

ZUS: Firmy oczekujące na pomoc z Tarczy mogą wnioskować o odroczenie składek



Płatnicy, którzy czekają na wejście w życie przepisów o zwolnieniu ze składek za listopad br., mogą złożyć wniosek do ZUS o odroczenie terminu płatności np. o miesiąc – informuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W parlamencie trwają prace nad kolejną odsłoną Tarczy antykryzysowej. Zakłada ona m.in. wypłatę świadczenia postojowego oraz zwolnienie z opłacania składek za listopad br.

„Płatnicy, którzy czekają na wejście w życie przepisów o zwolnieniu ze składek za listopad i nie wiedzą, czy mają opłacać składki czy nie, mogą złożyć wniosek do ZUS o odroczenie terminu płatności np. o miesiąc. Jeśli płatnik złoży wniosek przed terminem płatności składek, nie poniesie żadnych kosztów związanych z ulgą. Wnioski będą załatwiane najszybciej, jak to możliwe, a można je składać za pośrednictwem Platformy Usług Elektronicznych [ZUS](#)” – powiedział PAP rzecznik ZUS Paweł Żebrowski.

Chodzi o przedsiębiorców, dla których termin na opłacenie należności do ZUS za listopad upływa 10 i 15 grudnia. Są to m.in. osoby fizyczne opłacające składkę wyłącznie

za siebie.

„Nasza propozycja dotycząca składania wniosków o odroczenie wynika z tego, że tarcza branżowa wciąż nie weszła w życie, a zbliżają się terminy zapłaty składek za listopad. Dzięki złożeniu wniosku płatnicy działający w branżach, które zostały uwzględnione w projekcie tarczy branżowej (zarówno na etapie prac sejmowych, jak też zaproponowanych w poprawkach Senatu) nie będą musieli płacić należności do ZUS za ten okres, tylko zaczekają na wejście w życie ostatecznego kształtu przepisów. Podobna sytuacja wystąpiła na wiosnę i wtedy również ZUS podpowiadał, jak w prosty sposób zdjąć z siebie niepewność co do docelowego stanu prawnego” – wyjaśnia rzecznik.

Narzędzia pomocowe, jakie zaproponowano w ustawie, to zwolnienia z ZUS, świadczenia postojowe (ok. 2 tys. zł miesięcznie), tzw. małe dotacje w wysokości 5 tys. zł czy dofinansowanie miejsc pracy z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w kwocie 2 tys. zł. Obejmują one zarówno osoby zatrudniane na podstawie umowy o pracę, jak i osoby zatrudniane na podstawie umowy zlecenia, ale zlecenia, od którego płacone są składki na ubezpieczenia społeczne. Tarcza przewiduje również rekompensaty dla gmin w związku z utraconymi dochodami z tytułu opłaty targowej.

Autork: *Olga Zakolska*

Czy szczepionka na COVID-19 będzie bezpieczna?



Coraz więcej osób pyta mnie, czy proponowana szczepionka na SarsCoV-2 będzie bezpieczna. Jest nowatorska (po raz pierwszy w historii ma to być szczepionka wpływająca na geny). Nie było możliwości wieloletniej obserwacji i dłuższych badań, jak to jest wymagane przy wprowadzaniu na rynek nowej szczepionki. Nie mogę więc mieć informacji na temat jej bezpieczeństwa i ewentualnych odległych skutków ubocznych – z prostego powodu – nie ma ich nikt na świecie. Mogę się opierać na materiałach udokumentowanych, dotyczących tego tematu i takie też informacje mogę obiektywnie przekazywać. Nasze władze informują, że szczepionka będzie bezpieczna. Posłowie kilku klubów zadali w Sejmie dużo konkretnych pytań dotyczących szczepienia na Covid19.

(<https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp...>)

Zacytuję pytanie nr 21: „Pan Premier powiedział publicznie, że według danych naukowców z firmy Pfizer – szczepionka nie ma skutków ubocznych. Pan Premier zaufał im na słowo, czy jest w posiadaniu jakichkolwiek badań, dowodów na potwierdzenie tej tezy?” Firma Pfizer rzeczywiście zapewnia, że szczepionka może być szeroko stosowana na całym świecie (<https://www.money.pl/.../szczepionka-na-koronawirusa...>).

Tymczasem federalni prokuratorzy USA określili tę firmę mianem notorycznego oszusta i przestępcy. Firma została wielokrotnie ukarana (wypłaciła miliardy dolarów kar) za wprowadzanie w błąd w kwestii zastosowania wielu leków (np. Zoloft, Lipitor, Lyrica, Bextra). Zarzut dotyczył także nielegalnego testowania antybiotyków na dzieciach w Nigerii. Firma była zainteresowana zwiększeniem wyników sprzedaży nie licząc się ze zdrowiem i bezpieczeństwem pacjentów. W zdecydowanej większości krajów

Europy są instytucje, które finansują leczenie osób dotkniętych powikłaniami poszczepiennymi. W Polsce takiej instytucji nie ma. Jej powstanie jest skutecznie blokowane (<https://wpolityce.pl/.../528159-notoryczny-oszust-i...>).

Firma AstraZeneca przyznaje wprost, że skutki uboczne po szczepionce na SarsCoV-2 mogłyby ujawnić się nawet po kilku latach i dlatego firma nie może wziąć na siebie ŻADNEJ odpowiedzialności za ewentualne powikłania (<https://www.politykazdrowotna.com/62459,astrazeneca...>).

Podsumowując: w razie powikłań pacjent zostanie sam ze swoimi chorobami licząc na opiekę totalnie niewydolnych placówek ochrony zdrowia. A gdyby nawet zmarł w wyniku powikłań, to nikt nie zapłaci odszkodowania. Polscy naukowcy i lekarze, podchodząc bardzo merytorycznie do problemu w liście otwartym do Prezydenta i Rządu twierdzą, że szczepienia na koronawirusa NIE SĄ BEZPIECZNE.

„Szczepionki nie zostały właściwie zbadane i ich zastosowanie może doprowadzić do nieoczekiwanych zmian zarówno na poziomie komórkowym, w tym zmian szlaków sygnałowych i zmiany ekspresji genów” – czytamy w piśmie. ”Wprowadzane obecnie pośpiesznie szczepionki mają charakter eksperymentu na wielką skalę. Ponieważ mogą obniżyć naszą odporność na inne choroby, na skutek masowych szczepień może więc umrzeć więcej ludzi niż obecnie na COVID-19. Ponadto zmiany genetyczne wywołane przez szczepionki mogą wpłynąć na przyszłe pokolenia” (<https://dorzeczy.pl/.../lekarze-i-naukowcy-ostzegaja...>).

Autor: *Marcin Lis*

Dr Mike Yeadon: Covid-19 i konsekwencje lockdownów



Poniższy materiał filmowy przedstawia jeden z najbardziej erudycyjnych i pouczających spojrzeń na Covid-19 i konsekwencje lockdownów. Nagranie pojawiło się na YouTube i zostało przymusowo usunięte zaledwie 2 godziny po opublikowaniu. Poniżej przedstawiamy transkrypt i kopie nagrania z polskimi napisami. Jest to jeden z lepszych wywiadów o kowidowej tematyce, jakie widzieliśmy w tym roku.

Linki do filmu na różnych portalach:

[brighteon.com](https://www.brighteon.com)

[bitchute.com](https://www.bitchute.com)

Poniżej transkrypt z materiału video:

Nazywam się dr Micheal Yeadon, posiadam dyplom pierwszego stopnia z chemii biologicznej oraz toksykologii. Następnie zdobyłem doktorat z farmakologii układu oddechowego. Następnie całe życie zawodowe poświęciłem pracy badawczej w przemyśle farmaceutycznych, także w firmach tzw. Wielkiej Farmacji i firmach biotechnologicznych.

