

NR 2

Warszawa 2022/07

NORYMBERGA 2.0

ZESZYTY NORYMBERSKIE

Zmarła, bo czekano na wynik testu

Ktoś na Ziemi chce nas zabić!

Przez szczepionki tracą życie żołnierze i cywile



Zeszyty Norymberskie nr 2

**Zmarła, bo czekali na wynik testu
Ktoś na Ziemi chce nas zabić!
Przez szczepionki tracą życie żołnierze i cywile**

Wydawca: Fundacja Polskie Veto

Redakcja: Piotr Heszen

Skład: Angelika E. Witkowska

Projekt okładki: Maciej Żelazo

Norymberga2.pl

Spis treści:

Wstęp	7
III posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej	9
IV posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej	23
V posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej	33

Załączniki:

Stan zdrowotny w armii USA po „szczepieniach” na Covid-19	59
Narodowy Program Szczepień czy program terapii eksperymentalnej?	61
Przysięga Hipokratesa	75
Przyrzeczenie Lekarskie	77
Kodeks Etyki Lekarskiej – wybrane fragmenty	79



Wstęp

Oddajemy w Państwa ręce drugi numer *Zeszytów Norymberskich*. Odzwierciedla on pracę zespołu Norymberga 2.0 zakreśloną datami 18 stycznia 2022 do 14 marca 2022. W tym czasie odbyły się trzy posiedzenia Poselskiej Komisji Śledczej działającej w ramach Zespołu Parlamentarnego ds. Nadużyć i Naruszeń Prawa w związku z Covid-19. Wnioski, jakie nasuwają się po wysłuchaniu i dokładnym przemyśleniu tego, co powiedzieli świadkowie i eksperci – są porażające. Choć najbardziej dramatyczne w bezpośrednim odbiorze są przypadki indywidualnych nieszczęść, jakie spowodowały restrykcje sanitarne od czasu wprowadzenia „walki z pandemią”, to jednak dopiero rzetelna szersza analiza naukowa sprawia, że widzimy jasno ich wagę. A prawda ta bije w oczy! Stąd w najmniejszym stopniu nieprzesadzony tytuł obecnego numeru: „Ktoś na Ziemi chce nas zabić!”. Dlaczego odważyliśmy się na użycie takiego bulwersującego sformułowania, rodem, jak by się wydawało, z postponowanych „teorii spiskowych”? Gdyż narzuca się ono ludzkiemu rozumowi, który przestudiuje poniższy materiał, z bezwzględną siłą oczywistości. Skoro istnieją niepodważalne dowody naukowe na, w jednych przypadkach zabójczość, a w innych szkodliwość produktu rekomendowanego jako „szczepionka przeciw Covid-19”,

skoro wypowiadają się na ten temat osoby będące autorytetami naukowymi, nieliczne osoby, ale uplasowane na najwyższej półce standardów współczesnej nauki, to znaczy, że na pozostałą część lekarzy i naukowców działa jakaś siła mocniejsza niż wymowa tych faktów. Ta siła sprawia, że giniemy.

Nie jest rzeczą redakcji *Zeszytów Norymberskich* rozwijać ten, swoją drogą, ważny i fascynujący temat, który wyłania się niejako z zebranych materiałów. My prezentujemy, zgodnie z naszą zasadą przydatności procesowej, zbiór odnotowanych dowodów bezpośrednich. Oto on: obszerny opis przypadku śmierci Anny Bednorz z Rybnika, relacja okaleczonego przez pseudoszczepionkę żołnierza Tomasza Bednarskiego, wyniki badań naukowych przedstawione przez doktorów Niezgodę i Witczaka – i inne.

Piotr Heszen



III posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej Warszawa, 18 stycznia 2022

Aby oddać przejmujący wydźwięk wystąpienia matki zmarłej Anny Bednorz oraz dramatyzm całej sytuacji, przytaczamy fragment posiedzenia Komisji w formie relacji dosłownej – Redakcja.

Grzegorz Braun:

Szczyć Boże! Otwieram posiedzenie Parlamentarnego Zespołu do spraw Nadużyć i Naruszeń Prawa w związku z Covid 19, w ramach którego proceduje Poselska Komisja Śledcza, spopularyzowana pod nazwą Norymberga 2.0. Ja nazywam się Grzegorz Braun, a prowadzenie dzisiejszego posiedzenia przekazuję Włodzimierzowi Skalikowi, szefowi Biura Sejmowego Konfederacji, wiceprezesowi Konfederacji Korony Polskiej.

Włodzimierz Skalik:

Witam wszystkich serdecznie w imieniu Komisji i gości, którzy wezmą udział w dzisiejszym posiedzeniu. Pozwolę sobie przedstawić i przywitać uczestników.

Grzegorz Braun, poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, obok mnie Pan Mecenas Jacek Wilk, Pan Mecenas Stefan Czaczkowski. Bardzo cieszymy się z faktu, że w dzisiejszym posiedzeniu bierze udział ekspert wyjątkowej klasy, Pan Jerzy Milewski – doktor medycyny. Witam serdecznie gości, którzy przybyli na zaproszenie Komisji, Panią Mariolę Bednorz z Rybnika i towarzyszącą jej Panią Agnieszkę Witko. Witam Pana Michała Molendę, który zarządza komórką prawną projektu Norymberga 2.0. Tak się akurat składa, że również z Rybnika pochodzi Roman Fritz, wiceprezes Konfederacji Koronnej Polskiej i spod Rybnika Pan Adam Kania, zarządzający operacyjnie Norymberga 2.0, prezes Fundacji Polskie Veto – których również serdecznie witam. Witam Panią Natalię Mehlich, która sprawuje opiekę nad sekretariatem projektu i wspiera organizacyjnie Zespół Parlamentarny. Zdalnie będą kontaktowali się z nami Pani dr Anna Martynowska, Pan Grzegorz Płaczek. Na nasze zaproszenie będą w posiedzeniu uczestniczyli przedstawiciele szpitala w Rybniku. Z tego, co nam przekazano, możemy się spodziewać udziału następujących osób: Pani dyrektor Ewa Fica, dr Janusz Kowalski – zastępca dyrektora do spraw lecznictwa, dr Arkadiusz Niczyporuk – kierownik SOR, dr Marcin Osuch – kierownik oddziału kardiologicznego, mecenas Andrzej Buczek i rzecznik prasowy szpitala – Maciej Kowalczyk. W tak liczonym gronie będziemy chcieli szczegółowo omówić wiele aspektów przypadku, który miał miejsce w rybnickim szpitalu.

Przechodzimy do realizacji naszego programu, bardzo proszę o zabranie głosu prezesa Adama Kanię.

Adam Kania:

Dziękuję bardzo. W połowie grudnia 2021 r. dostaliśmy informację z Fundacji Nowe Spektrum Grzegorza Płaczka o tragedii, która rozegrała się w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku. Od razu uruchomiliśmy wszystkie nasze procedury, prawne i logistyczne, żeby jak najszybciej dowiedzieć się, co tak naprawdę się stało. Zgromadziliśmy całą dokumentację medyczną, jaka była dostępna. Zainicjowaliśmy przeprowadzenie pisemnej interwencji poselskiej, prosząc szpital o odpowiedzi na różne pytania. Owocem tych działań jest dzisiejsze spotkanie.

Włodzimierz Skalik:

Chcielibyśmy poprosić Panią Mariolę Bednorz o zaprezentowanie informacji, co się tego szczególnego dnia wydarzyło.

Mariola Bednorz:

Witam Państwa, jestem mamą Ani, która zmarła 13 grudnia ubiegłego roku. Wszystko zaczęło się w niedzielę 12 grudnia. Ania lubiła konie, miała ich parę i codziennie rano z tymi końmi pracowała. Około godziny dwunastej przyszli do niej koledzy z małymi dziećmi, które chciały odbyć kilkunastominutową przejażdżkę konną – tzw. oprowadzankę. Ania przystroiła konie w świąteczne gadzety. Długo jej nie było. Ktoś nagle przyszedł do mnie i powiedział, że z Anią coś się złego dzieje. Wybiegłam z mieszkania i zobaczyłam ją siedzącą na schodach, była blada, zalekniiona. – Mamo, jest mi niedobrze – mówiła. Po jakimś czasie zaczęła skarżyć się na drętwienie lewej ręki i ucisk w klatce

piersiowej. Zdawało mi się, że to objawy sercowe, chociaż córka nigdy na serce nie narzekała. Zrobiłam dla niej ciepłą herbatę, którą niestety zwymiotowała. Nie miałyśmy na co czekać. Ambulans mógłby przyjechać po dwóch, trzech godzinach, a my mieszkaliśmy piętnaście minut drogi od szpitala, postanowiłyśmy pojechać na SOR. Tam wypełniłyśmy formularz, nie było praktycznie żadnej kolejki. Córka została poproszona do gabinetu, ja też tam weszłam, bo Ania miała niedosłuch. Pierwsze pytanie, jakie usłyszałyśmy, to czy Ania jest „szczepiona”? Mówię, że nie. No to najpierw musimy zrobić testy. Zabrano ją na badania, EKG. Ja siedziałam na korytarzu. Pojawiła się pani doktor, poszła z wynikami do kardiologów, po chwili przyszła i oznajmiła, że u córki wystąpił blok serca. Nie wiedziałam, co to jest. Powiedziała, że to coś gorszego niż zawał, i że to się kwalifikuje do rozrusznika, ale ponieważ córka nie jest zaszczepiona, musimy czekać na wynik testu na obecność koronawirusa. Pytam: – To nic nie będziecie z nią robić?! – Nie, musicie czekać na testy, a że dzisiaj jest niedziela, to będziecie czekać do nocy. Było około godziny piętnastej, chociaż w dokumentacji widnieje godzina pobrania wymazu „16.15”. Ania już źle się czuła, ale była cały czas, tak jak napisali, „stabilna”. Wywieźli ją na korytarz i tam ją tak położyli... To był naprawdę widok, którego nikomu nie życzę... Ostatni raz ją widziałam... Wyglądała jak dzidziuś, skurczona, w masce, w butach... Jak worek kartofli ją, brzydko mówiąc, zostawili. Pożegnałam się z Anią i poszłam do siedzącej tutaj pani Agnieszki, która jest medykiem z wykształcenia, bo może ona mogłaby mi pomóc. Zauważyłam w rejestracji jej znajomego. Prosiłam, żeby zadzwoniła do tego pana. Co godzinę dzwoniła do szpitala, nie zawsze telefon był odbierany, a kiedy już podniesiono słuchawkę, mówiono: – Jest jak było, czekamy na test, gdyby córka była zaszczepiona, dawno znalazłaby

się na kardiologii! W którymś momencie nie wytrzymałam: – To was już żadne zasady nie obowiązują? Nie ma przysięgi Hipokratesa? – Nie, w tej chwili obowiązują nas procedury covidowe – usłyszałam.

Ostatni telefon był może o dwudziestą drugą. W międzyczasie pani Agnieszka przekazała mi informację, że córka jest nawodniona, że nic złego się nie dzieje, że sobie leży i czeka. Potem, po północy zadzwonił do mnie telefon. Przy czym w dokumentacji jest napisane, że test ujemny pojawił się o „23.15”. A za jakiś czas jeszcze raz zadzwonili, informując, że córka musi być pilnie przewieziona na wszczepienie rozrusznika do Katowic, bo szpital w Zabrze jest zajęty. I jeszcze za chwilę zadzwoniła sama Ania, której ktoś użyczył telefonu. Powiedziała, że jest bardzo zmęczona, że ma rozległe bóle i że jedzie na operację. Najbardziej żałowała, że już nigdy nie będzie mogła jeździć konno... Trochę odetchnęłam... Liczyłam, że już teraz będzie we właściwych rękach... Następnym telefonem za około czterdzieści minut już z Katowic. Niestety, córka „zatrzymała się” w karetce. Czyli zmarła. Potem miałam rozmowę telefoniczną z panem kardiologiem. To było 13 grudnia. Zgon Ani jest zapisany na 3.15. 24 grudnia miałyby trzydzieści trzy lata. Jedenaście dni jej zabrakło.

Michał Molenda:

Pani Mariolu, bardzo dziękujemy za tę relację. Żeby to jeszcze wyraźniej wybrzmiało, czy mogłaby Pani powtórzyć, o której godzinie zostały Panie przyjęte na rybnicki SOR?

Mariola Bednorz:

Na pewno było to najwyżej trochę po godzinie piętnastej. Choć w dokumentacji widnieje, że wymaz był pobrany o „16.20”, ale jak wróciłam do domu, nie było jeszcze ciemno, a w grudniu już o szesnastej robi się ciemno.

Michał Molenda:

A o której godzinie otrzymały Panie informacje o wyniku testu?

Mariola Bednorz:

Ja osobiście dostałam taką informację dopiero po północy, ale w dokumentacji jest napisane, że wynik nadszedł o „23.15”.

Michał Molenda:

I jeszcze jedna kwestia. O której godzinie zapadła decyzja o przewiezieniu pani Anny do Katowic?

Mariola Bednorz:

Było grubo po północy, kiedy córka mówiła, że czekają na transport, na karetkę z Katowic.

Michał Molenda:

Po północy już czekali na transport?

Mariola Bednorz:

Tak.

Michał Molenda:

Czyli po północy transport ruszył, ale decyzja mogła zapaść trochę przed północą.

Mariola Bednorz:

Być może.

Michał Molenda:

Dziękuję.

Mariola Bednorz:

Chciałam jeszcze powiedzieć, że jestem tutaj tylko dla pamięci Ani i dla tych wszystkich, których spotkał podobny los. Nie może być tak, żeby życie ludzkie stało na jednej szali z procedurą i to jeszcze taką bezduszną. Nieznane są wyroki Boskie, ale gdyby jej udzielili pomocy, to być może dziewczyna cieszyłaby się teraz życiem.

Michał Molenda:

Mam jeszcze jedno pytanie. Powiedziała Pani, że została poinformowana na SOR-ze przez jednego z lekarzy, że gdyby nie brak szczepienia...

Mariola Bednorz:

...to córka dawno by już była na kardiologii... Powiedziała to pani doktor prowadząca, która później zresztą złożyła podpis na wypisie. Wyraźnie to powiedziała. Powtarzała to wielokrotnie.

Michał Molenda:

W jaki sposób to powiedziała?

Mariola Bednorz:

Wydaje mi się, że z przekąsem. Przez telefon też usłyszałam taki ton: – To będziecie sobie czekały do nocy, bo dzisiaj jest niedziela, tak szybko ten test nie wróci!

Michał Molenda:

Dziękuję bardzo.

Po wysłuchaniu zeznań Marioli Bednorz, członkowie Komisji upewnili się w toku dalszych przesłuchań, co do szczegółowego przebiegu wizyty jej córki w szpitalu. Ustalili ponad wszelką wątpliwość fakt najważniejszy: mimo iż ciężki, zagrażający życiu stan pacjentki Anny Bednorz, wymagający pilnej reakcji ze strony medyków, zdiagnozowano już po kilkunastu minutach jej pobytu w szpitalu, nie udzielono jej pomocy – aż do momentu nadejścia negatywnego wyniku testu na koronawirusa – co nastąpiło po ok. ośmiu godzinach od chwili pobrania wymazu.

Oprócz dokładnego odtworzenia przebiegu wypadków, prace Komisji skupiły się na znalezieniu głównej przyczyny tragicznego ich finału w postaci śmierci Anny Bednorz. Tą bezpośrednią, najważniejszą przyczyną zdawało się być zarządzenie, którego kopią dysponowała Komisja. Zarządzenie nr 70 z 17 maja 2021 r. wydane przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku

w sprawie wprowadzenia do stosowania Procedury „ZASADY WYKONYWANIA TESTÓW W KIERUNKU KORONAWIRUSA SARS-COV-2 U PACJENTÓW PRZYJMOWANYCH LUB HOSPITALIZOWANYCH”, na którym widnieją także podpisy... określało w punkcie 5. m.in. sposób przyjmowania pacjentów w stanie ostrym do szpitala. Zgodnie z Zarządzeniem, tacy pacjenci nie powinni zostać przyjęci, dopóki nie uzyskają negatywnego wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2. Członkowie Komisji połączyli się zatem za pośrednictwem komunikatora video z dyrekcją i pracownikami Szpitala.

