeciw COVID-19, co dobitnie wyraził Główny Inspektor Sanitarny, Jarosław Pinkas:

Być może będziemy mieli także szczepionkę. [...] Po prostu, zwyczajnie wygenerujemy zapotrzebowanie, emocjonalne zapotrzebowanie, taki stan ducha, że chcę to mieć, ponieważ jest to dla mnie niezwykle ważne<sup>48</sup>.

## Perspektywa prawna

Stan ducha można też kreować przez odpowiednią konstrukcję prawa i jego egzekucję, czego doświadczyliśmy ostatnio na własnej skórze. Żyjemy obecnie w Polsce (w zasadzie dotyczy to całego świata) w okresie tzw. pozytywizmu prawnego. Prawo naturalne bazuje bowiem na naturze człowieka, czyli na odkrytych w niej prawach. Podobnie, badając martwą naturę (co jest domeną nauk szczegółowych) jedynie odkrywamy prawa nią rządzące, ale ich nie wymyślamy i nie kreujemy. Nie przegłosowujemy ich też demokratycznie większością głosów. Byłoby to absurdem.

Prawo stanowione przez człowieka ma oczywiście swoje należne mu miejsce, ale jedynie jako dookreślenie prawa naturalnego i nie powinno nigdy być z nim sprzeczne,

<sup>48</sup> <https://naszapolska.pl/2020/09/21/pinkas-wygenerujemy-emocjonalne-zapotrzebowanie-na-szczepionke-przeciw-covid-19/>



bo wówczas mamy do czynienia z bez-prawiem lub anty-prawem, a zatem gwałtem i przemocą na ludzkiej naturze.

Takim bezprawiem jest narzucanie całym społeczeństwom zasad, które pozbawiają je podstawowych praw wynikających z przyrodzonej godności każdego człowieka, a ponadto obligują do podjęcia czynności, które są niezgodne z rzetelnymi i wiarygodnymi badaniami naukowymi, które, choćby w przybliżeniu, mówią nam, jaka jest rzeczywistość i gdzie leży prawda.

Dlatego tworzenie prawa, które wymusza, sprzecznie z dostępną wiedzą, diagnostykę przy pomocy testów PCR, a także wprowadzanie lockdownów powodujących wzrost liczby nadmiarowych zgonów, przymuszanie do szczepień łamiących zasadę decydowania o własnym ciele, zakaz odwiedzania bliskich (w tym swoich dzieci!), a tym samym podejmowania suwerennych decyzji i ryzyka przez pacjentów oraz zamykanie drzwi szpitali przed chorymi mającymi inne przypadłości niż „covidowe” (i to pomimo wolnych łóżek), a także noszenie nieskutecznych i wywołujących skutki uboczne masek, areszt domowy bez wyroku sądowego i wobec braku dowodów na jego skuteczność oraz pomijanie naukowych doniesień o małym zagrożeniu, tj. na poziomie sezonowej grypy, jest przede wszystkim bezprawne na gruncie prawa naturalnego, a zarazem stanowi gwałt na rozumie. Nawet gdyby zagrożenie było rzeczywiste, to podjęte środki i tak muszą być proporcjonalne do zagrożenia, a nie maksymalistyczne.

Do tego wszystkiego dochodzą bezprawne działania i rozporządzenia wdrażane w ramach stanu nadzwyczajnego, jakim miała być rzekomo „epidemia”, choć, o ironio, stanu nadzwyczajnego nie ogłoszono...

### **Dla myślących samodzielnie**

Jeśli Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła fałszywą pandemię świńskiej grypy, to czy i na jakiej podstawie możemy wykluczyć, że nie postąpiła tak samo w przypadku SARS-CoV-2?

Jeśli WHO zalecało niepotrzebne, nieskuteczne i niebezpieczne szczepionki przeciw świńskiej grypie, to czy i na jakiej podstawie można wykluczyć, że nie postąpiło tak po raz kolejny?

## O Fundacji Ordo Medicus

Fundacja Ordo Medicus jest niezależną i apolityczną organizacją zrzeszającą lekarzy i naukowców działających na rzecz zdrowia, wolności, prawdy oraz niezależnej nauki, która powstała w opozycji do absurdalnych i antynaukowych działań rządzących i tzw. rządowych ekspertów w związku z tzw. pandemią COVID-19.