Moje pole zainteresowań to wszelkie formy stanów zapalnych, immunologia, alergie w kontekście układu oddechowego, czyli płuca, ale także tkanka skórna. Można zatem powiedzieć, że mam olbrzymie doświadczenie na polu stanów zapalnych, immunologii i pulmonologii oraz badań w tym zakresie.

Po raz pierwszy zaniepokoiłem się sposobem naszej odpowiedzi na pandemię koronawirusa gdzieś w drugiej połowie kwietnia. Stało się wtedy dla mnie jasne, że jeśli spojrzeć na statystykę dziennych zgonów, względem ówczesnych danych, pandemia ta już jest w odwrocie, co cieszy, że fala słabnie i teraz pozostanie nam przyglądanie się malejącej ilości zakażeń w kolejnych miesiącach. I tak się też stało.

Naukowa Grupa Doradcza ds. Sytuacji Nadzwyczajnych (SAGE)

Dlatego zaniepokoiło mnie, narastające obostrzenia odnośnie przemieszczania się i działań mieszkańców mojego kraju. Wtedy nie potrafiłem znaleźć uzasadnienia tych działań i do teraz nie potrafię. Odpowiedź rządu na ten kryzys kierowana jest przez grupę naukowców zasiadającą w **Zespole Doradczym Reagowania Strategicznego w Sytuacjach Kryzysowych, w skrócie SAGE**.

Zadaniem tego zespołu naukowego jest doradzanie rządowi odnośnie walki z kryzysem, SAGE jednak popełnił kilka fundamentalnych błędów, co w efekcie poskutkowało błędnym doradztwem, które nie tylko ma fatalne skutki dla gospodarki, ale także dotyczy służby zdrowia, a pacjenci nie mają dostępu do skutecznego leczenia.

SAGE przyjął, że ponieważ SARS-CoV-2 jest „nowym” wirusem, **założono, że nikt w populacji nie ma na niego odporności**.

To jest pierwszy błąd. Kiedy po raz pierwszy usłyszałem to stanowisko, to wpadłem w zakłopotanie, ponieważ wiedziałem, jako że przeczytałem dostępną literaturę naukową, że wirus ten jest 80 proc. podobny do innego znanego wirusa zwanego SARS-CoV-1, z którym mieliśmy do czynienia w 2003 r.

Co więcej, jest on podobny w niektórych fragmentach do koronawirusa wywołującego chorobę przeziębieniową.

Kiedy dowiedziałem się o rozprzestrzenianiu się koronawirusa na świecie, nie byłem tak zaniepokojony, jak niektóre osoby, ponieważ wiedziałem, że skoro znane są nam 4 typy koronawirusów przeziębienia, a więc znaczna liczba osób miała już do czynienia z tego typu wirusem, najpewniej już posiadamy wystarczającą odporność jako społeczeństwo.

Słowem wyjaśnienia, dlaczego byłem pewny swego zdania.

Zapewne każdy zna historię Edwarda Jennera i wynalezienia szczepionki, historii o ospie prawdziwej i krowiance. Opowieść o tym, jak to mleczarki miały bardzo gładką skórę, że nigdy nie cierpiały na choroby takie jak ospa prawdziwa, która to choroba jeśli nie kończy się śmiercią, to pozostawia trwałe blizny na skórze.

Przyczyną [hipotezą], dla których osoby takie były odporne było to, że zostały wyeksponowane na mniej groźną wersję wirusa, wirusa krowianki. Edward Jenner wpadł na pomysł, że jeśli ospa krowia pozwala tym kobietom uniknąć ospy prawdziwej, to rozumował, że można spróbować wystawić organizm innej osoby na wirus krowianki, a być może uda się wykształcić u tej osoby odporność na ospę prawdziwą.

[Szczepienia: Historia mitu – Roman Bystrianyk i dr Suzanne Humphries](#)

[Termin Szczepienia w 9 wydaniu Encyklopedii Britannica – Dr Charles Creighton](#)

[Antyszczepionkowa Liga z Leicester – 1869 rok](#)

[Metoda Leicester – ospa prawdziwa i nieszczepieni](#)

[Fakty dowodzące, że SZCZEPIENIA są zbędne i niebezpieczne. Na przestrzeni czterdziestu pięciu lat prowadzenia statystyk rejestracji – Alfred R. Wallace](#)

[0 krzyczącej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy \[1904\] – Wincenty Pixa](#)

Wykonał on eksperyment, który obecnie nie mógłby być wykonany z powodów etycznych.

Jak się podaje, choć nie mamy do końca pewności, Jenner pozyskał dawkę płynów ustrojowych osoby zakażonej krowianką, choroby krótkiej i o łagodnym przebiegu. Pozyskany materiał wtarł w skórę młodego chłopca.

Kilka tygodni później w podobny sposób pozyskał materiał od osoby umierającej na ospę prawdziwą i zakaził chłopca wirusem. Jak się okazało, chłopiec nie zachorował na ospę. W ten sposób **zapoczątkowano dziedzinę nauki zwaną wakcynologią. Nawa ta pochodzi od słowa „vacos”, łacińskiego określenia na krowę.**

Tak więc nie jest nam obca **idea odporności krzyżowej**. Myślałem również sporo o podatnych osobach przebywających w odcinach opieki, gdzie oczywiście przestrzegane są standardy ochrony osobistej itd., ale to jest skuteczne tylko do pewnego stopnia w środowisku, gdzie osoby przebywają ze sobą bardzo blisko w zamkniętym budynku.

Cały czas dręczyło mnie pytanie, czy jeśli 1 czy 2 osoby w domu opieki zaraziły się wirusem, to czy z czasem wirusem nie zarażą się wszyscy pensjonariusze? Tak się nie stało.

Jednym z możliwych wyjaśnień tej sytuacji jest to, że spora liczba osób przebywających w takich ośrodkach posiadała nabytą wcześniej odporność. W tym okresie roku ok. 1 osoba na 30 łapie przeziębienie wywołane jednym z tych koronawirusów.

Podobnie jak w przypadku odporności na ospę prawdziwą nabytej poprzez ekspozycje na wirusa krowianki, osoby, które przeszły przeziębienie wywołane jednym z koronawirusów je wywołujących w ten sposób nabyły odporność na SARS-CoV-2.

Tak więc około 30 procent populacji było odporne jeszcze przed początkiem epidemii. **SAGE twierdziło, że odporność była na poziomie 0 proc. i do dziś zachodzę w głowę, na jakiej podstawie tak stwierdzono.**

Teraz drugi, równie fatalny błąd nieuwzględniony w ich modelu. Odsetek osób w populacji zakażonych dotychczas wirusem wg.

SAGE wynosi jakieś 7 proc.

Wiem, że tego się trzymają, co łatwo można sprawdzić zaglądając do ich dokumentu opublikowanego we wrześniu zatytułowanego „Działania poza farmakologiczne”, gdzie czytamy, że niestety ponad 90 proc. populacji jest nadal narażone.

To jest niewiarygodny błąd. Wytłumaczę, dlaczego tak uważam. **Ta statystyka bazuje na odsetku osób w kraju, które posiadają przeciwciała w swojej krwi, a wyłącznie w przypadku osób, które ciężko zachorowały, organizmy miały potrzebę wytworzenia przeciwciał.**

To prawda, że w przypadku osób o dużym stężeniu przeciwciał w istocie mamy do czynienia z osobami zakażonymi, ale w przypadku znacznej części osób mieliśmy do czynienia z lekkimi objawami, a większość ludzi przeszła zakażenie bezobjawowo.