Wszystkie osoby autoryzujące Zarządzenie zaprzeczały, jakoby zabraniało ono udzielania pomocy pacjentom bez negatywnego wyniku testu. Nastąpiły sugestie, zwłaszcza ze strony dyr. Ewy Ficy, że zgodnie z Zarządzeniem, decyzja o przyjęciu pacjenta do szpitala leży po stronie lekarza, z którym chory się kontaktuje. Tak miało być również w omawianym przypadku. Wobec wielokrotnie pojawiających się rozbieżności w interpretacji dokumentu pomiędzy Komisją a reprezentantami szpitala w Rybniku dwóch członków Komisji, poseł Grzegorz Braun i Włodzimierz Skalik, odczytało *in extenso* kluczowy tekst rozporządzenia. Kamera obecna na sali posiedzeń ukazała w zbliżeniu odpowiedni akapit. W odpowiedzi przedstawiciele szpitala pokazali rzekomo ten sam dokument, zawierający klauzulę dającą lekarzowi swobodę w podejmowaniu decyzji o przyjęciu chorego do leczenia. Jak stwierdził przewodniczący Komisji, Grzegorz Braun, w tym momencie doszło do prezentacji przez reprezentantów szpitala spreparowanego, fałszywego dokumentu.

Zeszyty Norymberskie nr 2

PROCEDURA				KZ
ZASADY WYKONYWANIA TESTÓW W KIERUNKU KORONAWIRUSA SARS-COV-2 U PACJENTÓW PRZYJMOWANYCH LUB HOSPITALIZOWANYCH				Zarządzenie nr
Edycja	1	Obowiązuje od	17.05.2021	Strona 2 z 4

4. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

4. L.	5. Opis odpowiedzialności	6. Odpowiedzialność
1	Nadzór nad realizacją procedury.	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych Pielęgniarka Naczelna
2	Nadzór nad realizacją procedury przez podległy personel.	Ordynator/Kierownik oddziału Pielęgniarka/Położna Oddziałowa/ Koordynująca/Koordynator
3	Przeprowadzenie oceny ryzyka zakażenia w chwili przyjęcia do szpitala.	Lekarz
4	Pobranie materiału do badań Wdrożenie izolacji kontaktowej	Pielęgniarka/Położna/Ratownik medyczny
5	Powiadomienie Państwowego Inspektora Sanitarnego	Lekarz

5. Przyjęcie pacjenta do Szpitala, który NIE PRZECHOROWAŁ Covid-19

- o **Planowe** - należy wykonać test RT-PCR w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 24–48 godzin przed przyjęciem i przyjąć do Szpitala dopiero po uzyskaniu ujemnego wyniku testu.
- o **Ostre**: > **pacjent bezobjawowy** wykonać test RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2
 - **pacjent z objawami sugerującymi zakażenie COVID-19** – wykonać test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2: wynik dodatni - przekazać do Odd. Leczenia COVID-19,
 - **wynik ujemny** - wykonać test RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, przyjąć do Szpitala dopiero po uzyskaniu ujemnego wyniku testu.

6. Przyjęcie pacjenta do Szpitala PO PRZEBYTYM ZACHOROWANIU na COVID-19

- **Pacjent, który przebywał w izolacji z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, może być przyjęty do Szpitala po 14 dniach od pierwszego dodatniego wyniku potwierdzającego zakażenie, pod warunkiem braku objawów zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Nie wykonujemy, u takiego pacjenta badania RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.**

NALEŻY WYKONAĆ TEST ANTYGENOWY – postępowanie w zależności od wyniku testu.

Był to punkt kulminacyjny prac Komisji, jednak w ich trakcie doszło do dwóch ważnych wystąpień, które rzucają szersze światło na tragiczny przypadek rybnicki. Autorem pierwszego był dr Andrzej Fojcik. Wywiad z nim, nagrany wcześniej, został odtworzony podczas posiedzenia Komisji. Doktor Fojcik jest doświadczonym lekarzem, od ponad siedmiu lat zatrudnionym w szpitalu rybnickim na oddziale rehabilitacji medycznej. Dr Fojcik opowiadał o przypadku swojego wujka, któremu szpital odmawiał leczenia poważnego schorzenia stopy (mogącego skutkować nawet jej częściową amputacją) z powodu procedur covidowych. Odniósł się także do casusu p. Anny Bednorz, której śmierć wywarła na nim ogromne wrażenie, to wtedy zaczął interesować się bardziej szczególnie zarządzeniem nr 70/2021. Mimo, że jako lekarz rehabilitacji, osobiście nie zetknął się ze śp. p. Anną, łamiącym się ze wzruszenia głosem przeproszał w imieniu personelu medycznego rodzinę zmarłej za tragiczne niedopatrzenia. Powtórzmy: nie było w tym żadnej jego winy, a jednak sumienie lekarskie nie pozwoliło mu pozostawić bez komentarza tej sprawy!

Niezwykle bogate w faktografię było wystąpienie eksperta z dziedziny medycyny, dra Jerzego Milewskiego. Doktor Milewski, opierając się na kilkunastomiesięcznej pracy z dokumentami, z trudem, ale ostatecznie z dobrym skutkiem pozyskanymi, rozpostarł przed słuchaczami i widzami obraz „pandemii Covid-19” w Polsce radykalnie sprzeczny z enuncjacjami rządu i Ministerstwa Zdrowia. Zaprezentował dane, na podstawie których można dowodnie stwierdzić, że mieliśmy do czynienia z propagandową, a nie faktyczną „pandemią Covid-19”.

Podstawowym założeniem propagandowym, czyli kłamstwem założycielskim „pandemii Covid-19”, jest – wg dra Milewskiego – uznanie, że mamy do

czynienia „ze straszną chorobą spowodowaną strasznym wirusem, co uzasadnia stosowanie drastycznych środków zapobiegawczych”. Aby przekonać się, jak jest naprawdę, po pierwsze, można sięgnąć do danych własnych Ministerstwa Zdrowia. Są one sprzeczne z oficjalnym przekazem tego resortu. Urzędnicy więc kłamią! Dane ministerialne mówią same za siebie. Wzmacniają je dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Do powyższej kwestii ekspert poczynił jeden uzupełniający, bardzo ważny komentarz: Ministerstwo Zdrowia raz dzieli się swoimi danymi z badaczami, a innym razem dostęp do nich blokuje – co samo w sobie jest karygodne! Pytanie wymagające prawnej odpowiedzi: dlaczego dane Ministerstwa Zdrowia są gromadzone w postaci Rejestru Medycznego, do którego dostęp jest utrudniony, a nie podawane ogólnie, przy zachowaniu anonimowości pacjentów? Może gdyby było inaczej, „celebryci covidowi” nie mogliby ich tak łatwo lekceważyć?

A co owe dane mówią? Nieznana jest liczba chorych na Covid-19 i nieznana jest liczba zgonów na Covid-19, ponieważ pojedynczy test na SARS-CoV-2 nie może być podstawą rozpoznania choroby. Mamy do czynienia z „epidemią” niemiarodajnych testów, co najmniej w części, a być może nawet całkowicie – fałszywie dodatnich. Na ten fakt zwracał już wcześniej uwagę dr Reiner Fuellmich, co relacjonowaliśmy w *ZN* nr 1.

Z kolei GUS podaje informacje dotyczące ogólnej liczby zgonów w Polsce. W okresie „strasznej choroby” powinna ona wzrastać. Tymczasem – jest odwrotnie! Liczba ta w roku 2020 jest podobna, a nawet nieco mniejsza niż w latach poprzednich. Dotyczy to także mających „umierać lawinowo” osób starszych.

„Modele matematyczne”, na które powoływała się propaganda rządowa uzasadniająca pierwsze restrykcje, miały wskazywać, że będzie się zmniejszać dostępność wolnych łóżek w szpitalach. Tymczasem liczba hospitalizacji spadła w roku 2020 w porównaniu z rokiem 2019 o 30%! Od dawna nie zanotowano w Polsce zjawiska tak dużego niedociążenia systemu opieki zdrowotnej. I uwaga: w tej zmniejszonej liczbie hospitalizowanych pacjentów, osób z oficjalnym rozpoznaniem Covid-19 na podstawie niemiarodajnego testu, było 4,6%! Serwowany nam więc obraz chorobowego armagedonu był całkowicie fałszywy!

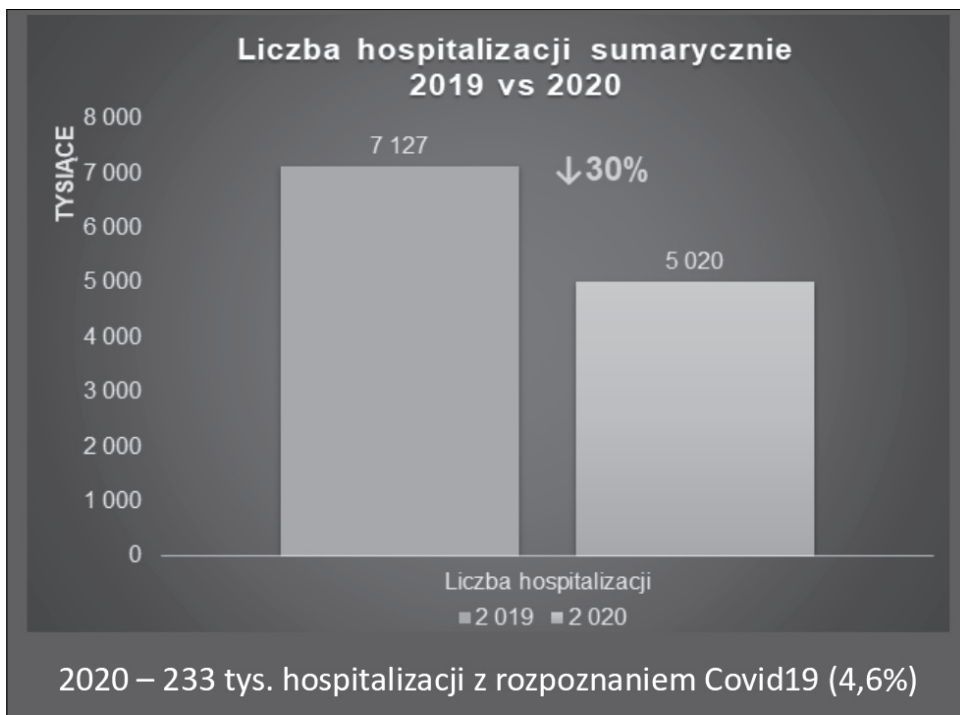
Sprawa kolejna: wirusowa choroba Covid-19 manifestuje się głównie zapaleniem płuc. Wobec powyższego, następująca statystyka: w polskim systemie leczenia w „roku wirusa” użyto o 1/3 mniej respiratorów, wykonano mniej zdjęć rentgenowskich płuc, zanotowano także o 1/3 mniej zapaleń płuc. Podajmy dokładną liczbę: rok 2018 – 528,5 tys. przypadków zapalenia płuc, rok 2020 – 299,5 tys. przypadków zapalenia płuc.

Liczby pacjentów w szpitalach poddanych respiratoroterapii lub wentylacji mechanicznej dla poszczególnych lat (ogółem).

Rok	Respiratoroterapia (93.9, 93.99)	Wentylacja mechaniczna	Suma
2018	8 242	105 410	113 652
2019	10 084	106 266	116 350
2020	12 051	92 542	104 593

Według danych MZ

Według dra Milewskiego całkowicie zawiiodły instytucje odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne Polaków: Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Instytucje te sprzeniewierzyły się swojemu zadaniu, nie stanęły po stronie bezpieczeństwa obywateli i ich interesów.





IV posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej Warszawa, 19 lutego 2022

IV posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej, któremu przewodniczył wiceprezes Konfederacji Korony Polskiej Włodzimierz Skalik dotyczyło najbardziej newralgicznego sektora państwa polskiego, jakim bez wątpienia jest armia.

Na zaproszenie Komisji do sali znajdującej się na terenie Sejmu RP przybyło kilku gości reprezentujących Wojsko Polskie, których albo już pozbawiono, albo próbuje się bezprawnie pozbawić munduru. Byli to porucznik Szymon Fijał, chorąży Aleksander Siergiej, starszy kapral rezerwy Maciej Madej, młodszy chorąży rezerwy Sylwester Zarzycki i starsza szeregowka Paulina Nowak.

Wszyscy żołnierze opowiadali o podobnych przeżyciach i podobnym sposobie traktowania ich przez dowództwo od chwili pojawienia się nacisków na przyjmowanie preparatów zwanych „szczepionkami”.

Chorąży Aleksander Siergiej wyjątkowo nie reprezentował swojego własnego przypadku, lecz niezwykle liczne przypadki innych szykanowanych żołnierzy, którzy zgłosili się do stowarzyszenia Bronimy Munduru dla Przyszłych Poko-

leń (strona: bronimymunduru.pl). Stowarzyszenie udziela pomocy wszystkim służbom mundurowym w Polsce, bo problem nie dotyczy tylko armii.

Z wypowiedzi gości wyłonił się dramatyczny obraz sytuacji w Wojsku Polskim, która zapanowała w nim w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy. Ogólnie składają się na nią trzy główne aspekty:

- Stosowane naciski na poddanie się procedurom sanitarnym są całkowicie pozaregulaminowe i omijają drogę oficjalnego rozkazu, niezbędną dla funkcjonowania instytucji wojska.
- Zawiodło wielu dowódców, którzy powinni bronić swoich podwładnych przed bezprawną presją, a tymczasem sami ją na nich wywierali i nadal wywierają.
- Oprócz presji psychicznej, niszczy się morale armii poprzez przekupstwo i szantaż materialny, co uderza w samą istotę służby, której, jak podkreślił chorąży Sylwester Zarzycki, „nie pełni się dla pieniędzy”.

Naciski na żołnierzy ws. przyjęcia preparatu określanego jako „szczepionka przeciwko Covid-19” rozpoczęły się wymogiem złożenia deklaracji, czy poddadzą się dobrowolnie zabiegowi, czy też nie. Zastosowano więc metodę małych kroków. Pierwsze podejście do akwizycji „szczepionek” okazało się jednak nieudane, bo zdecydowana większość (w zgodnej opinii mówców ok. 90%) personelu wojskowego złożyło deklarację na „nie”. Wtedy nastąpił etap – mobbingu z jednej strony, przekupstwa z drugiej. Jako marchewkę wybrano nagrody pieniężne (pewien dowódca stworzył nawet specjalny fundusz na ten cel), dodatkowe urlopy i inne gratyfikacje. Jako kij, zaczęły pojawiać się negatywne oceny okresowe wystawiane opornym żołnierzom, mimo że do tej pory klasyfikowano ich regularnie jako wzorowych. Sięgnięto nawet

po tak małostkowe narzędzia nacisku, jak niezapraszanie rodzin niechętnych „szczepionkom” żołnierzy na zwyczajowe pikniki. To jedno z uderzeń, które odebrali ich najbliżsi. Inne, to szantaż przeniesienia służby w inne miejsce na mapie Polski, wraz z faktycznym sięganiem po ten środek.

Nagonka rozpoczęta sposobem „krok po kroku”, w pełni rozwinęła się po wpłynięciu do jednostek komunikatu (sic!) Dyrektora Departamentu Kadr MON z 28 grudnia 2020 r., gdzie pojawia się fraza o „dobrowolnym szczepieniu”, a jednocześnie niedwuznacznie sugerowane jest stosowanie nieformalnego przymusu w tej sprawie.

Biorąc pod uwagę fakt, że jedynie szczepionki są w stanie zminimalizować ryzyko wystąpienia wirusa podczas realizacji kluczowych z punktu widzenia Sił Zbrojnych RP zadań informuję, że w 2021 roku tylko zaszczepieni żołnierze będą kierowani na kursy i szkolenia, w tym podoficerskie i oficerskie, a także na kursy kwalifikacyjne i doskonalące. W związku z koniecznością ograniczenia do minimum ewentualności wystąpienia tzw. „ognisk zakażeń” w miejscach, w których podjęcie efektywnego leczenia jest utrudnione, jedynie żołnierze, którzy poddali się szczepieniu będą mogli w przyszłym roku uczestniczyć w misjach poza granicami kraju oraz będą wyznaczani na stanowiska służbowe poza granicami państwa. Dodatkowo, aby zachęcić jak największą grupę żołnierzy do szczepień informuję, że fakt dobrowolnego zaszczepienia się, jako środek zwiększający bezpieczeństwo żołnierza, a tym samym jego dyspozycyjność i zdolność do wykonywania zadań służbowych, według projektowanych wytycznych, będzie miał wpływ na jego opinię służbową.

Wszelkie informacje dotyczące programu szczepień, jak i skuteczności samej szczepionki mogą Państwo znaleźć na rządowej stronie internetowej gov.pl/szczepimysie.

Gabriel Brańka
Dyrektor
Departamentu Kadr

Świadkowie Komisji opowiedzieli swoje historie, ilustrując wypowiedzi urzędową korespondencją z przelożonymi, a także nieformalnymi nagraniami,

do których dokonania zostali zmuszeni bezprecedensową sytuacją i koniecznością gromadzenia dowodów w sprawie.