Już od zeszłego roku działa też Komisja Śledcza Ordo Medicus ds. Pandemii, której celem jest szczegółowe wyjaśnienie różnych jej aspektów. Zdobyta przez nas wiedza służy prawnikom do prowadzenia spraw w izbach lekarskich i sądach. Dotyczy to zwłaszcza tych lekarzy, którzy mają odwagę mieć własne zdanie w tej kwestii, ale również zwykłych obywateli.

Drugim celem Komisji jest edukowanie społeczeństwa i dostarczanie mu wiedzy pochodzącej od niezależnych ekspertów. Wszystkie posiedzenia Komisji są transmitowane na żywo, a linki do nich wraz z opisami zamieszczone na naszej stronie: **[www.ordomedicus.org/category/posiedzenia](http://www.ordomedicus.org/category/posiedzenia)**.

Organizowaliśmy także konferencje mówiące o konsekwencjach szczepień dzieci przeciw COVID-19 i wpływie restrykcji rządowych na funkcjonowanie służby zdrowia w latach 2020-2021 oraz wydawaliśmy oświadczenia (pod którymi podpisało się wielu lekarzy i naukowców) i uzasadnienia medyczno-naukowe dotyczące tych zagadnień. Na nasze zaproszenie przyjechał do Polski dr med. Wolfgang Wodarg, z którym zorganizowaliśmy trzy spotkania i który wziął również udział w posiedzeniu Komisji Śledczej. Warto zapoznać się z jego unikatową wiedzą. Wszystkie materiały są dostępne na naszej stronie.

Do tej pory wydaliśmy trzy książki: *Pandemię zdemaskowaną* prof. Sucharita Bhakdiego i prof. Kariny Reiss, *Falszywe pandemie. Argumenty przeciwko rządowi strachu* dr. Wolfganga Wodarga, a także opracowany przez mnie 5 tom *Falszywej pandemii. Krytyki naukowców i lekarzy* wraz z dołączonym do niego znakomitym filmem zatytułowanym: „Czy ufać WHO?”. Wkrótce wydamy kolejną pracę dotyczącą m.in. zależności między autyzmem a szczepieniami pt. *Jak zakończyć epidemię autyzmu? Związek autyzmu ze szczepionkami*. Jeśli środki na to pozwolą, to chcielibyśmy zaprosić do Polski jej autora i szerzej zająć się tym zagadnieniem. Wszystkie książki można nabyć w naszej księgarni [www.ordomedicus.org/sklep/](http://www.ordomedicus.org/sklep/), do czego serdecznie zachęcam, ponieważ wspomaga to nasze działania.

W związku z powyższymi kosztownymi działaniami zachęcam do regularnego wspierania naszej Fundacji: [www.ordomedicus.org/wspieram/](http://www.ordomedicus.org/wspieram/), która działa wyłącznie dzięki darowiznom (można odliczyć je od podatku) i wspomnianej sprzedaży książek. Chcemy zachować pełną niezależność i dlatego nie korzystamy ze środków publicznych i grantów.

Chcielibyśmy podejmować ważne publicznie, postrzegane jako trudne i kontrowersyjne, tematy związane z życiem i zdrowiem, zapraszać wybitnych specjalistów, w tym również z zagranicy, a także prowadzić działalność wydawniczą. Warto wspierać naszą Fundację, bo, mamy taką nadzieję, będzie się to przekładać na polepszenie jakości zdrowia i życia nas samych.

Życzę owocnej lektury!

*Dr Mariusz Błochowiak*  
*info@ordomedicus.org*

*Prezes Fundacji Ordo Medicus – zrzeszenia lekarzy i naukowców  
na rzecz zdrowia, wolności, prawdy i niezależnej nauki.*

*Przewodniczy apolitycznej, społecznej i niezależnej Komisji Śledczej ds. Pandemii.*

*Opracował i opatrzył wstępem 5 tomów książki*

*„Fałszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy”.*

*Doktor fizyki, pracował naukowo w Instytucie Maxa Plancka w Moguncji*

*oraz w instytucie badawczym SINTEF w Norwegii.*

*Interesuje się metodologią i filozofią nauki oraz relacją między wiarą a nauką.*



---

## 2. O AUTORACH

---

**Lek. Paweł Basiukiewicz**, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, elektrokardiolog. Kierownik oddziału COVID w okresie od października 2020 do czerwca 2021 roku. Autor i współautor raportów: *Ani jednej tży – ochrona zdrowia w pandemii*, wyd. WEI oraz *Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce w związku z epidemią COVID-19. Część druga – aspekty zdrowotne*, wyd. naukowe Ordo Iuris.