W czterech więzieniach w USA prawie 3300 osadzonych przeszło testy na koronawirusa z wynikiem pozytywnym – 96% bez żadnych objawów

Najlepsze szacunki, jakich możemy dokonać, to że osoby te nie wytworzyły przeciwciał lub wytworzyły bardzo mało i te przeciwciała te do tego czasu zaniknęły.

Jedna z najnowszych publikacji naukowych odnośnie odsetka pensjonariuszy domów opieki, którzy posiadają przeciwciała, jest bardzo interesująca. W badaniu tym stosowano bardzo czułe testy na przeciwciała. Testy te wyłapały osoby, które nigdy nie otrzymały pozytywnego wyniku testu PCR, czyli nigdy nie zaraziły się wirusem.

Okazało się że 65 proc. tych osób posiadało przeciwciała w organizmie, choć nigdy się [objawowo] nie zarazili. To każe mi uważać, że mieliśmy do czynienia z wysoką odpornością w populacji przed pojawieniem się wirusa.

Ostatnio dużo się mówiło w mediach odnośnie tego, że **odsetek osób z przeciwciałami spada**. Przedstawiano to jako problem krótkotrwałej odporność na SARS-CoV-2. Ale każdy, kto posiada wiedzę w zakresie immunologii, po prostu takie stwierdzenie by odrzucił. Nie tak działa mechanizm immunologiczny. Dotyczy to limfocytów T.

Jeśli zatem liczba przeciwciał w populacji spada stopniowo z czasem, od wiosny to dnia dzisiejszego, **jedynym sensowym wyjaśnieniem jest to, że częstość występowania wirusa w populacji spada**, stąd mamy stopniowy spadek liczby wytwarzanych przeciwciał.

Mniej niż 40 proc. populacji było podatne na wirusa. Nawet epidemiolodzy zajmujący się czystą teorią powiedzą, że to za mała liczba, by móc przyczynić się do rozprzestrzeniania się epidemii. Odporność zbiorowiskowa, inaczej **odporność stadna**.

SAGE twierdzi, że nawet się nie zbliżyliśmy do wymaganego poziom, ale ja twierdzę, że **najlepsi naukowcy z całego świata, publikujący w najbardziej prestiżowych recenzowanych czasopismach naukowych twierdzą, że SAGE się myli**.

Postuluje się, że **ponad 60 proc. populacji posiada odporność na wirusa**, zwyczajnie nie jest możliwe, byśmy mieli do czynienia z nasilającą się pandemią.

Dobra wiadomość, autentycznie dobra wiadomość jest taka, że mamy coraz więcej danych pochodzących z testów klinicznych potencjalnych szczepionek.

Szczepionki te nie tylko zwiększają liczbę przeciwciał, ale także pobudzają odpowiedź w postaci wzmożonej produkcji limfocytów T. To świetna wiadomość płynąca z solidnych badań naukowych, zgodnych z wiedzą z zakresu immunologii. Tak właśnie wyglądają procesy immunologiczne w walce organizmu z wirusami.

Dziwi mnie, a nawet irytuje, że kiedy mówi się o części

populacji wciąż podatnej na zakażenie, mówimy wyłącznie o przeciwciałach, jak w przypadków tych 7 proc. podawanych przez SAGE.

Covid-19: Jak dużo osób posiada istniejącą wcześniej odporność? – dr Peter Doshi

Dlaczego nie mówimy o 50 proc. populacji, która posiada odporność bazującą na limfocytach T? Myślicie sobie zapewne, że skoro dr Mike Yeadon opowiada Wam takie rzeczy, dlaczego pandemia się jeszcze nie skończyła?

To może być dla Was zaskoczeniem, ale uważam, że pandemia w zasadzie już się skończyła. Kraj przeszedł niemalże cały cykl procesu rozprzestrzeniania się wirusa, który teraz się domyka.

Wiosną Londyn został bardzo mocno dotknięty pandemią. W okolicach kwietnia dziennie umierało setki osób. Osoby te miały podobne symptomy, czyli zapaść układu oddechowego i stany zapalne. Obecnie w stolicy z powodu SARS-CoV-2 umiera mniej niż 10 osób dziennie. **Mamy do czynienia ze spadkiem o ok. 98 proc.** Powodem, dla którego takie spadki odnotowujemy jest to, że w Londynie zbyt mała liczba osób jest narażona na wirusa, by ten mógł się namnażać, przenosić i spowodować wybuch epidemii. **Gdyby było inaczej, to Londyn byłby pierwszym ogniskiem wybuchu drugiej fali, gdyż wiosną to właśnie tam po raz pierwszy wirus się pojawił.**

Myślę, że obecnie mamy do czynienia w północno-wschodniej i północno-zachodniej części kraju z wygaszaniem ostatnich tłących się źródeł zakażeń. Oczywiście mi również jest przykro, że niektórzy wciąż się zakażają i umierają. **Dlaczego w mediach nie mówi się, że pandemia już minęła? Nie skończyła się, ponieważ tak mówi SAGE.**

Zespół SAGE tworzą naukowcy z wielu różnych dziedzin: matematycy, lekarze, itp. Podzieleni są na mniejsze komisje. Ku memu zdziwieniu, czy może raczej przerażeniu, dowiedziałem się, że w okresie od wiosny do lata włącznie SAGE nie miała w

swoim gronie immunologa klinicznego z prawdziwego zdarzenia.

Przez wiosnę i lato SAGE miał braki w zakresie odpowiednich ekspertów. Powinni zaprosić do swojego grona osoby, które znają się na rzeczy, ale tego nie uczyniono. Ludzie pytają mnie:

„Mike, skoro w zasadzie epidemia już się skończyła, dlaczego nadal umierają setki osób dziennie z powodu SARS-CoV-2?”

Dużo o tym myślałem. Po pobraniu wymazu z nosogardzieli wykonuje się test, test zwany PCR, na takiej próbce. **Test ma za zadanie wykryć nie wirusa, mogłoby się wydawać, że celem jest wykrycie wirusa, ale nie taki jest cel testu, ale ma za zadanie wykryć fragment sekwencji genetycznej RNA.**

Niestety, ten fragment sekwencji RNA zostanie wykryty w wymazie z nosa czy migdałków nie wtedy, gdy osoby te zachorują niebawem lub już są chore, **ale wykryty zostanie również wtedy, gdy osoba ta przeszła wcześniej zakażenie.**

Tygodnie lub nawet miesiące temu. Już tłumaczę, dlaczego tak się dzieje. Jeśli się zaraziłeś i organizm zwalczył wirusa, jak to ma miejsce najczęściej, w twoim organizmie pozostaną drobne cząsteczki tego wirusa mniejsze niż pojedyncza komórka, zalegające gdzieś w układzie oddechowym, w śluzie, np. w komórkach ścian dróg oddechowych.

Przez okres tygodni czy miesięcy posiadasz w organizmie fragmenty zwalczonego przez układ odpornościowy wirusa. Jednakże test PCR nie jest w stanie wykazać, czy materiał RNA pochodzi od „aktywnego” czy „martwego” wirusa.

Moim zdaniem znaczna część wyników pozytywnych to w istocie jak ja to nazywam „zimne” wyniki pozytywne, to znaczy test poprawnie wykrywa istnienie RNA wirusa w próbce, ale to RNA pochodzi od „martwego” wirusa, który nie stanowi zagrożenia dla organizmu, nie powoduje zachorowania, nie może zostać przeniesiony na inną osobę, nie jest zaraźliwy.