Stosowano wobec nich następujące formy nacisków: publiczne ośmieszanie i upokarzanie, np. poprzez obowiązek noszenia maseczek medycznych w miejscach wspólnych, podczas, gdy „zaszczepieni” nie byli do tego zobligowani, nękanie obowiązkowymi pogadankami na temat „dobroczynności szczepień” w czasie wolnym dla innych, nękanie korespondencją mailową i osobistymi rozmowami, pozbawianie premii i nagród, w tym nagrodowych urlopów, zakaz wchodzenia na teren jednostek, nakaz przebywania w niekomfortowych pomieszczeniach, np. w poczekalni, pozbawianie dostępu do służbowych skrzynek poczty elektronicznej – wreszcie, z formalnego punktu widzenia narzędzie najważniejsze: zaniżanie okresowych ocen wystawianych w armii żołnierzom, co pozwala dowództwu na wydalenie ich ze służby.

Obecni na sali żołnierze nie poddali się, nie ulegli naciskom, wykazali się charakterem. Ich postawa budzi nadzieję, że honor polskiego munduru zostanie uratowany. Takich jak oni jest zresztą więcej, nie wszyscy mogli pojawić się przed Komisją, duża liczba nawiązuje kontakt ze stowarzyszeniem Bronimy Munduru.

Przejmująco zabrzmiała przemowa młodszego chorążego rezerwy Sylwestra Zarzyckiego. Do niedawna żołnierz Oddziału Specjalnego Żandarmerii Wojskowej w Warszawie, zmuszony do porzucenia służby, zwrócił się do kolegów w mundurach, rozsianych po całej Polsce: „Dość tego wszystkiego! To jest nasza wojna, wy musicie także podnieść czoła, nie możecie się bać! My nie robimy tego tylko dla siebie! Moje odejście nie jest spowodowane buntem, to jest dla was, to jest dla kraju, to jest dla przyszłych pokoleń! Żołnierz wykonuje polece-

IV posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej

nia, rozkazy, tak, ale wtedy, kiedy są one zgodne z prawem. Jeśli są niezgodne z prawem, masz nie tylko prawo, ale i obowiązek odmówić! Uważam, że jest to stan wyższej konieczności. Trzeba bronić morale, Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, przysięgi wojskowej, przestrzegania prawa”. Następne słowa skierował do swojego byłego dowództwa: „Dowódcy! Panie Pułkowniku, Komendancie Oddziału Specjalnego Żandarmerii Wojskowej w Warszawie! Szefie Wydziału Ochrony Oddziału Specjalnego! Wstyd! WSTYD!”.

Dostał ktoś coś takiego przed zaplanowanymi już ćwiczeniami rezerwy?
To są jakieś jaja...

Szanowny Panie,

patriotycznym i obywatelskim obowiązkiem jest budowanie bezpieczeństwa państwa poprzez dbanie o zdrowie własne oraz innych obywateli kraju.

Dlatego zachęcamy do zaszczepienia się jako najlepszego środka ochrony dla Pana oraz Pańskiej rodziny.

Informuję Pana również o konieczności posiadania przy sobie w dniu stawiennictwa do jednostki wojskowej w celu odbycia **obowiązkowych ćwiczeń** odpowiedniego dokumentu (może być aplikacja w telefonie) potwierdzającego zaszczepienie się jedną lub dwoma dawkami przeciwko Covid-19.

WOJSKOWY KOMENDANT UZUPEŁNIENIA

pplk mgr.inż. Piotr RANCIĄ

Wykonano w 2 egz.,
Egz. nr 1 - a/a
Egz. nr 2 - adresat
Wyc. K. Wróbel (tel. 261-124-567)
T: 703

Konwersacja
3. Podkarpacka Brygada Obrony...

Ogłoszenie

Sura Witold
52m · 3. Podkarpacka Brygada Obrony Terytorialnej

*****INFORMACJA OD DOWÓDCY BRYGADY DO WSZYSTKICH ŻOŁNIERZY*****

Żołnierze!

Zgodnie z zarządzeniem operacyjnym Dowódcy WOT, w najbliższym okresie chcemy powrócić do wznowienia szkolenia programowego pododdziałów 3 PBOT. Warunki jakie zostały na nas nałożone przez przełożonego to w pierwszej kolejności obowiązek zaszczepienia się co najmniej 65% stanu ewidencyjnego żołnierzy każdego pododdziału.

W związku z powyższym proszę o mobilizację i zintensyfikowanie działań w zakresie budowania odporności społecznej brygady poprzez wykonanie tego zadania, abyśmy jak najszybciej mogli powrócić do szkolenia zgodnie z poziomem zaawansowania należnym jednej z pierwszych trzech i niezmiennie największej brygadzie w Wojskach Obrony Terytorialnej.


Dziękuję 😊
DOWÓDCA

👍 💬 📄 👁️ 318

Prof. Andrzej Zapałowski wraz z posłem Grzegorzem Braunem poinformowali o skandalicznym fakcie okłamania Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej przez jednego z wyższych oficerów. Honor stracił pułkownik Robert Berej, z-ca dowódcy 21 Brygady Strzelców Podhalańskich. W piśmie z 24 lipca 2021 r. przekonywał posła Brauna o tym, że „proces szczepienia przebiega w oparciu i zgodnie z Narodowym Programem Szczepień przewidującym, iż szczepienia nie są obowiązkowe”. Tymczasem na nagraniu dostarczonym przez świadków słyhać, jak jednoznacznie dokonuje na żołnierzach mobbingu w kierunku przyjęcia preparatu. W opinii prof. Zapałowskiego 21 Brygada Strzelców Podhalańskich to jedna z najlepszych jednostek nie tylko w Wojsku Polskim, ale i w NATO. W roku 2020 pełniła ona dyżur w ramach Sił Odpowiedzi Sojuszu Północnoatlantyckiego. Presja, by żołnierze poddali się zabiegowi lub opuścili jednostkę, jest wobec tego jednym z najbardziej jaskrawych przykładów niszczenia kadr Wojska Polskiego oraz karygodnej niegospodarności, ponieważ szkolenie każdego „podhalańczyka” to koszt liczony w dziesiątkach milionów złotych.

Skłamał także – wedle słów prof. Zapałowskiego – w-ce minister obrony narodowej Wojciech Skórkiewicz, który w odpowiedzi na interpelację kilku posłów opatrzoną numerem 17223 z 3 lutego 2021 r., stwierdził, że „szczepienia nie są obowiązkowe i na tych zasadach program będzie realizowany”, a kilka miesięcy później zalecił dowódcom polskiej armii rozliczanie się z frekwencji przyjmowania preparatów.

Przymus stosowany wobec wojskowych jest całkowicie nielegalny, co z mocą podkreślił poseł Grzegorz Braun. Na liście szczepień, które obowiązują w WP, a które wymienia ustawa sejmowa z 2014 r., nie figuruje szczepionka przeciw Covid-19 – zauważył.


SZTAB GENERALNY WP

ROZKAZ Nr...*24*.../P3/P7
SZEFA SZTABU GENERALNEGO WP
z dnia *18*. lutego 2022 roku

w sprawie kierowania personelu do realizacji zadań, posiadającego pełny cykl szczepień przeciw COVID-19

Na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 1995 r. o urzędzie Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. z 2019 r. poz. 196), § 7 ust 3 Regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Obrony Narodowej, stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 33/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Obrony Narodowej (Dz. Urz. Min. Obr. Nar. poz. 250 z późn. zm.),

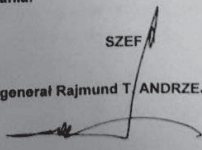
rozkazuje:

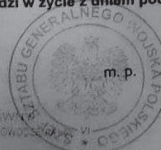
- Dowódcy Generalnemu Rodzajów Sił Zbrojnych, Dowódcy Operacyjnemu Rodzajów Sił Zbrojnych, Szefowi Inspektoratu Wsparcia Sił Zbrojnych:**
 - kierować do realizacji zadań z jednostek podległych w zakresie: czynności lotniczych na pokładzie statków powietrznych, załóg okrętów podwodnych, organizacji, zabezpieczenia i praktycznej realizacji szkolenia spadochronowo – desantowego, wyłącznie personel, który otrzymał pełny cykl szczepienia podstawowego przeciw COVID-19, tj. ukończył dwudawkowy schemat szczepienia przeciw COVID-19 lub przyjął preparat jednodawkowy, a w przypadku osób uprawnionych również personel zaszczepiony 3 dawką szczepionki tzw. dawką przypominającą;
 - kierować na komisję lekarską nie później niż w terminie jednego miesiąca od zakończenia izolacji i uzyskania negatywnego wyniku testu personel wskazany w pkt 1.1.

ponadto prosi:

- Dowódcę Wojsk Obrony Terytorialnej, Komendanta Głównego Żandarmerii Wojskowej, Szefa Władzy Lotnictwa Wojskowego o:**
stosowanie w działalności służbowej zasad określonych w pkt 1.1 i 1.2.
- Rozkaz wchodzi w życie z dniem podpisania.**

SZEF
m. p.
general Rajmund T. ANDRZEJCZAK





ROZKAZ PRAWNY
SZEF SZTABU GENERALNEGO WP
18 lutego 2022 r.

KOMPANIA ZAOPATRZENIA
21błog-KZAOP.0207.7.2022
Rzeszów, dn. 12.01.2022r.
RWD 1761/7

ROZKAZ DZIENNY NR 7
z dnia 12.01.2022r.

**3. WYCIĄG Z ROZKAZÓW LUB ZARZĄDZEŃ WYSZYCH PRZEŁOŻONYCH
DOWÓDCY JEDNOSTKI WOJSKOWEJ 4719**
Nr Z – 7 z datą: 12.01.2022r.

9. INNE SPRAWY.

Z uwagi na utrzymującą się wysoką liczbę przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wywołującym chorobę COVID-19 oraz zobowiązań do podjęcia stosownych działań w celu minimalizacji ryzyka zakażenia i rozprzestrzeniania się choroby w 21 Batalionie Logistycznym, na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1134 z późn. zmianami) – pkt.181 w załączku z pkt.173 Regulaminu Ogólnego Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej polecam:

żołnierzem niewyrażającym chęci skorzystania z powszechnego systemu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zagrożenia wirusowego SARS-CoV-2, realizowanego poprzez narodowy program szczepień przeciw COVID-19 (z wyjątkiem: kobiet w ciąży, matek karmiących, żołnierzy przebywających na zwolnieniach lekarskich), którzy nie widnieją jako zaszczepieni w wojskowej ewidencji personalnej – SEW on-line wziąć udział w tematycznych szkoleniach informacyjnych odbywających się w godz. 11⁰⁰ – 13⁰⁰

(w wymiarze 2 godzin lekcyjnych po 45 min.) na placu apelowym w każdą sobotę miesiąca

Odpowiedzialny za prowadzenie zajęć (kierownik zajęć) – st. chor. sztab. Wojciech KOTOWICZ.

Szef służby zdrowia – dowódca zespołu zabezpieczenia medycznego polecam udostępnić tematykę i materiały dydaktyczne, zaś plan konspekt kierownik zajęć

ur. 12.11
DOWÓDCA
cz. p. o. ppor. Marcin DREWNIAK

#SZCZEPIMYSIE

Numer dokumentu: [redacted] z dnia 10.09.2021

Dowódca: działów związanych z procesem szczepień żołnierzy zawodowych przeciwko COVID-19

Adresaci według rozdziałnika

Szanowni Państwo,

w nawiązaniu do pisma Dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia nr 74148/DG/21 z dnia 09.09.2021 r. dotyczącego działań i związanych z procesem szczepień żołnierzy zawodowych przeciwko COVID-19 oraz realizacji polecenia Sekretarza Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Pana Wojciecha Śturkiewicza Błaszczaka z Dowództwami Rodzajów Sił Zbrojnych i kadra kierowniczą resortu, w ramach koordynacji procesu szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 w resortie obrony narodowej **proszę o przygotowanie pisemnej informacji do godz. 19.00 dnia 13.09.2021 r.** o działaniach podjętych wobec żołnierzy zawodowych, którzy **na razie nie zostali zaszczepieni** z przyczyn innych niż wskazania zdrowotne. Ponadto **proszę zaszczepionych z podaniem przyczyn, informacje proszę przesłać na adres Szefa Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia IRW DG RSZ we wskazanym powyżej terminie.**

Do kontaktów roboczych w przedmiotowej sprawie został wyznaczony mjr Jacek MGLOSIEK, tel. 261-802-569.

Z poważaniem,

**SZEF ZARZĄDU
WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA**
plik Rafał PIDEK

Rozdziałnik:

1. Zastępca Dowódcy Generalnego RSZ
2. Zastępca Dowódcy Generalnego RSZ
3. Szef Sztabu Dowództwa Generalnego RSZ

Walka z pandemią jest obowiązkiem każdego żołnierza SZ RP a orężem do tej walki jest zaszczepienie się.

Proszę nie dyskutować i nie podierać się „dobrowolnością” i „nieobowiązkowością”, ponieważ armia jest instytucją w której zadania się realizuje a nie polemizuje się z nimi.

Działalność profilaktyczna prowadzona w celu uświadamiania żołnierzy i wpływania na ich decyzje nie jest łamaniem prawa.

SARS

Mec. Jacek Wilk przywołał przepis artykułu 23a Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który głosi: „Zabrania się przeprowadzania eksperymentu badawczego na żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody”. Ustawodawca wykluczył więc z udziału w eksperymentach jakiegokolwiek środowiska funkcjonujące w oparciu o zależność służbową, pośród których wojsko i służby mundurowe w ogóle, są najbardziej jednoznacznym przypadkiem.

Kwestię tę rozwinął prof. Mirosław Piotrowski, który upewnił zebranych co do eksperymentalnego charakteru preparatów. Mimo prób relatywizowania tego faktu, prawnicy z którymi współpracuje w ramach grupy C-19, nie mają co do tego wątpliwości. Prof. Piotrowski zachęcił poszkodowanych do gromadzenia dowodów, choćby w formie sporządzanych notatek służbowych i rozmów ze świadkami, gdyż jest pewien, że winni prędzej czy później zostaną skutecznie doprowadzeni przed oblicze sądu.

Wzmocnił konkluzję całkowitej nielegalności stosowanych nacisków mecenas Stefan Saczkowski, przypominając artykuł 39 Konstytucji RP mówiący o tym,



że „nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”. Trudno o mocniejsze zabezpieczenie wolności w tej dziedzinie, choć oprócz Konstytucji bronią jej także jednoznacznie przepisy karne, prawo cywilne i sądy dyscyplinarne.

Wobec zalewu bezprawia, mniejszą uwagę zwraca swobodne dysponowanie danymi personalnymi żołnierzy przez kadre dowódczą, łącznie z ich peselami, na co zwracali uwagę goście-świadkowie. A samo gromadzenie danych wrażliwych bez odpowiedniej podstawy prawnej jest – w opinii mec. Wilka – przestępstwem.

Na koniec poseł Braun podniósł jeszcze bardzo poważny problem śmierci po tzw. szczepieniach, a także śmierci samobójczych wśród personelu wojskowego. Liczby świadczą wymownie o wzroście kategorii „nadmiarowych zgonów” w okresie restrykcji sanitarnych. Śmierci samobójcze w opinii najbliższych mogą wiązać się nie tylko z presją psychiczną i niszczeniem osobistego życia żołnierzy, ale w niektórych przypadkach mogą być jednym z niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), skutkującym problemami natury psychiatrycznej.

Poseł Braun zaprezentował dokument z dnia 4 listopada 2021 r., zaopatrzone w logo ze słowami „Szczepimy się” – który nazwał koronnym dowodem w sprawie bezprawnej nagonki na żołnierzy. Aurelia Ostrowska Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej napisała w nim, m.in.: „Wzywa się odbiorców dokumentu do podjęcia zdecydowanych działań wobec żołnierzy, którzy nadal się nie zaszczepili”. Dyrektor Ostrowska dwukrotnie w tymże piśmie powołuje się na polecenie Ministra Obrony Narodowej Mariusza Błaszczaka. Jako załącznik do dokumentu autorka przesyła wykazy żołnierzy niezaszczepionych. Dokument skierowany jest do

„dowódców rodzajów sił zbrojnych, dyrektorów, szefów jednostek i komórek organizacyjnych”.

DOWÓDZTWO
6 BRYGADA POWIETRZNODESANTOWA
im. gen. Stanisława SOSABOWSKIEGO
ul. Wrocławska 21
30-901 KRAKÓW 50
Tel. 261 137 448 lub 261 134 525,
Fax. 261 134 406
www.6bpd.wp.mil.pl

KRAKÓW, dn. 15-07.2021 r.