**R. pr. Katarzyna Tarnawa-Gwóźdź**, zajmuje się sprawami z zakresu prawa cywilnego i szeroko rozumianego prawa gospodarczego. Od czasu wprowadzenia stanu epidemii czynnie przeciwstawia się ograniczeniom praw i wolności obywatelskich. W 2002 r. ukończyła studia prawnicze na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, zaś w 2004 r. Studia Podyplomowe na kierunku „Prawo Podatkowe” w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie, a następnie odbyła roczną praktykę w Kancelarii Radcowskiej specjalizującej się w prawie upadłościowym i naprawczym.

Prowadzi działalność w ramach Kancelarii J&Z Adwokaci i Radcowie prawni w Bielsku-Białej. Od 2005 r. współpracuje z Kancelarią Marek Płonka i Partnerzy. Od ponad 2 lat wspiera Polaków w obronie praw i wolności obywatelskich w związku z wprowadzanymi restrykcjami i nakazami okołopandemicznymi.

**Dr n. med. Dorota Sienkiewicz**, specjalista chorób dzieci i rehabilitacji medycznej. Wieloletni pracownik dydaktyczny i naukowy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB); asystent w Klinice Chorób Dzieci UMB, Klinice Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej UMB, a następnie Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę” UMB. Autorka

m.in. artykułu: *Neurologic adverse events following vaccination 2012* w *Progres in Health Sciences*. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców.

**Dr Marek Sobolewski**, pracownik Zakładu Metod Ilościowych na Wydziale Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej. Tytuł doktora nauk ekonomicznych uzyskał na Wydziale Zarządzania Akademii Ekonomicznej w Krakowie na podstawie rozprawy na temat zastosowania wybranych modeli decyzyjnych w ekonomicznej ocenie programów zdrowotnych.

Zajmuje się naukowo praktycznym zastosowaniem metod statystycznych do analizy danych medycznych i przestrzennych, czyli międzynarodowych, regionalnych lub powiatowych danych dotyczących demografii i poziomu życia.

Współautor ponad 100 artykułów naukowych dotyczących w znacznej części analizy danych z zakresu medycyny i ochrony zdrowia, z czego ponad 20 opublikowano w renomowanych czasopismach statystycznych, posiadających Impact Factor. Indeks Hirscha dr. Sobolewskiego wynosi 12.

Tematyka prac badawczych w ramach działalności naukowej oraz opracowań wykonywanych dla firm farmaceutycznych i placówek ochrony zdrowia to między innymi:

- analizy farmakoekonomiczne leków pod kątem efektywności i kosztów wpisania ich na listę refundacyjną;
- analizy biorównoważności leków generycznych;
- model decyzyjny dla kosztów i efektywności wprowadzenia obowiązkowych szczepień przeciwko ospie wietrznej;
- analiza skuteczności metod rehabilitacyjnych dla chorych po udarze mózgu;
- analiza występowania otyłości wśród dzieci na Ukrainie (opracowanie pierwszych w tym kraju siatek centylowych wzrostu, masy ciała i wskaźnika masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index));
- udział w opracowaniu nieinwazyjnego testu diagnostycznego wspomagającego wykrywanie autoimmunologicznego zapalenia wątroby (AIH) – publikacja uwzględniona w rekomendacjach European Association for the Study of the Liver;
- analiza warunków pracy pielęgniarek pod kątem wypalenia zawodowego;
- ocena wpływu dolegliwości związanych z łuszczycą na ogólną jakość życia;

- analiza skuteczności diagnostyki i leczenia chorób autoimmunologicznych, nowotworowych, neurologicznych, kardiologicznych i wielu innych.

**Dr n. med. Piotr Witzak**, biolog medyczny (specjalność: immunologia), autor 15 publikacji naukowych z dziedziny biologii/immunologii komórkowej. W latach 2013-2015 pełnił funkcję kierownika projektu badawczego *Odpowiedź mastocytów na stymulację syntetycznymi analogami genomów wirusowych (ligandy TLR3 i TLR7)* na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Karierę zawodową kontynuował jako analityk technologii medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w Warszawie. Zajmował się farmakoekonomiką, prowadził wykłady z Evidence-based Medicine (medycyna oparta na dowodach naukowych). Był współkoordynatorem merytorycznym projektu *Racjonalne decyzje w systemie ochronie zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej* realizowanym przez AOTMiT.