Taka sytuacja dotyczy znacznej liczby wyników pozytywnych. Organizmy tych osób zwalczyły wirusa. **Dlaczego zatem stosujemy testy, które nie odróżniają aktywnego zakażenia od zwalczonego już wirusa.** Ten test nigdy nie był stosowany w ten sposób,

[Testy PCR na COVID-19 z naukowego punktu widzenia są pozbawione sensu – Torsten Engelbrecht i Konstantin Demeter](#)
[Co miał wykrywać test na koronawirusa? – Celia Farber](#)
[Wiara w szybki test \[na krztuśca\] doprowadziła do epidemii, której nie było \[2007\]](#)

Wiem, ponieważ mam na tym polu doświadczenie zawodowe. **To nie jest adekwatna metoda w tym przypadku**, ta technika ma raczej zastosowanie w medycynie sądowej, gdzie chcemy badaniem DNA ustalić, czy dana osoba znajdowała się na miejscu zbrodni.

Takich testów nie przeprowadza się na parkingu przez supermarket w wietrzny dzień, pod jak to wygląda plastikowym stoiskiem namiotowym, na stole piknikowym. Test tego typu nie jest w tej sytuacji odpowiedni i nie powinien być wykonywany w takich warunkach.

Taki sposób przeprowadzania testów jest podatny na różnego rodzaju błędy i niedopatrzenia w obchodzeniu się z materiałem testowym.

W przypadku zastosowania tego testu w ramach działań śledczych, dochodzenia sądowego np. w celu identyfikacji na podstawie testu DNA, sąd odrzuciłby taki materiał dowodowy jako nie do przyjęcia. **Test ten daje wyniki pozytywne nawet wtedy, kiedy wirusa już dawno został zwalczony przez organizm.**

Taki wynik określa się mianem fałszywie pozytywnego. Wraz ze zwiększeniem dziennej liczby testów, wymagało to zaangażowania mniej doświadczonych laborantów, a teraz do tego zatrudnia się osoby bez jakiegokolwiek doświadczenia na tym polu.

Taka sytuacja **generuje zwiększoną ilość popełnianych błędów i w efekcie mamy do czynienia również ze wzrostem liczby wyników**

fałszywie pozytywnych. Jeśli zatem odsetek wyników fałszywie pozytywnych wynosi 1 proc., co jak twierdzi Matt Hancock, z takim mniej więcej odsetkiem mieliśmy do czynienia w sezonie letnim, zatem na 1000 przetestowanych osób, którzy nie są zakażone, 10 z nich otrzyma wynik pozytywny, niestety.

Jeśli zakażona wirusem jest jedna osoba na tysiąc w danej populacji, czyli dotyczy to 0,1 proc. populacji, a taką statystkę podaje Narodowe Biuro Statystyk na sezon letni, to stosowanie testów PCR da zaledwie jeden wynik prawdziwie pozytywny. Ale jeśli odsetek wyników fałszywie pozytywnych wynosi 1 proc., oznacza to tyle, że otrzymamy również 10 wyników fałszywie pozytywnych.

[Dr Mike Yeadon: Jaki jest wskaźnik fałszywie dodatnich wyników? \[17 wrzesień\]](#)

[Wyniki fałszywie pozytywne na COVID-19 – dr Andrew Kaufman](#)

Niektórzy mówi mi, że owszem, ale będziemy mieli większy odsetek osób testujących się poza szpitalnie w ramach tzw. drugiego filaru, ponieważ od szpitala powinny zgłaszać się wyłącznie osoby, które zauważyły u siebie symptomy choroby, ale ja uważam że to bzdura.

Według mnie to nie jest prawda. Mam znajomych, których pracodawca powiedział im, że skoro przebywali w pobliżu osoby pozytywnej, to nie mają przychodzić do pracy, dopóki nie otrzymają wyniku negatywnego.

Widziałem materiały informacyjne z wielu miast na północy kraju, takich jak Birmingham, Manchester, Bolton, których Rady Miejskie, zapewne ze zwykłej troski o obywateli, rozsyłały po mieszkaniach ulotki informacyjne odnośnie podejmowanych działań mających na celu testowanie mieszkańców na wirusa.

Gdy zaczniemy testować losowo zamiast wyłącznie osoby symptomatyczne [objawowe], otrzymamy te same wyniki częstości występowania wirusa w populacji, które podaje Narodowe Biuro Statystyk, czyli 1 osoba zakażona na 1000.

Przed chwilą powiedziałem, a pan Hancock to potwierdził w przypadku sezonu letniego, że odsetek wyników fałszywie pozytywnych wynosi ok. 1 proc., co oznacza, że **na 1000 przetestowanych, 10 wyników to będą wyniki fałszywie pozytywne, a zaledwie 1 przypadek to będzie wynik prawdziwie pozytywny.**

Ten test jest monstrualnie nieodpowiedni do wykrywania osób z aktywnym wirusem w układzie oddechowym. Jest podatny na mnóstwo zniekształceń, które tylko pogorszą się wraz z nastaniem zimy.

Wraz ze wzrostem liczby testów wykonywanych dziennie liczba błędów popełnianych przez przepracowanych i niekoniecznie przesadnie doświadczonych laborantów również wzrośnie. Nie wydaje mi nie czymś nierozsądnym stwierdzenie, że obecne szacunki odnośnie odsetka wyników fałszywie pozytywnych, czyli tzw. operacyjny szacunek odsetka wyników fałszywie pozytywnych, wynosi jakieś 5 proc. **5 proc. z 300 tys. daje liczbę 15 tys. wyników pozytywnych.**

Owszem, niektóre z tych wyników to wyniki prawdziwie pozytywne, ale to jest niewielka liczba. Problem z wynikami fałszywie pozytywnymi nie dotyczy wyłącznie samych przypadków zakażenia, ale obejmuje także osoby, które nie czują się dobrze i zgłaszają się do szpitala.

Tak więc osoby przetestowane pozytywnie, które udają się do szpitala, ich wyniki mogą być fałszywie pozytywne, co jak sądzę dotyczy większości tych wyników na chwilę obecną. **Jeśli zgłaszasz się do szpitala, a miałeś wynik pozytywny wcześniej lub taki otrzymałeś już w samym szpitalu, będziesz zaklasyfikowany jako pacjent covidowy.**

Choć przyjąć do szpitala jest więcej, niż miesiąc temu, niestety jest to norma w sezonie jesiennym. Ludzie łapią wirusa układu oddechowego i niektórzy umierają. Ja natomiast uważam, że nie ma to już nic wspólnego z COVID-19.

Obecnie mamy więcej pacjentów na oddziałach intensywnej terapii, niż miesiąc temu czy wcześniej i jest to zupełnie normalne w sezonie jesienno-zimowym, że te łóżka są zagospodarowywane. Ale liczba ta nie jakoś znacząco wyższa, niż normalnie w tym sezonie i zdecydowanie nie przekroczyliśmy jeszcze wydolności systemu na poziomie krajowym.

[Dr Scott Jensen o statystykach śmiertelności COVID-19](#)

Ale pewnie już domyślacie się, do czego zmierzam – jeśli osoba umiera w obecnych warunkach, w akcie zgonu umieszczany jest COVID-19 jako przyczyna zgonu. Ale to nie jest prawda. Tacy pacjenci mogli zgłosić się do szpitala np. ze złamaną nogą, ale 3 proc. z nich i tak otrzyma wynik pozytywny testu, choć nie są chorzy, bo to jest wynik fałszywie pozytywny.