#SZCZEPIMYSIĘ

Sz. P.
Grzegorz BRAUN
POSEŁ NA SEJM RP
ul. Słowackiego 8
35-060 Rzeszów

JEDNOSTKA WOJSKOWA NR 2250
KANCELARIA JAWNA
5-113927/21
2021
30-901 Kraków 50
D6BPD.S-1.111.2021

Dotyczy: odpowiedzi na pismo z dnia 8 lipca 2021 r.
Szanowny Panie Posie

Na wstępie chciałbym wyrazić wdzięczność za zainteresowanie sprawami podległych mi żołnierzy. W odpowiedzi na zapytania Pana Posła sformułowane w piśmie z dnia 8 lipca 2021 r., informuję co następuje:

1. żołnierzy 6 Brygady Powietrznodesantowej nie dotyczy perspektywa obniżenia oceny z opiniowania służbowego w związku z niezaszczepieniem przeciwko COVID-19. Podczas opiniowania służbowego żołnierzy zawodowych, które rozpoczyna się 15 sierpnia i trwa do 15 października, uwzględnia się szereg kryteriów określonych w aktach normatywnych tj.: Ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. 2021 r. pod poz. 1131 t.j.), Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 maja 2014r. w sprawie opiniowania służbowego żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2014r. poz. 764), Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 16 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie opiniowania służbowego żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2021 r., poz. 358),
2. fakt niezaszczepienia nie wpływa na zawieranie kontraktów na pełnienie służby kontraktowej żołnierzy zawodowych. Właściwym do zawierania kontraktów jest organ uprawniony do wyznaczania żołnierza na stanowisko służbowe, na którym żołnierz pełni lub będzie pełnił służbę wojskową. Tryb zawierania kontraktów określa Ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. 2021 r. poz. 1131 t.j.), a precyzyjnie Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 marca 2010 r. w sprawie powoływania do zawodowej służby wojskowej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1299 t.j.).

Wszystkie działania oraz decyzje podejmowane w 6 Brygadzie Powietrznodesantowej zawsze posiadają umocowanie prawne.

Do wiadomości:
Pan General Jarosław MIKA Dowódca Generalny RSZ – SI ARCUS

Z pozdrowieniami
DOWÓDCA
Gen. brg. Grzegorz GRODZKI

Wykonat: kpt. K. DROZDOWSKA, tel. 261 134-216
Dnia 21.07.2021 r.



V posiedzenie Poselskiej Komisji Śledczej Warszawa, 14 marca 2022

PFIZER SAM UDOWODNIŁ SZKODLIWOŚĆ SWOJEJ SZCZEPIONKI

Tematyka piątego posiedzenia, to przymus szczepień przeciw Covid-19 i Niepożądane Odczyny Poszczepienne.

Jako pierwszy ekspert głos zabrał dr nauk medycznych Adam Niezgoda, specjalista neurolog z Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. Zaprezentował badanie własne firmy Pfizer dotyczące preparatów szczepionkowych przeciw Covid-19 opublikowane 15 września 2021. Badanie było, po pierwsze, randomizowane – nastąpił losowy dobór uczestników grup badawczych, po drugie, podwójnie zaślepione – wyników nie ujawniano żadnemu z poddających się eksperymetowi, po trzecie zastosowano ściśle kontrolowane placebo – te trzy elementy, według dra Niezgody, czynią z badania wysokiej jakości przedsięwzięcie naukowe. I, mimo że firma Pfizer usiłowała za pomocą pewnych „tricków” złagodzić jego wymowę – starała się bowiem o wpuszczenie preparatu na rynek – nie była w stanie tego skutecznie dokonać. Komentarz Redakcji ZN do

tej akurat kwestii brzmi następująco: nie jest więc głównym winowajcą tego, co później nastąpiło, producent preparatu, lecz ktoś, kto mimo negatywnej rekomendacji samego Pfizera, dopuścił go do obiegu. W swojej wypowiedzi dr Niezgoda odniósł się szczegółowo do wyników badania, opisując zarówno owe „zabiegi maskujące” Pfizera, jak też jednoznaczną wymowę faktów, które chcąc nie chcąc, zgromadził producent.

Podczas eksperymentu jednej grupie uczestników podawano placebo, innym preparat. Wszelkie konsekwencje niepożądane były trzykrotnością u „zaszczepionych” w stosunku do tych, którzy otrzymali placebo. Nastąpił wzrost liczby śmierci w grupie, której podano preparat, było ich więcej niż w grupie, której podano placebo. Względne ryzyko zgonu wzrosło o 42% w grupie „zaszczepionej”.

Wniosek: skoro ryzyko zachorowania na Covid-19 jest notowane jako nikle statystycznie, wręcz mikroskopowe – to takie „szczepionki” są absolutnie nie-polecane! Powyższa konkluzja pojawiła się, mimo że Pfizer złamał rygorystyczne zasady badań nad nowymi lekami. Ich wyniki nie podadzą nam długofalowych skutków przyjęcia preparatu, bo „z powodów etycznych” odślepiono badania już po dwóch miesiącach. Nastąpiło zresztą ogólne pogwałcenie zasad co do czasu przeprowadzania badań: pierwsza ich faza powinna trwać 3 lata (in vitro i na zwierzętach), następna faza – 2 lata, następna – 2, i wreszcie, faza dotycząca skuteczności i bezpieczeństwa – 3 lata. Łącznie – ok. 10 lat. Tymczasem, w naszym przypadku zadowolono się wynikami uzyskanymi po nieco więcej niż dwóch miesiącach! Przypomnijmy, że badanie dotyczyło dopuszczenia warunkowego preparatu dla milionów ludzi na całym świecie!

Wymieńmy pozostałe nieprawidłowości badania Pfizera – które, podkreślmy to ponownie – nie podważają negatywnej dla preparatu recenzji – tylko raczej dodatkowo ją wzmacniają:

1. Nieadekwatność wiekowa badanych. Większość osób, które umierają z powodu Covid-19, to osoby powyżej 75 roku życia, ci starsi ludzie u Pfizera stanowili tylko 4%!

2. Nieadekwatna grupa badawcza pod względem chorób współistniejących. W „pandemicznych realiach szpitalnych” 95% osób zmarłych z powodu Covid-19 miało co najmniej jedną chorobę współistniejącą (a większość z nich – cztery). W badaniu Pfizera tylko 21% uczestników cierpiało na chorobę współistniejącą. Wyłączono z badań wiele kategorii chorób (np. alergie i choroby psychiczne), a także kobiety w ciąży – więc nie ma danych, by ten preparat był dla wyłączonych kategorii bezpieczny.

3. Nieadekwatny dobór grup. Testowano właściwie ludzi zdrowych, by zaraz podać preparat najslabszym – osobom starszym, z poważnymi chorobami.

4. Testowano działanie preparatu tylko u osób nieeksponowanych na wirusa, tymczasem powinno się to również czynić u tzw. ozdrowieńców.

5. Brak monitorowania parametrów laboratoryjnych, np. morfologii krwi – a przecież preparat okazuje się kardiotoksyczny, szczególnie dla młodych mężczyzn.

6. Źle określono punkty końcowe, docelowe eksperymentu. Cóż nam po preparacie, który zmniejszy ryzyko dodatniego testu PCR (bo tylko o to w badaniu chodziło!), jeśli pacjent umrze na inną chorobę!

7. Ponadto testy PCR robiono wyrywkowo, nie wszystkim uczestnikom eksperymentu – są to więc badania subiektywne.

Czynem, który dr Niezgoda nazwał po prostu zbrodnią, stała się w czasie eksperymentu Pfizera immunizacja dzieci w wieku 12-15 lat. U dzieci z podanym placebo (naturalny przebieg) nie było ciężkich powikłań, a u dzieci, którym podano preparat, przynajmniej jedna dziewczynka (12 l.) jest na dzień 14 marca 2022 już od dziesięciu miesięcy na wózku inwalidzkim – zapadła bowiem na zapalenie rdzenia kręgowego. Pfizer zaraportował ten przypadek jako „funkcjonalny ból brzucha”. To, według dra Niezgody, nie jedyny przykład wadliwego raportowania przez lekarzy. W lutym 2021 r. w Zabrzu emerytowany profesor chirurgii czterdzieści kilka minut od podania drugiej dawki preparatu rozwinął zapaść, a jego koledzy kardiolodzy nie zdołali go odratować. Nasz organ rejestrujący, czyli sanepid, odnotował ten incydent jako zdarzenie hipotensyjno – hipo-responsywne, czyli de facto zdarzenie ze spadkiem ciśnienia i spadkiem kontaktu z pacjentem – a nie jako zgon.

Pomijając kwestie moralne, w eksperymencie wystąpił jeszcze błąd naukowy (8.) przy immunizacji dzieci w wieku 5-11 lat. Nie przewidywano w badaniu – wbrew wiedzy medycznej – zgonów z powodu zapalenia mięśnia sercowego.

Na koniec (9.) nastąpiła manipulacja danymi dotyczącymi raportu końcowego z 6-miesięcznej obserwacji skuteczności i bezpieczeństwa preparatu. Do badania, które na dorosłych rozpoczęło się w lipcu 2020 r. dołączono badanie z ostatnich trzech miesięcy, prowadzone na dzieciach – prawdopodobnie po to, by sumaryczne wyniki wyglądały bardziej pozytywnie.

Mimo tych uchybień, które wytknął Pfizerowi dr Adam Niezgoda, można, według niego, jasno stwierdzić, że dowód na szkodliwość własnego preparatu BNT162b2 mRNA Covid-19 dostarczył na najwyższym poziomie naukowym sam Pfizer. Przesądzająca w tym względzie jest już – przedstawiona przez producenta – wysoka liczba zgonów, które nastąpiły po zaaplikowaniu preparatu.

Posel Grzegorz Braun zadał wobec tego pytanie: od kiedy znane są wyniki tego eksperymentu postaciom publicznym nawołującym do „szczepienia się”?

W odpowiedzi dr Niezgoda przywołał oficjalną datę ostatniej publikacji na łamach *The New England Journal of Medicine*: 15 września 2021. Dotyczyła ona 6-miesięcznej obserwacji bezpieczeństwa i skuteczności preparatu, a jej preprint (publikacja bez recenzji naukowych) ukazał się już pod koniec lipca 2021. Pierwsza transza wyników została opublikowana 31 grudnia 2020 r. Na podstawie tych badań, preparat powinien zostać przez osoby decydujące o jego dalszych losach wrzucony do kosza na śmieci – stwierdził w konkluzji naukowiec.

LUDZI ARESZTUJE SYSTEM KOMPUTEROWY

Uczestnicy posiedzenia mieli także okazję zapoznać się z nagraniem, w którym pracownica jednej ze stacji sanitarno-epidemiologicznej opowiadała o swoich doświadczeniach zawodowych podczas tzw. pandemii Covid-19. Osoba z blisko 30-letnim stażem w państwowym urzędzie musiała występować anonimowo i ukryć prawdziwe brzmienie swojego głosu.

Z wypowiedzi świadka wynikało, że mniej więcej od marca 2021 r. sanepid zaprzestał wydawania decyzji o umieszczeniu na kwarantannie, decyzji, którą zgodnie z prawem jest zobowiązany dostarczyć adresatowi dokumentu. Można więc powiedzieć, że zniknął podpis pod decyzją i sama decyzja, a ludzi aresztował system komputerowy na podstawie zebranych telefonicznie lub pocztą elektroniczną danych. Informacje te, zresztą, nie były weryfikowane, a wcześniej nie były właściwie pozyskiwane, bo od czasów „pandemii Covid-19” całkowicie zaprzestano dokonywania osobistych wywiadów epidemiologicznych – w ten

sposób łamiąc kolejny wymóg prawny. Gromadzono doniesienia o „chorych” na podstawie np. zgłoszeń dyrektorów szkół – często pełnych błędów i nieścisłości. Praktyka wyglądała w ten sposób, że można było dowolną osobę wskazać jako „podejrzaną” i trafiała ona na kwarantannę.

Oprócz ścisłego zrelacjonowania konkretnych wydarzeń, świadek, na prośbę posła Brauna, podzielił się swoimi ogólnymi wrażeniami. Ich waga jest znaczna, ponieważ członkowie Komisji mieli do czynienia z bardzo dobrze wykształconą i przygotowaną do zawodu osobą, posiadającą duże doświadczenie.

Po okresie wstępnego zamieszania, jakie nastąpiło w marcu 2020 r., świadek zaczął zadawać pytania: Jak to jest możliwe, że „szczepionki”, które podobno wymagały przechowywania w temperaturze ok. minus 80° Celsjusza, mogą być przenoszone w turystycznych lodówkach? Jak to możliwe, że mimo nakazu ustawowego o dostępie do bieżącej wody w gabinetach zabiegowych, „szczepień” dokonuje się w namiotach? Jak to możliwe, że wbrew wiedzy medycznej, nie stawia się podstawowego warunku, by osoba poddająca się jakimkolwiek szczepieniu była całkowicie zdrowa i przebadana przez lekarza? Te i wiele innych pytań, na które świadek, jako osoba przygotowana do tego zawodowo, zaczął udzielać odpowiedzi, sprawiły że w dniu dokonania nagrania nie posiadał już, czy raczej owa pracownica sanepidu nie posiadała już wiary w jakikolwiek dobroczynny skutek działalności swojej instytucji. „Chciałabym, aby osoby, które do tego doprowadziły, były rozliczone” – stwierdziła.

W dalszej części posiedzenia członkowie Komisji wysłuchali relacji świadka, Jana Malewskiego. Dotyczyła ona przypadku matki świadka, która pod wpływem nachalnej reklamy medialnej przyjęła tzw. szczepionkę antycovidową

w dniu 10 lutego 2022 r. Mimo że była mieszkanką warszawskiej dzielnicy Żoliborz, zostało jej przydzielone „szczepienie” w Józefosławiu. W tamtejszym ośrodku odbyła kontrolę lekarską, podczas której według Jana Malewskiego popełniono wiele błędów, np. zlekceważono problemy z krzepliwością krwi u pacjentki. Starszą kobietę (89 lat) poddano „szczepieniu”, w towarzystwie syna odczekała na miejscu zalecane „20 minut”, po czym udała się w drogę powrotną do domu. Starsza pani była uczestniczką Powstania Warszawskiego i od czasu niegdysiejszych traumatycznych przeżyć unikała wind. Teraz jednak samopoczucie zmusiło ją do skorzystania z windy. Przed wejściem do niej straciła przytomność i, jak się okazało, także życie. Matka Jana Malewskiego, mimo podeszłego wieku była zdrową – jak się wyraził, „zdrowszą od niego samego” – samodzielnie i sprawnie funkcjonującą osobą. Reanimacja się nie udała. W opinii świadka – śmierć matki została spowodowana zakrzepem po podanej „szczepionce”. Przypadek ten został za pośrednictwem kancelarii adwokackiej zgłoszony do prokuratury – sprawa jest w toku. Skomentował ją mec. Arkadiusz Tetela, który stwierdził, że opisany incydent jest książkowym przykładem błędnej kwalifikacji do szczepienia. Jeśli pacjent ma kłopoty z krzepliwością krwi i bierze leki z tego powodu – powinien być stanowczo wykluczony z zabiegu – w myśl zasady *primum non nocere*.