W przypadku zgonu klasyfikowani są jako ofiary COVID-19, choć przyczyna śmierci mogła być inna. Jedną z najbardziej dla niepokojących rzeczy w tym roku była wypowiedź premiera Johnsona odnośnie „[Operacji Moonshot](#)”, czyli planu testowania **wszystkich obywateli, nawet w trybie codziennym i że jest to rzekomo sposób wyjścia z tego kryzysu.**

Ja jednak twierdzę, że to jest sposób na niewyjście z tego kryzysu, i siedzenie w tym bagnie. Taka liczba testów jest większa o kilka rzędów wielkości niż liczba obecnie wykonywanych testów, a odsetek wyników fałszywie pozytywnych, jakkolwiek niski by nie był, będzie znacznie wyższy, niż jesteśmy w stanie zaakceptować.

Będziemy mieli do czynienia z ogromną liczbą testów fałszywie pozytywnych. Moim zdaniem powinniśmy zaprzestać masowego testowania nie tylko dlatego, że jest to naruszenie wolności obywatelskich.

Testowanie nic nie poprawi i będzie się wiązać z olbrzymimi kosztami. To będzie patologia sama w sobie. Będziemy zmuszeni walczyć z głupimi ludźmi, najczęściej z urzędnikami rządowymi, którzy nie mają wystarczającej wiedzy z zakresu statystyki.

Jeśli przetestujemy dziennie milion osób testem, który daje 1 proc. wyników fałszywie pozytywnych, 10 tys. osób dziennie otrzyma wynik fałszywie wskazujący, że mają wirusa. Jeśli częstość występowania wirusa w populacji wynosi jakieś 0,1 proc. jak Narodowe Biuro Statystyk podało dla sezonu letniego, to zaledwie 1/10 tej liczby, czyli 1000 osób otrzyma wynik prawdziwie pozytywny.

Ale pośród tych 11 tys. nie jesteśmy w stanie wyróżnić osoby zakażone i osoby z wynikiem fałszywie pozytywnym. Moim zdaniem „Operacja Moonshot” pokaże jeszcze wyższy odsetek wyników fałszywie pozytywnych. Tego nie da się ot tak naprawić. Nie jest to również działanie konieczne. Wraz z zakończeniem pandemii w populacjach Wlk. Brytanii, Europy i zapewne całego świata już niebawem, ta już nie powróci.

Dlaczego nie powróci? Ponieważ **nasze organizmy wykształciły odporność na bazie limfocytów T**. Wskazują na to badania prowadzone przez najlepszych immunologów komórkowych na świecie. Niekiedy spotkamy się ze stwierdzeniem, że wygląda na to, że odporność zaczyna spadać.

Można się spotkać z takimi wypowiedziami. Kiedy po raz pierwszy natknąłem się na taki nagłówek w wiadomościach, mocno się zdziwiłem, ponieważ mechanizm immunologiczny tak nie działa. Zastanówmy się na chwilę. Gdyby tak funkcjonował nasz układ odpornościowy, infekcja mogłaby zakończyć się śmiercią, więc organizm musi ją zwalczyć.

Po zwalczeniu choroby nie pozostałby żaden ślad w organizmie. Ale taki ślad pozostaje – pamięć o tym, w jaki sposób organizm sobie poradził z chorobą. Uwzględnia pewne receptory rozpoznające wzorce i w konsekwencji powstają wyspecjalizowane komórki pamięci, które pamiętają, z czym przyszło im zwycięsko walczyć.

Jeśli ponownie przyjdzie im się zmierzyć z tym wrogiem, organizm będzie w stanie skuteczniej wysłać te komórki do

walki z infekcją w ciągu minut czy godzin, chroniąc organizm.

Najbardziej prawdopodobnym wytłumaczeniem jest ochrona długotrwała. **Przejrzałem literaturę na temat tej „wygasającej odporności” i dotyczy to wyłącznie przeciwciał.**

Nieuzasadnionym jest traktowanie przeciwciał i czasu ich istnienia w organizmie jako miary skuteczności ochrony przeciwko wirusom. Ja oczywiście się z tym nie zgadzam.

Przeprowadzono wiele klasycznych eksperymentów u osób, które posiadają wrodzone wady układu immunologicznego, w tym także wady uniemożliwiające ich organizmom wytwarzanie przeciwciał.

Agammaglobulinemia, odporność i szczepienia – Roman Bystrianyk

Co się okazuje? **Organizmy tych osób radzą sobie równie dobrze z wirusami układu oddechowego, jak mój czy Wasze organizmy.** Tak więc przeciwciała same w sobie nie są szkodliwe, choć niektórzy obawiają się potencjalnie szkodliwego namnażanie się przeciwciał w przypadku stanu zapalnego.

Moim zdaniem są one raczej neutralne dla organizmu i na pewno nie należy wierzyć w historie jakoby zanikające przeciwciała powodują utratę odporności. Znów, ludzki układ immunologiczny tak po prostu nie funkcjonuje.

Najbardziej prawdopodobny okres trwania odporności na wirusa układu oddechowego takiego jak SARS-CoV-2 wynosi kilkanaście lat. Dlaczego o tym mówię? Ponieważ **dysponujemy danymi odnośnie wirusa SARS-CoV-1, który kilkanaście lat temu krążył po świecie.** Pamiętajmy, że SARS-CoV-1 jest w 80 procentach podobny do SARS-CoV-1.

Uważam, że to najlepszy punkt odniesienia można zaproponować. Dowody stanowią jasno. Pewien błyskotliwy immunolog komórkowy zbadał wszystkie te osoby, które wyzdrowiały po zakażeniu SARS-CoV-1. Pobrano próbki krwi i przetestowano, czy zachodzi

reakcja na ekspozycję na SARS-CoV-1.

I owszem, taka reakcja nastąpiła. **Osoby te posiadały w pełni sprawną pamięć immunologiczną bazującą na limfocytach T. Oczywiście posiadają także odporność na SARS-CoV-2, co wynika z dużego podobieństwa tych wirusów.**

Odporność krzyżowa

Tak więc twierdzę, że **na podstawie najlepszych dostępnych danych można dojść do wniosku, że czas trwania skutecznej odporności wynosi co najmniej 17 lat, a nawet jest prawdopodobnym, że ma ona charakter dożywotni.**

Odpowiedź limfocytów T w organizmach tych osób miała charakter podobny do testu, czy szczepionka nadal działa po wcześniejszej jej aplikacji, czy odporność nadal jest aktywna.

Uważam, że posiadamy mocne dowody na to, że czas trwania odporności może wynosić lata a może nawet mieć charakter dożywotni. Mieliśmy zaledwie **kilka przypadków osób, które jak się wydaje zaraziły się ponownie.** To bardzo interesujące przypadki i musimy im się bliżej przyjrzeć. **Najprawdopodobniej osoby te cierpią na zaburzenia układu immunologicznego.**

Nie twierdzę, że ponowne zakażenie nie jest możliwe, zaznaczam tylko, że **dotyczy to zaledwie 5 czy 50 osób.** WHO podało kilka tygodni temu szacunki, że **dotychczas z powodu SARS-CoV-2 ucierpiało ok. 750 mln osób.**

Oznacza to, że większość z tych osób nie zarazi się ponownie. Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ jest to normalny proces, tak to właśnie wygląda w przypadku wirusów układu oddechowego.

Niektórzy wysuwają hasła typu „zero COVID”, jakby to było jakieś hasło polityczne. Niektóre osoby podnoszą te hasła wręcz codziennie, choć nie mają jakichkolwiek kompetencji, by nawoływać do czegokolwiek.

Warto wiedzieć, że SARS-CoV-2 to nieprzyjemny wirus. Nie ma co

do tego dyskusji. Ale nie jest tym, czym jeszcze wiosną mówiono, że jest.

COVID – dlaczego terminologia ma znaczenie? – dr Malcolm Kendrick

Twierdzono, że śmierć z powodu wirusa poniesie ok. 3 proc. osób zakażonych. To jest straszna liczba, 30 razy wyższa śmiertelność, niż w przypadku grypy.

Mamy tendencję do przeszacowywania śmiertelności nowych chorób zakaźnych, gdy jesteśmy w sytuacji zagrożenia. Według mnie śmiertelność COVID-19 jest taka sama, jak grypy sezonowej.

Dlatego nie ma potrzeby dążenia do zredukowania przypadków COVID-19 do zera. To jest nonsens i nie ma nic wspólnego z tym, jak działa biologia. A metody, które proponuje się, by ten cel osiągnąć, są znacznie bardziej destrukcyjne czy nawet patologiczne, niż sam wirus.

Plusy i minusy środków zaradczych przeciw pandemii grypy – dr Thomas Inglesby, prof. Jennifer Nuzzo, prof. Tara O'Toole i prof. Donald Henderson [listopad 2006]

Dziesięć powodów, dla których paszporty odpornościowe to zły pomysł

Zwyczajnie nie jest możliwym, by wyeliminować każdą jedną kopie wirusa odpowiedzialnego za chorobę COVID-19 a metody, które jakoby miały tego dokonać, po prostu zniszczyłyby społeczeństwo. Pomijając same koszty, który byłyby ogromne.

Wiązało by się to z ograniczeniem naszej wolności, samo poruszanie się ograniczone byłoby wynikiem testu na obecność wirusa. Opisałem, w jaki sposób z perspektywy czysto statystycznej odsetek wyników fałszywie pozytywnych taką wolność by nam odebrał.

Uważam, że nie jest to wykonalne czy realistyczne z naukowego

punktu widzenia, jest nierealistyczne z medycznego punktu widzenia i nigdy czegoś na taką skalę nie przedsięwzięto. Gdy wirus pojawił się w Wlk. Brytanii na przełomie zimy i wiosny, ja również byłem zaniepokojony informacją, że szacuje się, że ok. 3 proc. zarażonych umrze.

Gdy premier ogłosił lockdown, nie było mi to w smak, ale rozumiałem, że może powinniśmy spróbować takiej metody.

[Nieoczekiwane wykrycie przeciwciał na SARS-CoV-2 w okresie przed pandemicznym we Włoszech. \[wrzesień 2019\]](#)

[Dane CDC sugerują że COVID-19 był w USA już w listopadzie 2019 roku](#)

[Dr Denis Rancourt: Śmiertelność ze wszystkich przyczyn podczas COVID-19: Żadnej zarazy, prawdopodobna oznaka masowego morderstwa z powodu reakcji rządu \[2 czerwca 2020\]](#)

Ważne jednak by zrozumieć, że gdy spojrzysz się na krzywą przebiegu epidemii w populacji, jasnym stanie się, że liczba dziennych zakażeń przez dłuższy czas spadała po osiągnięciu szczytu i to jeszcze przed zarządzeniem lockdownu.

Covid-19 i konsekwencje lockdownów

Tak więc musieliśmy się zmagać z trudami lockdown przez wiele – już nie pamiętam ile – tygodni na marne. **Jeśli możemy mówić o jakimś istotnym wpływie lockdownów na liczbę czy odsetek zgonów, to powinniśmy zaklasyfikować konkretne przypadki z podziałem na populacje objęte i nieobjęte lockdownem, ale takiego rozróżnienia nie da się dokonać, gdyż kraje, w których występowała duża liczba zakażeń miały takie same statystyki bez względu na wprowadzony lockdown lub jego brak.**

Lockdowny nie działają i nie rozumiem, dlaczego posuwany się do takich radykalnych środków. Sądzę, że nie do końca wiemy, dlaczego niektóre kraje zostały bardziej dotknięte epidemią, niż inne kraje.

Moim zdaniem z naukowego punktu widzenia, najlepiej postawić

na miks różnych czynników, poczynając od odporności krzyżowej. Choć Chiny miały ogromny problem w walce z epidemią w Wuhan i prowincji Hubei, jednak wirus nie przeniósł się na inne rejony kraju.

Masowe protesty w Wuhan, pół roku przed oficjalnym wybuchem koronawirusa [lipiec 2019]

Podejrzewam, że stało się tak, ponieważ **wielu obywateli posiadało tę nabytą odporność krzyżową**. Obywatele krajów sąsiadujących, jak sądzę, również taką odporność w większości posiadali. To jest jedna z hipotez. Druga natomiast jest taka, że w kontekście skali epidemii w danej populacji mieliśmy do czynienia z olbrzymią liczbą zgonów w państwach takich, jak Wlk. Brytania czy Belgia, Francja, czy może nawet Szwecja oraz znacznie mniejszą liczbą zgonów w krajach takich jak Grecja czy Niemcy.

Myślicie zapewne, że krajach tych podjęto jakieś działania, które pozwoliły lepiej chronić obywateli. Chciałbym, by to była prawda. Ponieważ jeżeli w istocie zastosowano jakieś środki, które okazały się skuteczne, to moglibyśmy skorzystać z tych doświadczeń i lepiej przygotować się na przyszłość.

Ale niestety nie mamy żadnego dowodu, jakoby do tego przyczyniły się jakiekolwiek działania ludzkie. **Transmisja tego wirusa w populacji ludzkiej to w pełni naturalny proces, który kompletnie miał za nic nasze skromne działania na rzecz kontroli tej transmisji. Istnieje teoria, której nazwa niezbyt przypadła mi do gustu, teoria „wyschniętego drewna”.**

https://youtu.be/TfggC_-SViw

Jeśli w danym kraju mamy osoby podatne w sezonie zimowym na zgony w wyniku chorób wirusowych głównie układu oddechowego, i jeśli mamy do czynienia z łagodnym sezonem zimowym, jak np. w przypadku Wlk. Brytanii, gdzie taka sytuacja miała miejsce w poprzednim i jeszcze wcześniejszym zimowym sezonie grypowym, podobnie sytuacja wyglądała w Szwecji, w konsekwencji mamy do

czynienia z dużą liczbą osób podatnych, które są jeszcze starsze niż wynosi statystyczna norma w tym okresie.

Dlatego właśnie, jak sądzę, obserwowaliśmy tak dużą liczbę zgonów. To nadal było zaledwie 0,06 proc. populacji, co daje liczbę ofiar odpowiadającą jakimś 4 tygodniom przy normalnej statystycznie śmiertelności.

W przypadku krajów, gdzie zima była ostrzejsza, a Grecja i Niemcy doświadczyły w ostatnich 2 latach zimowych sezonów grypowych o dużej śmiertelności co oznaczało, że kraje te posiadały zmniejszoną liczbę osób podatnych w populacji i to było główną przyczyną mniejszej liczby zgonów.

To nie ma nic wspólnego z lockdownem, z testowaniem, śledzeniem i monitorowaniem zakażonych. Osobiście uważam, że żadne z tych środków nie miały jakiegokolwiek wpływu.

[Na całym świecie liczby ujawniają przerażające żniwo śmierci w domach opieki \[16 maja 2020\]](#)

Belgia, Wlk. Brytania, Szwecja były szczególnie podatne, a kraje nordyckie – zawsze ciśnienie mi się podnosi, kiedy słyszę, że kraje te obroniły się dzięki wprowadzonym lockdownom – jak miemam te kraje doświadczyły normalnych sezonów grypowych w ostatnich 2, 3 latach. Szwecja, podobnie ja Wlk. Brytania, doświadczyła łagodnego sezonu epidemii grypy.

Wystarczy spojrzeć na statystyki śmiertelności w tym okresie. Mieliśmy do czynienia z niższą niż normalnie liczba zgonów w Szwecji i Wlk. Brytanii, a obecnie obserwujemy ponad normalną liczbę zgonów z powodu COVID-19.