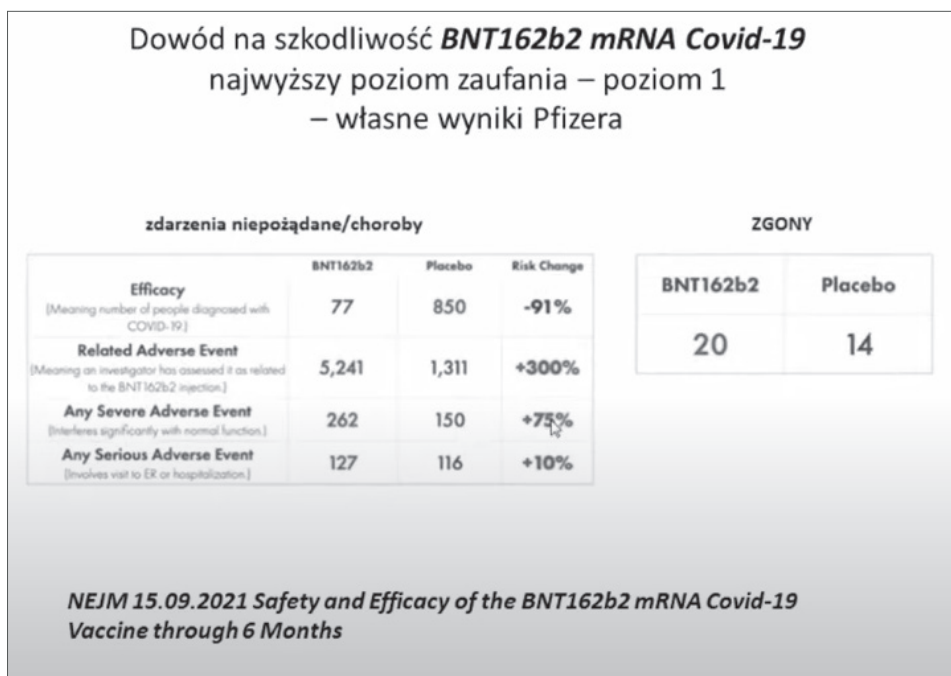
Członkowie Komisji połączyli się zdalnie z Tomaszem Bednarskim, żołnierzem 9 Batalionu Dowodzenia. Po tzw. szczepieniu znalazł się on na cztery miesiące w szpitalu. Lekarze w lecznicy obwiniali za jego stan „szczepionkę”. Ich opinię potwierdziła prywatna lekarz-hematolog, do której już po wyjściu ze szpitala udał się na wizytę Tomasz Bednarski. Jego przypadek przebiegł następująco. Po przyjęciu zastrzyku „szczepionkowego” zaczął odczuwać silne

bóle brzucha. Stwierdzono u niego zatorowość wielonarządową, co doprowadziło do resekcji (wycięcia) 90% jelita cienkiego. Od roku przebywa na zwolnieniu lekarskim, jest dokarmiany pozajelitowo.

Tomasz Bednarski poddał się „szczepieniu” z powodu presji, jakiej doznawał w swojej jednostce wojskowej. Był gotowy do wyjazdu na misje zagraniczne, gdy pojawił się szantaż „szczepionkowy” w postaci alternatywy: albo przyjmiesz preparat, albo nie pojedziesz.

Z kolei głos zabrała mec. Aleksandra Hulewicz, do której zgłosili się rodzice 13-letniego chłopca oficjalnie zmarłego z przyczyn nie związanych ze szczepieniem. Chłopiec był młodym sportowcem, przyjął pierwszą dawkę preparatu, miał w planie drugą. Po trzech tygodniach trafił z objawami przeziębienia do lekarza pierwszego kontaktu, zalecono mu tylko leki przeciwgorączkowe i test na Covid-19, nie pytano, czy był „szczepiony” czy nie. Po dalszych dziesięciu dniach pojawiły się: wymioty, bóle głowy, narastające zaburzenia świadomości, pobudzenie ruchowe, podsypianie – tak trafił na oddział neurochirurgiczny i natychmiast skierowany został na zabieg wszczepienia zastawek do komór bocznych mózgu. Po zabiegu chłopiec się już nie wybudził. Zgodnie z prawem, orzeczono „śmierć mózgu”, a po pięciu dniach zgon. Wykonano szpitalną sekcję zwłok. W protokole sekcyjnym stwierdzono, że chłopiec zmarł na zator tętnic płucnych i masywny obrzęk mózgu. Wątku „szczepienia”, mimo że matka podczas przyjmowania syna do szpitala podała go w ankiecie – nie poruszono. Nie wskazano, skąd wziął się u zmarłego dziecka „obrzęk”. Chłopiec był poddawany okresowym badaniom wymaganym do uprawiania sportu, które wykazywały jego pełne zdrowie; aczkolwiek miał od kilku lat stwierdzoną tzw. uśpioną torbiel koloidową na mózgu. Dwanaście dni przed śmiercią od-

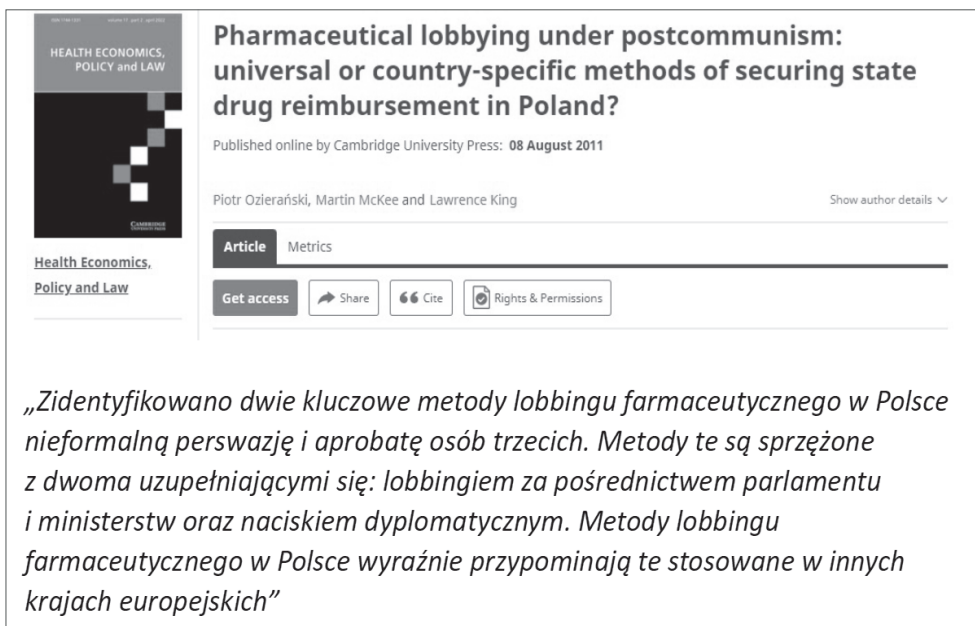
był okresową wizytę lekarską i badanie za pomocą tomografu. Stwierdzono brak neurochirurgicznych przeciwwskazań do uprawiania sportu, torbiel o charakterze niemym, nie wykazującą aktywności, nie rosnącą od kilku lat. Jego przypadek jest dalej z pomocą Pani mec. Hulewicz badany.



BEZPRAWIE STAŁO SIĘ NORMA

Nastąpiło zdalne połączenie z rodzicami zmarłego Dawida. Wypowiadała się przede wszystkim jego matka, Viola Akula. Z zamiłowania sportowiec, 4 grudnia 2021 r., uczestnicząc jako zawodnik w turnieju piłki nożnej, nagle zasłabł, zemdlął i przewrócił się. Koledzy bezskutecznie próbowali go reanimować. Nie pomogło także przybyłe następnie pogotowie – zmarł. Sekcja zwłok wykazała zapalenie mięśnia sercowego, rodzice jednoznacznie wiążą to ze skutkami „szczepienia”, któremu poddał się syn. Był studentem fizjoterapii. Pierwszy rok spędził przy komputerze on-line – z powodu restrykcji sanitarnych, którym podlegała uczelnia. Na drugim roku władze uczelni namawiały do „szczepień”. Uwierzył namowom i, „żeby być odpowiedzialnym” – „zaszczepił się”. Zrobił to, bo chciał studiować stacjonarnie – przebywać w towarzystwie rówieśników. Matka chłopca zaapelowała do polskiego rządu o zaprzestanie przymuszania do tzw. szczepień i zatrzymania ich nachalnej propagandy. Padły z jej ust niezwykle przejmujące słowa, że „nie wybaczy nigdy tego, co się stało”. Niech winni śmierci jej syna wezmą je sobie do serca.

W uzupełnieniu wypowiedzi p. Violi Akuli, zajmująca się sprawą Justyna Socha doprecyzowała, że rektor uczelni, na której studiował zmarły Dawid, wydał komunikat, w którym stwierdził, że „nieszczepieni” studenci nie będą mogli brać udziału w zajęciach stacjonarnych. Mec. Michał Molenda zadał wobec tego pytanie, czy w tym komunikacie autor podał podstawy prawne, które uzasadniały zbieranie danych wrażliwych, jakimi są informacje o szczepieniach. Justyna Socha zaprzeczyła, dodając, że tak w tym, jak i w wielu innych przypadkach – bezprawie stało się normą.



Pharmaceutical lobbying under postcommunism: universal or country-specific methods of securing state drug reimbursement in Poland?

Published online by Cambridge University Press: 08 August 2011

Piotr Ozierański, Martin McKee and Lawrence King [Show author details](#)

Article Metrics

[Get access](#) [Share](#) [Cite](#) [Rights & Permissions](#)

„Zidentyfikowano dwie kluczowe metody lobbingu farmaceutycznego w Polsce nieformalną perswazję i aprobatę osób trzecich. Metody te są sprzężone z dwoma uzupełniającymi się: lobbingiem za pośrednictwem parlamentu i ministerstw oraz naciskiem dyplomatycznym. Metody lobbingu farmaceutycznego w Polsce wyraźnie przypominają te stosowane w innych krajach europejskich”

PROGRAMY SZCZEPIEŃ POWINNY BYĆ WSTRZYMANE DO WYJAŚNIENIA

Niezwykle bogate w faktografię naukowo-dowodową było wystąpienie doktora biologii medycznej Piotra Witczaka, immunologa, który cenne doświadczenie analityczne zdobył m.in. w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Szczepionki to profilaktyka! – stwierdził na początek dr Witczak, umieszczając resztę swojej wypowiedzi w tym podstawowym kontekście. – Trzeba tę prawdę, funkcjonującą także jako *consensus* lekarski, często powtarzać!

Szczepionki są przeznaczone dla osób zdrowych! Każdy więc skutek uboczny powinien być w ich przypadku rozpatrywany jako sprawa bardzo poważna. Jeśli np. w czasie chemioterapii, podajemy w jej trzeciej linii terapię biologiczną o poważnych skutkach ubocznych – powiedział dr Witczak – to robimy to mimo jej gorszego profilu bezpieczeństwa, bo pacjent jest w stanie terminalnym, jest zagrożony śmiercią. Natomiast, gdy podaje się profilaktykę osobom zdrowym, w tym dzieciom, to każdy zgon, a nawet podejrzenie zgonu, każde powikłanie powinno być bardzo dokładnie badane! Dziś, tutaj mówimy już o oficjalnych danych, które potwierdzają, że po tych preparatach się umiera. Programy szczepień powinny więc być wstrzymywane do wyjaśnienia.

Dr Niezgoda opisał kruchość badania rejestracyjnego firmy Pfizer: najważniejsze, że w grupie badanej zmarło więcej osób niż w próbie placebo. Już to jest porażające!

Skoro jednak dopuszczono środek, wszyscy powinni się skupić na rejestrze Niepożądanych Odczynów Poszczepiennych, a on jest bardzo zawodny. Istnieją niepodważalne dane naukowe, że rejestry NOP-ów są nierzetelne i nie przedstawiają skali zjawiska, z jakim się mierzymy.

Drugi powód, dla którego wzrok nasz powinien spocząć na NOP-ach, to autor badania dopuszczającego: wiadomo że producent przy badaniach „chucha i dmucha” na pacjentów, są oni w sytuacji innej niż poza eksperymentem.

Dwie przesłanki, dla których rejestry NOP powinny być i dokładne, i doskonałe do granic możliwości. A jak jest w rzeczywistości?

Niepożądane Odczyny Poszczepienne są znacznie niedoszacowane. Co do leków, w systemie zgłoszeń spontanicznych niedoszacowanie skutków ubocz-

nych wynosi 98% – są to dane z 1991 r. wg publikacji *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1995 r. – podobnie, 2006 r. (w *Drug Safety*) – podobnie.

Według badań CDC 2007 r. (Centers for Disease Control and Prevention – agencja rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej – przyp. red.) – zgłaszanych jest poniżej 1% Niepożądanych Odczynów Poszczeniennych.

Wszystkie powyższe dane są danymi oficjalnymi!

Tymczasem w Niemczech zrobiono badanie-ankietę odnośnie skutków ubocznych szczepionki przeciw Covid-19. Wyniki pokazały 16% ciężkich powikłań – sto razy więcej niż w oficjalnych zgłoszeniach. 16% – to 12 mln ciężkich, indywidualnych przypadków!

Szczególą wagę mają badania robione przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Takie badanie przeprowadziła np. firma PKK Pro Vita w Niemczech. Wyniki: od 2,5 do 3 mln osób było leczonych w Niemczech z powodu skutków ubocznych „szczepionek” przeciw Covid-19.

Powyższe dowody naukowe świadczą jednoznacznie, że rejestry NOP nie działają. Powinny płynąć z nich sygnały alarmowe, a nie płyną. Z kolei, wiedza na temat istnienia tego braku – tak bardzo istotna dla naszego bezpieczeństwa zdrowotnego i w ogóle dla naszego życia – jest cenzurowana. Za przykład niech posłużą badania prof. Haralda Walacha. Jest to uczonego, który pod względem indeksu Hirscha, uwzględniającego liczbę ważnych publikacji naukowych, jest jednym z czołowych naukowców świata. Opublikował on w czasopiśmie *The Vaccines* w marcu 2021 r. badania dotyczące niezgłaszalności NOP w Europie. Rozległ się „jazgot” lobby polityczno-farmaceutycznego i pismo wycofało

publikację. Mówimy o naukowcu z najwyższej, światowej półki! Nawet doktor Janidis – według indexu Hirscha najlepszy naukowiec na świecie, nie jest już uznawany za wiarygodnego, bo sprzeciwił się oficjalnej narracji. Pojawia się oczywiście konflikt interesów, jak w przypadku trzech naukowców „protestujących” po publikacji prof. Walacha – okazało się, że byli pracownikami firm farmaceutycznych.

Prof. Harald Walach jednak nie poddał się, zgłosił swoje badania do czasopisma *Science, Public Health Policy, and the Law* (uważanego za stojące nieco niżej w rankingu pism naukowych), gdzie zostały opublikowane. Ostatecznie mamy więc do czynienia z oficjalnymi danymi naukowymi. Z powodu takich nacisków działa też autocenzura. W prasie naukowej spotyka się zachwyty nad lockdownami, maskami itp., ale... we „wnioskach”, by były zaakceptowane do publikacji. Natomiast z ich treści płyną wskazania przeciwne. Im bardziej prestiżowe czasopismo, tym sroższa cenzura – wg dra Witczaka. Znów przykład: pewni naukowcy wykazali brak skuteczności masek przy Covid-19, ale we „wnioskach” napisali, że trzeba je nosić... na wszelki wypadek, wysnuwając do tego analogię ze spadochronem.

W badaniach prof. Walacha wzięto również pod uwagę Polskę. Zgłaszalność NOP w naszym kraju jest skandalicznie niska: 15 na 100 tys. podanych dawek. Plasujemy się na ostatnim miejscu wśród badanych krajów. Zgłoszeń NOP mamy 50 razy mniej niż Holandia, a kilkanaście razy mniej niż wynosi średnia w UE.

Zresztą, na całym świecie bazy zgłoszeń są niedokładne, usuwa się np. zgony, choćby w USA. Podstawową przyczyną jest tu konflikt interesów – rządy kontrolują rejestry, a same zajmują się akwizycją preparatów. Nie ma nieste-

ty niezależnych baz danych, choć są robione pewne próby w tym kierunku, także w Polsce.

Na podstawie dotychczas zaprezentowanej wiedzy naukowej, wiemy o niedoszacowaniu NOP-ów. Z kolei, pojawia się problem ich skali i różnorodności – a jest ona porażająca! Oto zbiór następnych informacji:

Witryna *Frontiers in Public Health* (wg dostępu do strony z lutego 2022): porównanie „szczepionek przeciwko Covid-19 i szczepionek przeciw grypie”. Ryzyko dla preparatów przeciwko Covid-19 kilkaset razy większe: w postaci zgonu (od 42 do 345 razy), hospitalizacji, zagrożenia życia.

Inne badanie. Zgony po wszystkich szczepionkach zgłaszane do bazy VAERS w latach 1990-2022 – skok o 3500% w 2021 r. Jeszcze inne baza, baza *VigiAcces*, należąca do WHO: zgłoszone 3 mln NOP, w tym 85 tys. przypadków ciężkich i 20 tys. zgonów.

Wszystko to świadczy o tym, że biorąc pod uwagę tylko liczbę oficjalnych zgłoszeń, skala ciężkich powikłań i zgonów jest BEZPRECEDENSOWA. Czegoś takiego w historii szczepień nie było. – Przynajmniej od czasu prowadzenia rejestrów – dodał gwoli rzetelności naukowej dr Witczak.

Każdy zgon jest tutaj, wg dra Witczaka, krzyżącym skandalem – bo szczepionki – podkreślmy to raz jeszcze – są dla osób zdrowych. Ponadto, istnieją dane mówiące, że choroba Covid-19 jest mniej groźna niż grypa i nigdy poza widelki śmiertelności grypy nie wyszła.