Być może istnieją inne przyczyny, nie twierdzę, że nie, ale uważam, że **to są dwa główne czynniki, czyli wcześniejsza odporność populacji oraz hipoteza „wyschniętego drewna”, czyli wpływ odsetka osób w populacji podatnych na chorobę w konsekwencji niskiego stopnia intensywności wcześniejszych**

sezonów grypowych.

Te czynniki moim zdaniem wyjaśniają znaczącą część zgonów. Covid-19 i konsekwencje lockdownów. Uważam, że jest sporą arogancją czy wręcz czymś niepoważnym to, że **nasze rządy i eksperci mówią nam, że powinniśmy zastosować środki, które nigdy w przeszłości się nie sprawdziły, jak lockdown, że są w stanie zatrzymać transmisję wirusa atakującego układ oddechowy.**

Ani na moment w to nie wierzyłem, nie ma żadnych dowodów naukowych na poparcie takich działań i istnieją znacznie mocniejsze hipotezy naukowe, które wyjaśniają to zjawisko. Może się wydawać, że w kontekście ponad normalnej liczby zgonów, że COVID-19 przyczynił się do znacznego zwiększenia tej liczby, ale okazuje się, że nie za bardzo.

Rok 2020 zapowiada się, że uplasuje się na ósmym miejscu najgorszych lat od 1993 r. pod względem śmiertelności.

W tym kraju rocznie umiera ok. 620 tys. osób, jak to się mówi: „przez całe życie towarzyszy nam śmierć”. To prawda. Oczywiście dla osób osobiście dotkniętych tą chorobą i śmiercią w jej wyniku jest to potworne przeżycie, ale nie jest to nic nadzwyczajnego w kontekście statystyk śmiertelności.

Jedną z rzeczy, które udało mi się zaobserwować w ostatnich latach, to że wydaje się, że zmierzamy w kierunku postnauki, postfaktów, jakby fakty nie miały już znaczenia.

[Poprawność polityczna i postmodernizm – prof. Jordan Peterson](#)
[Rozumienie pojęcia prawdy w różnych systemach sterowania społecznego – Józef Kossecki](#)
[Myślenie pojęciowe, a myślenie stereotypowe – Andrzej Wronka, Kazimierz Ajdukiewicz](#)

Dla kogoś, kto posiada doświadczenie naukowe zdobyte w trakcie 35-letniej praktyki w zawodzie jest to rzecz głęboko niepokojąca. Odradziłbym Wam słuchania moich wywodów, gdybym

mówił np. o projektowaniu autostrad czy czymś podobnym. Nie mam o tym żadnego pojęcia. Albo np. o tym, jak prowadzić szkółkę leśną. Nie mam na ten temat pojęcia.

Ale wiem nieco na temat immunologii, infekcji, stanów zapalnych, o tym, jak patogeny wywołujące choroby zakaźne transmitowane są w populacjach.

Nie mam żadnego powodu, by udzielać tego wywiadu poza troską o mój kraj. Musimy wyjść z tego kryzysu. Osobiście uważam, że droga wyjścia z tej sytuacji nie jest trudna i wymaga dwóch kroków.

Musimy wstrzymać testowanie poza szpitalne osób zdrowych, natychmiast. Testy te dają mętne, prowadzące do błędnych wniosków komunikaty, ale nasza polityka jest w całości prawie oparta na tych testach. To jest błąd i należy tego zaprzestać.

Nie mówię, żeby nie testować. Róbmy to w szpitalach. Zaprzestaśmy masowego testowania i na miłość boską nie zwiększajmy ilości testów. To jest źródło patologii samo w sobie i musi być powstrzymane przez ludzi jasno myślących.

Obawiam się niestety, że ludzie zasiadający w SAGE, którzy dostarczają modeli, budują predykcje i proponują środki zaradcze, wykonują tak fatalną i pełną błędów pracę, rażąco niekompetentną, że powinno się tym ludziom już podziękować. Natychmiast powinno się ich zwolnić.

Skutkiem ich decyzji są niewinne ludzkie życia stracone z przyczyn innych, niż COVID-19. Należy te osoby zdymisjonować. Ten zespół powinien być przebudowany od początku i złożony z osób posiadających stosowne kompetencje, unikając zwłaszcza kandydatów, którzy mogą w najmniejszym nawet stopniu wywoływać podejrzenie zachodzenia konfliktu interesów.

Wydaje się, że jesteśmy od krok od przepaści i mam nadzieję, że się cofniemy.

Źródło:

pubmedinfo.org

Giuliani mówi, że `szybko wraca do zdrowia' po pozytywnym teście na COVID-19



Były burmistrz Nowego Jorku Rudy Giuliani powiedział w niedzielę, że „szybko dochodzi do siebie” i podziękował swoim sympatykom po pozytywnej diagnozie wirusa KPCh.

„Dziękuję wszystkim moim przyjaciołom i zwolennikom za wszystkie modlitwy i życzenia. Mam dobrą opiekę i czuję się dobrze. Szybko wracam do zdrowia i jestem na bieżąco – powiedział prawnik w [poście w mediach społecznościowych](#) .

Prezydent Donald Trump [ogłosił wcześniej w niedzielę wiadomość](#), że Giuliani zaraził się [wirusem Komunistycznej Partii Chin \(KPCh\)](#), który zdewastował Stany Zjednoczone i inne państwa na całym świecie. Prezydent nie skomentował stanu zdrowia Giulianiego, ale życzył dobrze 76-latkowi.

Giuliani, który stoi na czele wysiłków prawnych kampanii Trumpa w celu zapewnienia integralności wyborów, uzyskał negatywny wynik testu na obecność wirusa bezpośrednio przed

jego podróżą do Arizony, Michigan i Georgii, według zespołu prawnego Trumpa. Podróżował do tych stanów, aby przeprowadzić przesłuchania z ustawodawcami stanowymi w sprawie zarzutów fałszowania wyborów.

Zespół prawny Trumpa powiedział również, że burmistrz nie doświadczył żadnych oznak ani objawów ani nie uzyskał pozytywnego wyniku na obecność wirusa przez ponad 48 godzin po powrocie.

„Żaden prawodawca w żadnym stanie ani członkowie prasy nie figurują na liście śledzenia kontaktów zgodnie z aktualnymi wytycznymi CDC” – dodał zespół.

Powiedzieli, że członkowie zespołu prawników, którzy mieli „bliski kontakt” z Giulianiem, teraz przestrzegają oficjalnych wytycznych lekarzy i służby zdrowia w zakresie samoizolacji i testów.

Wcześniej 6 grudnia Giuliani udzielił wywiadu Marii Bartiromo z Fox News i nie wydawał się wykazywać żadnych objawów.

W programie Giuliani odniósł się do nagrania wideo z monitoringu State Farm Arena w Atlancie, które [pokazywało](#) urzędników wyborczych wyciągających czarne pojemniki na kółkach spod stołu po odesłaniu do domu obserwatorów sondaży i pracowników wyborczych. Przedstawiciele stanu powiedzieli, że proces ten nie był niezwykły, ale nie odpowiedzieli na kluczowe pytania zadane przez zespół Trumpa, kiedy skomentowali wideo podczas przesłuchania w legislaturze stanu Georgia.

Stało się to po tym, jak syn Giulianiego, Andrew Giuliani, który obecnie służy jako specjalny asystent prezydenta Donalda Trumpa, uzyskał pozytywny wynik testu na obecność wirusa w zeszłym miesiącu. Młodszy Giuliani [napisał na Twitterze](#), że „doświadczał łagodnych objawów” choroby wywoływanej przez wirusa KPCh i „przestrzegał wszystkich odpowiednich protokołów”, takich jak kwarantanna i śledzenie kontaktów.