Skoro jest tak źle ze skalą Niepożądanych Odczynów Poszczepiennych, powinniśmy to widzieć gołym okiem. Niestety, z powodu ogólnego chaosu: lockdownów, kryzysu opieki zdrowotnej i in. – skala nadmiarowych zgonów poszczepiennych się rozmywa.

Pojawiają się jednak poważne sygnały alarmowe, choć przez większość ignorowane... Oto dalszy ciąg danych...

13 stycznia 2022 r. brytyjski urząd statystyczny poinformował, że w ciągu ostatnich ośmiu miesięcy (okres szczepień) nastąpił znaczny wzrost śmiertelności wśród nastoletnich mężczyzn w porównaniu z latami 2015-2019. Tymczasem tylko niewielka liczba tych zgonów jest oficjalnie wiązana z Covid-19. Na podstawie tych danych osiemdziesięciu czterech naukowców i lekarzy z najwyższej półki (należących do grupy HART) podpisało apel o wstrzymanie „szczepień” dzieci.

Kolejny sygnał: analiza prof. Steyera i dra Kapplera na podstawie danych niemieckich, Statist Federal Office i Instytutu Roberta Kocha. Wykazała ona korelację między nadmiernym wskaźnikiem zgonów a poziomem „zaszczepienia”.

Podobne badanie z października 2021 r., dotyczące związku między nadmierną umieralnością a „szczepieniami” wykazało także fakt, że „szczepienia” populacji dorosłych powodują wzrost śmiertelności noworodków.

Z kolei inne badanie, które czeka na opóźniającą się recenzję, co jest także formą cenzury, wykazało kilkukrotny wzrost zachorowań na raka po „szczepieniach covidowych”, w tym na chłoniaka, wbrew deklaracjom producenta, że dla węzłów chłonnych są one bezpieczne. Wykonali je naukowcy z Massachusetts Institute of Technology, udowadniając występowanie konkretnych mechanizmów, które to powodują.

Skala powikłań po tzw. szczepieniach jest ogromna i różnorodność ich – też jest ogromna. Na terenie Stanów Zjednoczonych wskazał na to senator Ron Johnson w dramatycznym liście otwartym na temat wzrostu zdarzeń nie-

pożądanych po „szczepionkach” w wojsku. Oparł się na zbiorze danych *Defense Medical Epidemiology Database*.

Pojawiają się nieraz zarzuty, że to, co jest zgłaszane do baz, to wynik masowej hysterii... Ale i przeciwko takiemu stwierdzeniu istnieją dowody naukowe, mimo że ich pełnowartościowa publikacja jest opóźniana poprzez wstrzymywanie recenzji; podpisują się jednak pod nimi wybitni naukowcy, z bardzo wysokim wskaźnikiem Hirscha. Tacy naukowcy zadali pytanie, jaki odsetek zgonów można uznać za przyczynowo-skutkowo powiązany ze „szczepionkami”. Odpowiedź: 81%. A nawet gdyby uwzględnić tylko 5% najbardziej pewnych przypadków, pomnóżmy je przez wielką liczbę wykazanych wcześniej przypadków niezgłoszonych – i mamy ogromną skalę zgonów. Przy profilaktyce – podkreślmy po raz trzeci!

Poseł Grzegorz Braun odniósł się do tej części wypowiedzi dra Witczaka, wyprowadzając z niej wniosek, że namawia się i przymusza osoby zdrowe do podjęcia nawet ryzyka śmierci, co prelegent uzupełnił stwierdzeniem, że dla większości ludzi, również starszych, Covid-19 jest to niegroźna choroba. Przecież tragicznym faktem jest, że w „dobie pandemii” więcej dzieci umiera w wyniku samobójstw niż w związku z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa!

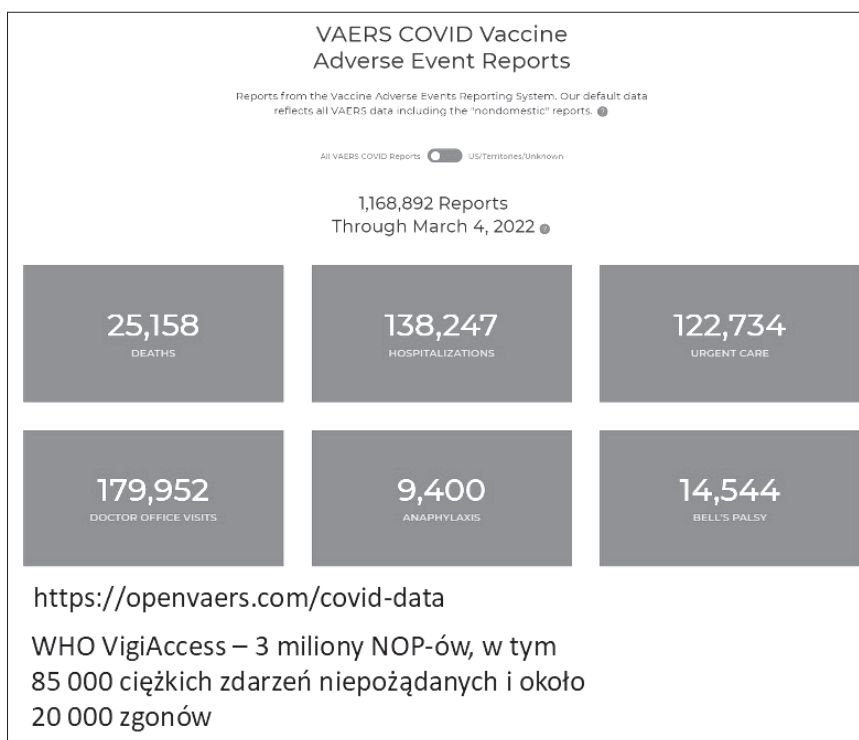
Przechodząc do rekapitulacji wystąpienia dra Witczaka, można powiedzieć, że istnieją trzy poważne powody, dla których powinno się wycofać tzw. szczepienia przeciw Covid-19. Po pierwsze, szczepienia to profilaktyka, a w tym przypadku szkodzą, i to nawet śmiertelnie, ludziom zdrowym, po drugie, Covid-19 to niegroźna choroba, po trzecie, mamy już oficjalne artykuły naukowe – tym razem po recenzjach! – mówiące o tym, że dla wielu grup wiekowych ryzyko „szczepienia” przewyższa jego korzyść.

Istnieje np. 226 badań dotyczących powikłania po „szczepionce” w postaci zapalenia mięśnia sercowego. Funkcjonuje specjalna strona internetowa, gdzie można takie sumaryczne informacje na temat podobnych badań znaleźć.

A jak jeszcze zniekształca się proporcję „korzyść *versus* ryzyko”, która dla większości ludzi upada już w badaniach rejestracyjnych preparatów? Zakłamuje się, mianowicie, wysoką liczbę zgonów w pierwszych dniach po „szczepieniu”, mówiąc perfidnie, że reakcja zła była dobra i to nie wina „szczepionek”. Widać to szczególnie jaskrawo na przykładzie dzieci, których traktowanie jest szczególnie skandaliczne. Przypomnijmy, że 98% dzieci przechodzi kontakt z wirusem łagodnie lub bezobjawowo. Za pomocą ankiety wysłanej do rodziców dzieci, którym podano preparat, zbadano skutki uboczne „szczepionki” Pfizer-BioNTech mRNA. Badanie dotyczyło osób w wieku 12-18 lat w Arabii Saudyjskiej. Oto odpowiedzi rodziców: ból odczuwa 90% dzieci po pierwszej dawce, 90% po drugiej dawce. Gorączki doświadcza 39% dzieci po pierwszej dawce, prawie 60% po drugiej dawce. Bóle w klatce piersiowej, które mogą być objawami zapalenia mięśnia sercowego, odczuwa 18% dzieci po pierwszej dawce, 23% po drugiej. Hospitalizacja to skutek pierwszej dawki u 5 % dzieci, skutek drugiej dawki u 12%.

Jak tego rodzaju reakcje komentują akwizytorzy „szczepionek”? Twierdzą, że jest to „reaktogenność” – czyli, innymi słowy, „tak ma być”! Według dra Witczaka – to absurd! Powyższe kłamstwo da jeszcze inny efekt negatywny – brak presji na producenta sprawia, że nie będzie w przyszłości w ogóle bezpiecznych szczepionek! Zresztą, jak zauważył poseł Braun, z góry uniemożliwiono wywieranie takiej presji poprzez zamieszczone w umowach rządowych klauzule, wykluczające odpowiedzialność producentów.

Dowody naukowe na to, że ryzyko przyjęcia „szczepionki” przewyższa jej korzystny skutek podał także *European Journal of Clinical Investigation* z 14 lutego 2022 roku. Autorzy badania konkludują: dla chłopców z wcześniejszą infekcją i bez chorób współistniejących nawet jedna dawka preparatu Pfizera związana jest z większym ryzykiem niż korzyścią. Podobne dane dotyczą osób starszych.



Na koniec jeszcze jeden tragiczny przypadek. Jego opis podała witryna *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* (wg odsłony z 14 lutego 2022). Chodzi o dwóch nastolatków, których znaleziono martwych w łóżku, jednego po trzech, drugiego po czterech dniach od drugiej dawki preparatu Pfizera. Jest to stuprocentowy dowód na to, że ich śmierć nastąpiła po przyjęciu tzw. szczepionki. Nie może być już mocniejszego sygnału do wstrzymania „szczepień”. Żyjemy pod tym względem w czasach bez precedensu, dla porównania: w 2006 r. wycofano szczepionkę przeciwko odrze, ospie i różyczce po jednym odnotowanym (!) napadzie gorączkowym!

Fakty, które przedstawił w swoim referacie dr Piotr Witczak – to wedle jego słów – tylko namiastka tego, z czym się zapoznał.

The screenshot shows the website interface for 'ARCHIVES of Pathology & Laboratory Medicine'. The article title is 'Autopsy Histopathologic Cardiac Findings in Two Adolescents Following the Second COVID-19 Vaccine Dose'. The authors listed are James R. Gill, MD, Randy Tashjian, MD, and Emily Duncanson, MD. The article is dated February 14, 2022. The abstract section is visible, starting with 'Context-- Myocarditis in adolescents has been diagnosed clinically following the administration of the second dose of an mRNA vaccine for coronavirus disease 2019 (COVID-19)'. Below the abstract, there are buttons for 'Split-Screen', 'PDF', 'Share', and 'Tools'. The text on the left side of the screenshot is a summary of the article's findings.

Autopsja dwóch nastolatków, których znaleziono martwych w łóżku 3. i 4. dnia po 2. dawce Pfizera

„Uszkodzenie mięśnia sercowego po szczepionkach przeciw c19 różni się od typowego ZMS i ma obraz najbardziej przypominający kardiomiopatię toksyczną za pośrednictwem katecholamin”

Jako przedostatni ekspert głos zabrał mec. Arkadiusz Tetela. Zajął się zgłaszalnością Niepożądanych Odczynów Poszczepiennych w Polsce. Jego klienci to często polskie ofiary NOP-ów. Mec. Tetela stwierdził, że zgłaszalność NOP-ów jest nie większa niż 1%. W USA baza VAERS zarejestrowała w ciągu pięciu miesięcy „szczepień” przeciwko Covid-19 więcej NOP-ów niż przez całe uprzednie dwadzieścia lat. U nas, według mec. Teteli, taka tendencja nie może się ujawnić z powodów systemowych. Rejestr został tak zorganizowany, że w sposób bardzo łatwy można zamiatać NOP-y pod dywan.

Na źle skonstruowany system rejestrów składa się m.in. fakt, że wedle 21 art. Ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, Niepożądany Odczyn Poszczepienny może zgłaszać jedynie lekarz lub felczer, a nie pacjent. Inaczej w USA: w tym kraju pacjenci mogą to robić. Ustalenie z art. 21 jest niezgodne z dyrektywą Parlamentu Europejskiego z 15 grudnia 2010 r. ws. nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii: nakazuje ona nadanie takich uprawnień pacjentom lub ich przedstawicielom. W przypadku lekarza, np. jeśli chodzi o złą ocenę przydatności pacjenta do szczepienia, w grę wchodzi konflikt interesów: lekarz musiałby donieść na samego siebie.

Drugi powód niedoszacowania rejestru, to błędne rozumienie przez lekarzy samej definicji NOP-u. Zgodnie z Ustawą, wystarczy związek czasowy NOP-u z podaniem szczepionki, a nie związek przyczynowy.

Trzeci powód: rejestr nie podlega żadnej kontroli. Nie ma przepisów, które przyznawałyby sądowi kompetencje do weryfikacji danych w rejestrze. Tymczasem dochodzi nawet do bezprawnego usuwania zgłoszeń, albo do ich degradacji, np. lekarz zgłasza pewne zdarzenie jako „ciężkie”, a sanepid degraduje je do „lekkiego”. Tymczasem taki status jest niezmiernie ważny, bo

tylko w przypadku „ciężkiego” NOP sanepid może wszcząć śledztwo ws. serii szczepionek (pozostałe dwa stopnie NOP: „poważne” i „lekkie”). No i jest różnica pod względem konsekwencji prawnej dla tego, kto był zobowiązany dokonać zgłoszenia, a tego nie zrobił. W przypadku „lekkiego” NOP, to tylko wykroczenie, a w przypadku „ciężkiego” – przestępstwo.

Mec. Arkadiusz Tetela zgłosił więc trzy postulaty de lege ferenda (zmian mających ulepszyć prawo): wprowadzenie przywileju pacjenta odnośnie zgłaszania NOP, poddanie rejestru NOP kontroli sądowej oraz przymus wszczęcia śledztwa przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego na wniosek poszkodowanego lub jego reprezentanta.

Co do pierwszego postulatu, stan tylko się pogarsza. W ciągu ostatnich miesięcy rozszerzono krąg osób mogących kwalifikować do szczepienia i dokonywać tego zabiegu, oprócz lekarzy, wolno to czynić również felczerom i farmaceutom, natomiast zgłaszać Niepożądane Odczyny Poszczepienne mogą tylko lekarze.

Do trzeciego, ostatniego postulatu, komentarzem według mec. Teteli jest następujący przykład. Pewna mama po ciężkim NOP u dziecka pozyskała szczepionkę i dała ją do przebadania. Okazało się, że jest w niej więcej szkodliwej substancji (adiuwantu) niż deklarował producent. Zgłosiła ten fakt do Głównego Inspektora Farmaceutycznego, a GIF odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego, wskazując, że „nie ma ona ma interesu prawnego” w tej sprawie. Śledztwo mógłby rozpocząć na wniosek... producenta. Zresztą, Główny Inspektor Farmaceutyczny „poprosił producenta o archiwalne próbki produktu i w nich wszystko okazało się w porządku”. To, wg mec. Teteli, istna groteska prawna... Zaś na marginesie dodał, że szkodliwych adiuwantów bywa w szczepionkach i dziesięć razy więcej, niż dopuszczają to normy.

Na koniec posiedzenia Komisji wystąpiła p. Justyna Socha, obok której leżał stos wydruków pięciuset przypadków NOP. Doszło do nich u osób, które przyjęły tzw. szczepionki przeciw Covid-19, produkcji czterech firm: Pfizera, Astra Zenecki, Johnson and Johnson i Moderny. Kilka z tych dramatycznych przypadków p. Justyna Socha opisała.

Science, Public Health Policy,
and the Law

Volume 3:87-99
August, 2021
Clinical and Translational
Research

An Institute for Pure
and Applied Knowledge (IPAK)

Public Health Policy
Initiative (PHPI)



The Safety of COVID-19 Vaccination Rethink the Policy?

Harald Walach,^{1*} Rainer J. Klement,² and Wouter Aukema³

Abstract

Background: COVID-19 vaccines have had expedited reviews without wanted to compare risks and benefits.

Methods: We calculated the Number Needed to Vaccinate (NNTV) to Israel field study. We accessed the Adverse Drug Reactions database (Lareb) to extract the number of cases reporting severe side-effects and fatal side-effects.

Results: The NNTV is between 200 and 700 to prevent one case of COVID-19 marketed by Pfizer. NNTV to prevent one death is between 9,000 and 10,000 (interval), with 16,000 as a point estimate. We observed strong variability in Case Safety Reports (ICSRs) per 100,000 vaccine doses across all EU countries. The number of ICSR per 100,000 vaccinations derived from the Lareb was 700. Among those, there were 16 serious ICSRs, and the number of ICSR was at 4.11/100,000 vaccinations. Thus, for 6 (95% CI 2–11) deaths per 100,000 were approximately 4 deaths reported to Dutch Lareb that occurred at potential risk/benefit ratio of 2:3.

Conclusion: Although causality between ICSR and vaccination has not been indicated, it indicates a lack of clear benefit, which should cause governments to re-evaluate the safety of COVID-19 vaccines.

Copyright © The Authors — Published Under the Creative Commons Attribution 4.0 International License (see <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Correspondence: hwalac@gmail.com; Tel.: +49 30 467 97 436

Keywords

SARS-CoV2; COVID-19; vaccination; mRNA-vaccine; Number Needed to Vaccinate; adverse event; adverse drug reaction; fatal side-effects; Eur

DOWNLOAD PDF

47,289 VIEWS

Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs

Kilkukrotny wzrost zgłoszeń przypadków raka (m.in. piersi, chłoniaka, prostaty, jelit, trzustki) po szczepionkach przeciw COVID-19 w porównaniu z wszystkimi innymi szczepionkami w 31-letniej historii istnienia rejestru.

„Nie można tego wytłumaczyć nieproporcjonalnie dużą liczbą osób, które otrzymały szczepienie mRNA”

„Większość ludzi nie spodziewa się, że rak będzie zdarzeniem niepożądanym, które może być spowodowane przez szczepionkę. Jednakże jak podkreślił w naszym artykule, jeśli szczepienia mRNA prowadzą do powszechnej deregulacji kontroli onkogenów, regulacji cyklu komórkowego i apoptozy, to raporty VAERS powinny odzwierciedlać wzrost liczby doniesień o nowotworach w porównaniu z innymi szczepionkami”



ZAŁĄCZNIKI



Stan zdrowotny w armii USA po „szczepieniach” na Covid-19

Defense Medical Epidemiology Database, baza amerykańskich sił zbrojnych pokazuje, że w wyniku (przymusowego) szczepienia wszystkich żołnierzy i pracowników cywilnych, wszystkich rodzajów sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych, zanotowano między innymi:

- problemy neurologiczne – wzrost o 1000% (z 82 tys. przypadków rocznie, do 863 tysięcy przypadków w ciągu zaledwie 11 miesięcy roku 2021)
- zatorowość płucna (*Pulmonary embolisms*) – wzrost o 471%
- diagnozy chorób nowotworowych – wzrost o 300% (z 38,700 przypadków rocznie, liczonych jako średnia z ostatnich pięciu przedpandemicznych lat, do 114,645 w ciągu 11 miesięcy 2021 roku)
- zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis*) – wzrost o 296%
- Objaw Bella (*Bell's palsy*) – wzrost o 291%
- niepłodność u kobiet – wzrost o 471%
- defekty porodowe (*congenital disorder*) u dzieci urodzonych przez kobiety służące w siłach zbrojnych – wzrost o 156%
- poronienia – wzrost o 300%

A jaka jest skala zniszczeń zdrowotnych w polskiej armii? – pyta redakcja *Zeszytów Norymberskich*. Nie wiemy, nie ma dostępnych badań na ten temat.

[...]

Masowe wyszczepianie ludzkości jest największą zbrodnią przeprowadzoną pod pretekstem „ochrony i prewencji medycznej”, a wymuszanie i propagowanie przymusowego szczepienia sił zbrojnych zabójczym, eksperymentalnym, genetycznym, nieprzebadanym preparatem, w ten sposób niszczącym możliwości obrony kraju, może podlegać tylko jednemu możliwemu wyrokowi: karze śmierci.

na podst. Bibula.com

Narodowy Program Szczepień czy program terapii eksperymentalnej?

W ramach Narodowego Programu Szczepień dostępne są aktualnie następujące preparaty:

– Comirnaty Biontech/Pfizer, raport końcowy z badania klinicznego C4591001 sponsor ma przedłożyć najpóźniej do końca grudnia 2023 r., na podstawie: Charakterystyka Produktów Leczniczych (dalej – CHPL) str. 25,

– Spikevax Moderna raport końcowy z badań klinicznych mRNA-1273-P301, mRNA-1273-P203, mRNA-1273-P204, sponsor ma przedłożyć do grudnia 2022 r., 30 września 2022, 31 marca 2024 r., CHPL str. 21,

– Vaxzevria (COVID-19 Vaccine AstraZeneca), sponsor ma przedłożyć raport końcowy z badań klinicznych COV001, COV002, COV003 i COV005 do 31 maja 2022 r., finalne raporty zbiorcze do 31 maja 2022 r. oraz 31 marca 2024 r., CHPL str. 18,

– COVID-19 Vaccine Janssen Janssen-Cilag International NV, końcowy raport z badań klinicznych sponsor ma przedłożyć do 31 grudnia 2023 r., CHPL str. 25,

– Nuvaxovid Novavax CZ a.s., sponsor ma dostarczyć poszczególne partie nowych danych dotyczących produktu do 31 stycznia 2023 r. i 31 lipca 2022 r., CHPL str. 18.

Dokumentacja medyczna w ramach Narodowego Programu Szczepień, to m.in. kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej oraz osoby niepełnoletniej, a także dziecka przeciw COVID-19. Zawiera to, co poniżej.

- Pytania zadawane w formie zamkniętej (odp. TAK, NIE lub NIE WIEM)
- Pytania dotyczące wątpliwości, co do zadanych pytań i uzyskanych odpowiedzi (TAK lub NIE)
- Poświadczenie własnoręcznym podpisem, opatrzone datą i godziną, zgoda i oświadczenie woli:

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Zdanie pierwsze dotyczy poświadczenia, że uczestnik wyraża zgodę dobrowolną. Zgoda dobrowolna to w pełni świadoma, nieprzymuszona, ani też nie wymuszona jakimkolwiek działaniem.

Zdanie drugie poświadcza, że uczestnikowi zabiegu zostały przekazane informacje dotyczące szczepienia oraz że zrozumiał treści przekazane przez osobę kwalifikującą. Zdanie trzecie poświadcza uzyskanie wszystkich odpowiedzi na zadane przez uczestnika pytanie od personelu udzielającego się w ramach Narodowego Programu Szczepień. Bardzo ważna kwestia zarówno dla uczestnika, jak i dla kwalifikującego. To po stronie osoby kwalifikującej ciąży obowiązek, aby przekazać wszystkie informacje uczestnikowi tej procedury. Informacje powinny być szczegółowe, wyczerpujące, zgodne ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i przekazane uczestnikowi zrozumiałym dla niego

językiem. Należy zwrócić szczególną uwagę na informacje, że dany produkt leczniczy jest cały czas w trakcie trwających badań klinicznych, mających na celu potwierdzenie jego skuteczności i bezpieczeństwa: ta informacja znajduje się w charakterystyce produktu leczniczego, ale nie jest podana w ulotce dla pacjenta! Charakterystyka produktu leczniczego, jako oficjalna dokumentacja, jest przeznaczona dla fachowych pracowników ochrony zdrowia. Zatem obowiązek przekazania tego typu informacji leży po stronie kwalifikującego do szczepienia. Obowiązek informacyjny ujęty jest w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także w ustawach szczegółowych regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych (np. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentyści).

Drugie zdanie w oświadczeniu woli jest skonstruowane bardzo szeroko i dotyczy przekazania informacji o szczepieniu uczestnikowi biorącemu udział w Narodowym Programie Szczepień. Zatem z treści oświadczenia wynika, że każdy, kto je podpisał, uzyskał wyczerpujące informacje o danym produkcie leczniczym. Szczepienie przeciwko COVID-19, jak każda inna eksperymentalna procedura medyczna, może się wiązać z korzyściami, ale i z ryzykiem – w tym z ryzykiem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Każdy, kto zastanawia się nad uczestnictwem w Narodowym Programie Szczepień powinien być tego świadomy przed podjęciem ostatecznej decyzji. Produkt, na którym prowadzone są jeszcze badania kliniczne cechuje niepewny profil skuteczności i bezpieczeństwa. Za wcześnie na wnioski końcowe. Na dzień dzisiejszy producent zaznacza w swojej CHPL/ulotce dla pacjenta, że nie ustalony jest jeszcze np. okres ochrony przed chorobą, nie do końca poznane są wszystkie działania niepożądane produktu itp. Utwierdzanie potencjalnych uczestników

Narodowego Programu Szczepień w przekonaniu, że produkt obecnie stosowany jest na pewno skuteczny i bezpieczny dla wszystkich, bez dysponowania danymi potwierdzającymi ten fakt w charakterystyce produktu leczniczego, może wyczerpywać znamiona czynu zabronionego w art. 192 KK, mówiącym o wykonywaniu zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta.

Aby zgoda na zabieg leczniczy była ważna, każdy pacjent powinien być należycie poinformowany o procedurze medycznej, która wobec niego ma być zastosowana, a także o możliwych korzyściach oraz ryzyku. Można zadać sobie proste pytanie: ile osób po dotarciu do punktu szczepień zrezygnowałoby z zabiegu, gdyby uzyskało informację, że pełne dane dotyczące produktu leczniczego, który mają przyjąć, będą dostępne dopiero w grudniu 2023 r.? Odpowiedź pozostawiam Czytelnikowi.

Zatem należy bez wątpienia wskazać, że udzielanie NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH POWYŻSZYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH, jest czynem zabronionym w rozumieniu przepisów ujętych w kodeksie karnym.

Kwestie produktów eksperymentalnych można także znaleźć w przeglądzie literatury specjalistycznej. Choćby w 3 rodz. *Terapii eksperymentalnej* autorstwa Borysowskiego, Górskiego i Wnukiewicz-Kozłowskiej:

Kluczowymi problemami w terapii eksperymentalnej są skuteczność i bezpieczeństwo stosowania leków niezarejestrowanych. Ze względu na to, że najbardziej wiarygodnym sposobem oceny działania leku jest randomizowane badanie kliniczne, leki, które nie zostały poddane takim badaniom (lub dla których badania nie zostały zakończone), z założenia cechuje niepewny profil bezpieczeństwa i skuteczności. Należy podkreślić, że nawet leki, które osiągają późniejsze fazy badań klinicznych, często ostatecznie nie zostają zarejestrowane (m.in. ze względu na problemy związane z ich niedostatecznym

bezpieczeństwem i/lub skutecznością). Wykazano to np. w niedawnym badaniu, które objęło 1442 leki opracowywane przez 50 różnych firm farmaceutycznych. Prawdopodobieństwo pozytywnego zakończenia faz I (wstępna ocena bezpieczeństwa danego leku w grupie zdrowych ochotników), II (określenie, czy lek działa w określonej grupie chorych oraz czy jest dla nich bezpieczny), III (potwierdzenie skuteczności i bezpieczeństwa badanego leku w leczeniu danej choroby na większej grupie) oraz etapu oceny wyników badań klinicznych tych leków przez agencje regulacyjne wynosiło odpowiednio 59,52%, 35,52%, 61,95% oraz 90,35%; ogólnie, prawdopodobieństwo tego, że lek, który wchodzi do badań klinicznych, zostanie ostatecznie zarejestrowany wynosiło jedynie 11,83%¹⁹.

Należy zaznaczyć, że wszystkie szczepionki przeciwko COVID-19 są dopuszczone w procedurze dopuszczenia warunkowego. Brakuje pełnych danych, gdyż cały czas trwają badania kliniczne nad nimi. Nie posiadają one pełnej autoryzacji!

Zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (WE) nr 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r. w sprawie warunkowego dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych stosowanych u ludzi wchodzących w zakres rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady, aby dopuścić niniejsze produkty lecznicze muszą nastąpić następujące przesłanki zawarte w art. 2 i 4.

Art. 2

Niniejsze rozporządzenie stosuje się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi określonych w art. 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia (WE) nr 726/2004 i należących do jednej z następujących kategorii:

1) produkty lecznicze służące do leczenia, zapobiegania i diagnostyki medycznej chorób poważnie upośledzających lub zagrażających życiu;

2) produkty lecznicze, które mają być wykorzystywane w stanach nadzwyczajnych w reakcji na zagrożenia zdrowia publicznego stwierdzone odpowiednio bądź przez Światową Organizację Zdrowia, bądź przez Wspólnotę w ramach decyzji nr 2119/98/WE;

3) produkty lecznicze oznaczone jako sieroce produkty lecznicze zgodnie z art. 3 rozporządzenia (WE) nr 141/2000.

Art. 4

Warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu może zostać przyznane, jeżeli Komitet uzna, że mimo iż wyczerpujące dane kliniczne dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności produktu leczniczego nie zostały dostarczone, spełnione są łącznie następujące wymagania:

a) stosunek korzyści do ryzyka produktu leczniczego, jak określono w art. 1 pkt 28 lit. a) dyrektywy 2001/83/WE, jest dodatni;

b) prawdopodobne jest, że wnioskodawca będzie w stanie dostarczyć wyczerpujące dane kliniczne;

c) niezaspokojone potrzeby medyczne zostaną spełnione;

d) korzyści dla zdrowia publicznego wynikające z natychmiastowej dostępności na rynku danego produktu leczniczego przewyższają ryzyko związane z faktem, że wymagane są dodatkowe dane.

Na podstawie analizy powyższych przepisów prawa unijnego należy stwierdzić, że powyższe szczepionki przeciwko COVID-19 zostały dopuszczone wyłącznie na czas pandemii. W przypadku odwołania pandemii COVID-19 przez Światową Organizację Zdrowia, produkty te musiałyby zostać natychmiast wycofane. Można żywić uzasadnione wątpliwości, czy wszystkie produkty lecznicze dostępne w ramach Narodowego Programu Szczepień nie są w istocie produktami eksperymentalnymi. W polskim prawie dopuszcza się możliwość

zastosowania wobec pacjenta produktu eksperymentalnego. Z punktu prawnego, jak i etycznego, kwestią nadrzędną jest wyrażenie świadomej i dobrowolnej zgody osoby zainteresowanej. Produkty eksperymentalne są jak najbardziej sensowne w przypadku pacjentów, którzy nie mają dostępu do skutecznej metody leczenia danej jednostki chorobowej. Niekiedy takie produkty są jedyną szansą wyleczenia, bądź zmniejszenia cierpienia pacjenta. W polskim społeczeństwie błędnie panuje pogląd, że każdy eksperyment medyczny jest eksperymentem naukowym, cały czas mało mówi się o tym, że są także eksperymenty lecznicze, które mogą niekiedy uratować czyjeś zdrowie bądź życie. Ważne jest uświadomienie społeczeństwa, że taki produkt nie daje gwarancji skuteczności, a nawet może okazać się szkodliwy. Dlatego jako produkt o niepewnej skuteczności i bezpieczeństwie powinien być zarezerwowany dla sytuacji, kiedy nie zastosowanie go jest bardziej dla pacjenta ryzykowne niż jego zastosowanie. Decyzja powinna być podjęta indywidualnie, po omówieniu tej kwestii z lekarzem. Korzyści muszą zawsze przewyższać ryzyko.

Kolejnym ważnym argumentem pozwalającym stwierdzić, że możemy mieć do czynienia z produktem eksperymentalnym jest fakt, iż ustawodawca na mocy ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 wyłączył odpowiedzialność karną pracowników Narodowego Programu Szczepień. Art. 24 tej Ustawy głosi:

Nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517), ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych

na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150 oraz z 2020 r. poz. 1291), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882 i 2112) albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.

Inną ważną kwestią jest to, że Narodowy Program Szczepień jest prowadzony równoległe do badań klinicznych III fazy. Każdy produkt leczniczy do końca III fazy badania klinicznego jest produktem eksperymentalnym. Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 37 ust. 2 Ustawy – Prawo farmaceutyczne:

Badanie kliniczne produktu leczniczego jest eksperymentem medycznym z użyciem produktu leczniczego przeprowadzanym na ludziach w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 i 1559), zwanej dalej „ustawą o zawodzie lekarza”.

Tylko z powyższego zapisu wynika, że każdy produkt w trakcie trwającego badania klinicznego jest produktem eksperymentalnym.

Definicje ujęte w Ustawie – Prawo farmaceutyczne:

badaniem klinicznym – jest każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych, lub

w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność;

badanym produktem leczniczym – jest substancja albo mieszanina substancji, którym nadano postać farmaceutyczną substancji czynnej lub placebo, badana lub wykorzystywana jako produkt referencyjny w badaniu klinicznym, w tym również produkt już dopuszczony do obrotu, ale stosowany lub przygotowany w sposób odmienny od postaci dopuszczanej do obrotu lub stosowany we wskazaniu nieobjętym pozwoleniem, lub stosowany w celu uzyskania dodatkowych informacji dotyczących postaci już dopuszczonych do obrotu;

Ponadto Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) NR 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE zawiera definicję badania klinicznego o niskim stopniu interwencji.

„Badanie kliniczne o niskim stopniu interwencji” oznacza badanie kliniczne spełniające wszystkie następujące warunki:

- a)
badane produkty lecznicze, z wyjątkiem placebo, są dopuszczone do obrotu;
- b)
według protokołu badania klinicznego:
 - (i)
badane produkty lecznicze są stosowane zgodnie z warunkami pozwolenia na dopuszczenie do obrotu; lub

(ii)

stosowanie badanych produktów leczniczych jest oparte na dowodach i poparte opublikowanymi dowodami naukowymi dotyczącymi bezpieczeństwa i skuteczności tych badanych produktów leczniczych w którymkolwiek z zainteresowanych państw członkowskich; oraz

c)

dodatkowe procedury diagnostyczne lub procedury monitorowania stwarzają najwyżej minimalne dodatkowe ryzyko lub obciążenie dla bezpieczeństwa uczestników w porównaniu ze standardową praktyką kliniczną w którymkolwiek z zainteresowanych państw członkowskich;

(II) Ryzyko dla bezpieczeństwa uczestników w badaniu klinicznym ma dwa główne źródła: badany produkt leczniczy i interwencję. Wiele badań klinicznych wiąże się jednak z jedynie minimalnym dodatkowym ryzykiem dla bezpieczeństwa uczestników w porównaniu ze standardową praktyką kliniczną. Ma to w szczególności miejsce w przypadku, gdy badany produkt leczniczy objęty jest pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu, to znaczy jego jakość, bezpieczeństwo i skuteczność zostały już ocenione w trakcie procedury udzielania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, lub, jeżeli ten produkt nie jest stosowany zgodnie z warunkami pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, stosowanie to opiera się na dowodach i jest poparte opublikowanymi dowodami naukowymi dotyczącymi bezpieczeństwa i skuteczności tego produktu, a interwencja wiąże się z jedynie bardzo ograniczonym dodatkowym ryzykiem dla uczestnika w porównaniu ze standardową praktyką kliniczną. Te badania kliniczne o niskim stopniu interwencji mają często zasadnicze znaczenie dla oceny standardowych metod leczenia i diagnostyki, umożliwiając w ten sposób

optymalne wykorzystanie produktów leczniczych i działając tym samym na rzecz wysokiego poziomu zdrowia publicznego. Te badania kliniczne powinny podlegać mniej restrykcyjnym przepisom, w odniesieniu do monitorowania, wymogów dotyczących zawartości podstawowej dokumentacji oraz identyfikowalności badanych produktów leczniczych. Aby zapewnić uczestnikom bezpieczeństwo, powinny one jednak podlegać tej samej procedurze składania wniosków co każde inne badanie kliniczne. Opublikowane dowody naukowe dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności badanego produktu leczniczego, który nie jest stosowany zgodnie z warunkami pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, mogłyby obejmować wysokiej jakości dane opublikowane w artykułach zamieszczonych w pismach naukowych, jak również krajowe, regionalne lub instytucjonalne protokoły leczenia, sprawozdania z oceny technologii medycznych lub inne odpowiednie dowody.

Po zapoznaniu się z przytoczonymi fragmentami rozporządzenia unijnego można dojść do wniosku, że dopuszczone w procedurze warunkowej szczepionki przeciwko COVID-19 spełniają kryterium „badania klinicznego o niskim stopniu interwencji”.

Przejdźmy do Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Art. 21

Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym albo eksperymentem badawczym.

Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wy-

starczająca. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.

Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobie chorej, jak i zdrowej. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

Z punktu widzenia definicji eksperymentu leczniczego można mieć wątpliwości, czy polski stan prawny w ogóle dopuszcza możliwość stosowania produktów eksperymentalnych u młodych zdrowych osób bez współistniejących schorzeń.

W przypadku podjęcia próby udowodnienia przed sądem, że szczepionki przeciwko COVID-19 są eksperymentem medycznym, można wybrać dwie drogi. Pierwsza: starać się udowodnić, że wszystkie produkty lecznicze dopuszczone do stosowania tylko i wyłącznie w ramach Narodowego Programu Szczepień (nie są dopuszczone do zakupu prywatnego, ponieważ nie są produktem gotowym) są produktem eksperymentalnym stosowanym poza badaniami klinicznymi ze względu na pandemię. Druga droga, to próba udowodnienia, że mamy do czynienia z jednym wielkim globalnym badaniem klinicznym, a Narodowy Program Szczepień to nic innego, jak jego część (badanie kliniczne o niskim stopniu interwencji). Wynika to z Ustawy – Prawo farmaceutyczne i Rozporządzenia unijnego w sprawie prowadzenia badań klinicznych.

Na koniec należy stwierdzić, pod kątem zarówno prawnym, jak i etycznym, że szczepionki przeciwko COVID-19 do czasu zakończenia badań klinicznych powinny być tylko i wyłącznie dobrowolne.

Podstawa prawna i etyczna przeprowadzania eksperymentów medycznych na ludziach

Art. 39 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody.

Art. 7 Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych

Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, niehumanitarnemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany, bez swej zgody swobodnie wyrażonej, doświadczeniom lekarskim lub naukowym.

Art. 32 4 Konwencja Genewska o ochronie ludności cywilnej w czasie wojny

Zakazuje się stosowania wszelkich środków mogących powodować cierpienia fizyczne lub wyniszczenie osób podlegających ochronie, przy czym zakaz obejmuje także doświadczenia lekarskie lub naukowe, które nie są konieczne dla leczenia osoby podlegającej ochronie.

Art. 27 ust. 2 Kodeks Karny

Eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody uczestnika, na którym jest przeprowadzany, należyćie poinformowanego o spodziewanych korzyściach i grożących mu ujemnych skutkach oraz prawdopodobieństwie ich powstania, jak również o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie. Zasady doświadczeń określa Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w rozdz. 4.

Zasada I Kodeks Norymberski

Dobrowolna zgoda uczestnika eksperymentu jest absolutnie niezbędna.

§ 37 Deklaracja Helsińska z 1964 r.

Interwencje o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej

Podczas leczenia pacjenta tam, gdzie sprawdzone interwencje nie istnieją lub też okazały się nieskuteczne, lekarz, po zasięgnięciu porady eksperta i uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, może zastosować interwencję o nieudowodnionej skuteczności, jeśli w ocenie lekarza daje ona nadzieję na ratowanie życia, przywrócenie zdrowia lub przyniesienie ulgi w cierpieniu. Następnie interwencja taka powinna stać się przedmiotem badań naukowych mających na celu ocenę jej bezpieczeństwa i skuteczności. We wszystkich przypadkach nowe informacje powinny być rejestrowane i tam, gdzie jest to stosowne, powinny zostać udostępnione publicznie.

Daniel Wojtoń

Przysięga Hipokratesa

Przysięgam na Apollona lekarza i Asklepiosa, na Hygieję i Panacę, i wszystkich bogów oraz boginie biorę na świadków, że tej przysięgi i tego zapisu dotrzymam wedle mej siły i rozeznania. Mojego nauczyciela sztuki lekarskiej będę traktował na równi z moimi rodzicami, będę dzielił z nim życie we wspólnocie, udzielię wsparcia materialnego, jeśli będzie tego potrzebował, jego ród będę traktował jak braci i będę uczył ich tej sztuki, gdyby zechcieli się uczyć, bez zapłaty i umowy; podzielę się przekazaną wiedzą, informacjami i całą nauką z synami zarówno moimi, jak i mojego nauczyciela oraz z uczniami zapisanymi [do tej szkoły] i zaprzysiężonymi prawem lekarskim, a z nikim innym.

Przysięgam, że reguł lekarskich użyję dla pożytku cierpiących wedle mych możliwości i rozeznania, a powstrzymam się od szkody i krzywdy. Nie podam nikomu ani śmiercionośnej trucizny, nawet gdyby mnie o to poproszono, ani nie wskażę takiego sposobu. Tak samo, nie podam kobiecie środka poronnego. Będę w sposób czysty i nienaganny wiódł moje życie i wykonywał moją sztukę. Nie będę operował zwłaszcza cierpiących na kamicę pęcherza, ale przekażę ich tym, którzy posiadają tę umiejętność. Do jakiegokolwiek domu bym wszedł, złożę wizytę dla pożytku cierpiących, trzymając się z dala od wszelkiej dobrowolnej krzywdy i innego uszczerbku, a także od czynów lubieżnych względem kobiet i mężczyzn, czy wolnych, czy niewolników. Cokolwiek bym usłyszał lub zobaczył podczas leczenia, albo i poza terapią w relacjach międzyludzkich,

czego nie należy nigdy rozgłaszać na zewnątrz, zamilczę, będąc przekonany, że tego rodzaju sprawy trzeba zachować w tajemnicy.

A zatem, jeżeli dochowam tej przysięgi i nie sprzeniewierzę się jej, niech mi przyniesie to korzyść w życiu i w pracy, i niech będę za to poważany przez wszystkich ludzi po wsze czasy – a gdy naruszę ją i okażę się krzywoprzysięcą, niech stanie się przeciwnie.

Tłumaczenie z języka starogreckiego Agnieszka Heszen

Przyrzeczenie Lekarskie

Przysięga nawiązująca treścią do Deklaracji Genewskiej, składana przez absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego uczelni medycznych w Polsce. Tekst Przyrzeczenia stanowi część Kodeksu Etyki Lekarskiej, uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy:

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązkami te sumiennie spełniać;
- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek;
- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;
- stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.

Przyrzekam to uroczyście!



Kodeks Etyki Lekarskiej – wybrane fragmenty

Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

[...]

Art. 3.

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Art. 6.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Art. 12.

Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.

[...]

Art. 13.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

2. [...]

3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Art. 14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

Art. 39.

Podjmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

Art. 41a.

Lekarz przeprowadzający badania naukowe, a w szczególności eksperymenty medyczne, powinien przestrzegać norm i obowiązków wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz ogólnie przyjętych zasad etyki badań naukowych.

Art. 42.

Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.

Art. 42a.

1. Lekarz przeprowadzając eksperyment leczniczy nie może narażać pacjenta na ryzyko w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie nie poddanej temu eksperymentowi.
2. Lekarz przeprowadzając eksperyment badawczy może podejmować wyłącznie ryzyko minimalne.

Art. 43.

1. Od osoby, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, lekarz musi uzyskać zgodę po uprzednim poinformowaniu jej o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć, oraz o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie.

2. Osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją.

3. Lekarz nie może prowadzić eksperymentów badawczych z udziałem osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności z wyjątkiem badań prowadzonych dla dobra tych grup.

Art. 45.

1. Lekarz uczestniczący w eksperymentach medycznych musi je przeprowadzać zgodnie z zasadami badań naukowych. Eksperymenty z udziałem człowieka powinny być poprzedzone badaniami *in vitro* oraz *in vivo* na zwierzętach. Zwierzęta poddawane eksperymentom należy odpowiednio traktować i w miarę możliwości chronić przed cierpieniem.

2. Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym.

3. Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy gdy, spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu.

Art. 46.

Projekt każdego eksperymentu z udziałem człowieka powinien być jasno określony i przedłożony do oceny niezależnej komisji etycznej w celu uzyskania jej akceptacji.

Art. 47.

Eksperyment medyczny z udziałem człowieka może być przeprowadzony wyłącznie pod nadzorem lekarza posiadającego odpowiednio wysokie kwalifikacje.

Art. 51d.

Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów.

Art. 57.

1. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.

3. Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki ze względu na własne korzyści.

Art. 61.

Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiejkolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

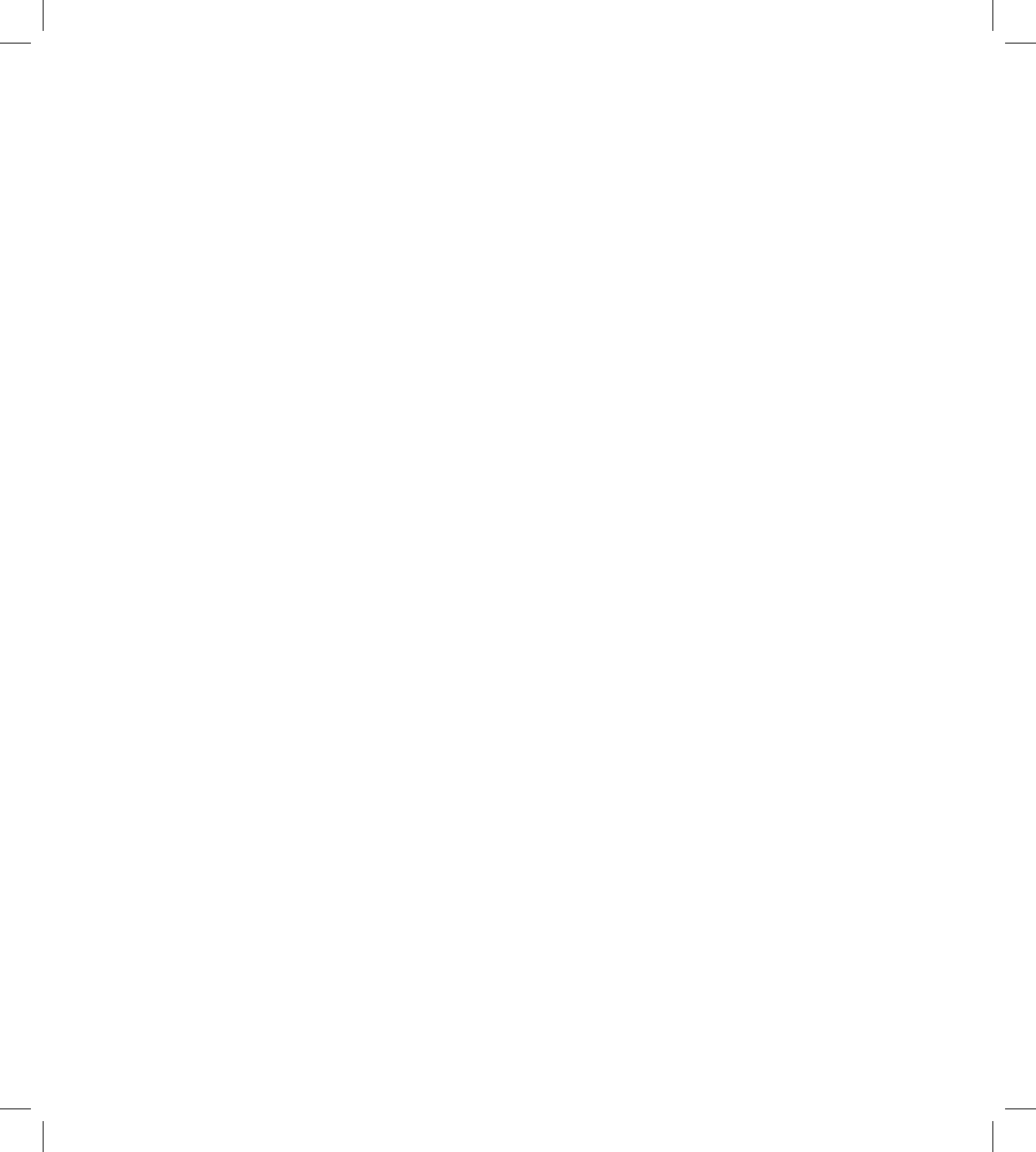
Art. 69.

Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

opr. Magdalena Garska



Norymberga2.pl



Zeznanie matki zmarłej

„Powiedziała, że to coś gorszego niż zawał, i że to się kwalifikuje do rozrusznika, ale ponieważ córka nie jest zaszczepiona, musimy czekać na wynik testu na obecność koronawirusa. Pytam: – To nic nie będziecie z nią robić?! – Nie, musicie czekać na testy, a że dzisiaj jest niedziela, to będziecie czekać do nocy”.

Wypowiedź neurologa z Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Czynem, który dr Niezgoda nazwał po prostu zbrodnią, stała się w czasie eksperymentu Pfizera immunizacja dzieci w wieku 12-15 lat. U dzieci z podanym placebo (naturalny przebieg) nie było ciężkich powikłań, a u dzieci, którym podano preparat, przynajmniej jedna dziewczynka (12 l.) jest na dzień 14 marca 2022 już od dziesięciu miesięcy na wózku inwalidzkim – zapadła bowiem na zapalenie rdzenia kręgowego.

Przypadek żołnierza 9 Batalionu Dowodzenia

Po przyjęciu zastrzyku „szczepionkowego” zaczął odczuwać silne bóle brzucha. Stwierdzono u niego zatorowość wielonarządową, co doprowadziło do resekcji (wycięcia) 90% jelita cienkiego. Od roku przebywa na zwolnieniu lekarskim, jest dokarmiany pozajelitowo.

Wydawca:
Fundacja Polskie Veto

Redakcja:
Piotr Heszen

Skład:
Angelika E. Witkowska

Dowiedz się więcej i zgłoś sprawę na

NORYMBERGAZ.PL

Projekt okładki:
Maciej Żelazo