CDC zaleca by ludzie nosili maseczki podczas wystąpień publicznych i kiedy są wśród ludzi, którzy nie mieszkają z nimi w celu zapobieżenia rozprzestrzenianiu się wirusa.

Jack Phillips przyczynił się do powstania tego raportu.

Analiza ulotki szczepionki na COVID-19 [video]



Poniżej filmik znaleziony na Facebooku gdzie Robert Brzoza analizuje ulotkę szczepionki na COVID-19 firmy Pfizer.

Filmik można obejrzeć także na naszym bitchute [pod tym linkiem](#).

„Podobnie jak podczas II wojny światowej” – norweskie wojsko patroluje granica w

celu egzekwowania przepisów dotyczących COVID



Według [doniesień](#) Norwegia rozlokowała wojsko w punktach kontrolnych wzdłuż granicy ze Szwecją w celu egzekwowania przepisów dotyczących podróży w związku z koronawirusem.

Mieszkańcy twierdzą, że kontrole graniczne nadzorowane przez wojsko przypominają czasy II wojny światowej.

„To ogromna zmiana” – powiedział mieszkaniec Mory w Szwecji, który został zmuszony do wymiany prezentów świątecznych z rodziną swojej żony na środku drogi dzielącej oba kraje.

Mężczyzna powiedział, że często przebywa w domu rodzinnym tuż za granicą, ale w tym roku norwescy żołnierze uniemożliwili im przejście.

„Norwegia aktywnie działa, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się infekcji i dlatego zdecydowała się ściśle monitorować przejścia graniczne ze Szwecją z siłami wojskowymi Straży Krajowej”, informuje [SamNytt](#).

„Szwedzki reporter na przejściu granicznym w Dalarna powiedział, że sytuacja jest podobna do tego, jak wyglądała podczas II wojny światowej”.

Aby Szwedzi mogli w tej chwili wjechać do Norwegii, muszą najpierw przedstawić negatywny test na COVID-19, a 10-dniowa kwarantanna jest nadal wymagana.

Źródło:

europe.infowars.com

Za naruszenie jakich obostrzeń przedsiębiorcy mogą stracić pomoc publiczną – pyta rzecznik MŚP



Rzecznik MŚP Adam Abramowicz pyta, za naruszenie jakich nakazów, zakazów i ograniczeń wprowadzonych w związku z epidemią przedsiębiorcy mogą stracić pomoc publiczną. Zwrócił się do ministra rozwoju o wydanie objaśnień prawnych do ustawy przewidującej takie rozwiązanie.

Zgodnie z ustawą w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, tzw. „ustawą o dobrym Samarytaninie”, naruszenie przez przedsiębiorcę ograniczeń, nakazów i zakazów ustanowionych w związku z epidemią (wirusa KPCh – przyp. redakcji) może być podstawą do odmowy udzielenia pomocy publicznej. Przedsiębiorcy ubiegający się o taką pomoc są zobowiązani złożyć oświadczenie (pod rygorem odpowiedzialności karnej), że w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej nie naruszyli żadnych obostrzeń.

Ustawa została uchwalona przez Sejm 28 października, miesiąc później została [opublikowana w Dzienniku Ustaw](#). Obowiązuje od 29 listopada.

Abramowicz [zwrócił uwagę](#), że zapis dotyczący pozbawienia pomocy publicznej budził niepokój przedsiębiorców od początku prac nad ustawą. „Rzecznik Małych i Średnich Przedsiębiorców zarówno na etapie prac sejmowych, jak również senackich kierował swoje uwagi i zastrzeżenia do tej regulacji, postulując jej usunięcie” – przypomniał Abramowicz.

Zaznaczył, że wobec pozostawienia regulacji potrzebne jest wyjaśnienie, za naruszenie jakich obostrzeń i w jakich sytuacjach przedsiębiorcy mogą stracić wsparcie w postaci pomocy publicznej. Dlatego skierował do wicepremiera i ministra rozwoju, pracy i technologii Jarosława Gowina wniosek o wydanie objaśnień prawnych.

„W ocenie Rzecznika MŚP, przepisy art. 23 ustawy antycovidowej należy rozumieć w ten sposób, że odpowiedzialność przedsiębiorcy będzie dotyczyć wyłącznie naruszenia tych obostrzeń, które wiążą się z prowadzoną przez niego działalnością (np. podanie posiłku na miejscu w lokalu po godzinach, gdy jest to dozwolone), nie będzie zaś dotyczyła naruszenia takich obostrzeń, które pozostają bez związku z prowadzoną działalnością oraz po godzinach pracy przedsiębiorstwa (np. nieprzestrzeganie obowiązkowej kwarantanny lub naruszenie ograniczeń związanych z uczestniczeniem w zgromadzeniach publicznych)” – napisał Abramowicz w liście do Gowina.

„Przedsiębiorcy nie powinni również odpowiadać za naruszenia dokonane przez osoby, za które nie ponoszą odpowiedzialności (np. klientów sklepu niestosujących się do obowiązku zakrywania ust i nosa), co wydaje się oczywiste, ale na gruncie przedmiotowej regulacji budzi wątpliwości” – dodał rzecznik MŚP.

Wielka Brytania wdraża wojskowy oddział INFOWAR do walki z przeciwnikami szczepionek na COVID



Rząd brytyjski zmobilizował elitarną jednostkę ds. „Wojny informacyjnej”, aby zwalczać „bojowników antyszczepionkowych” i przerywać ich „propagandowe treści” w Internecie, według raportu [The Sunday Times](#).

Raport (za zaporą) mówi, że jednostka jest zwykle używana do pomocy w operacjach przeciwko Al-Kaidzie i Talibom, ale teraz zostanie skierowana do tych, którzy odważą się kwestionować świętość szczepień przeciwko COVID.

The army has mobilised an elite “information warfare” unit renowned for assisting operations against al-Qaeda and the Taliban to counter online propaganda against vaccines, as Britain prepares to deliver its first injections within days.
<https://t.co/7JY2gl0oMj>

– The Times and The Sunday Times (@thetimes) [November 29, 2020](#)

W raporcie odnotowano ponadto, że jednostka znana jako „Obronna jednostka specjalistyczna ds. Kultury” powstała w Afganistanie w 2010 r. i jest częścią 77. Brygady armii.

„Sekretna jednostka często pracowała ramie w ramie z psychologicznymi zespołami operacyjnymi” – dodaje raport.

Fajnie... Rząd zatrudniający wojsko do używania psyopsów w społeczeństwie, aby nikt nie odstępował od akceptowalnej opinii na temat szczepionki.

<https://www.bitchute.com/video/aQy7BsMzBQnI/>

The Times twierdzi, że ruch został ujawniony przez dokumenty, które „wyciekły”.

„Żołnierze już monitorują cyberprzestrzeń pod kątem zawartości Covid-19 i analizują, w jaki sposób obywatele Wielkiej Brytanii są atakowani w Internecie”, twierdzi.

Oczywiście rząd twierdzi, że w grę wchodzi Rosjanie... sposób na zmylenie ludzi i zaakceptowanie egzekwowania przez szpiegów grupowego myślenia.

„Gromadzi również dowody dezinformacji o szczepionkach z wrogich państw, w tym Rosji” – czytamy w raporcie.

Dokładnie to, co stanowi „dezinformację” dotyczącą szczepionek, będzie zależało od rządu i prawdopodobnie każdy, kto wskaże potencjalne skutki uboczne szczepień lub kwestionuje ideę nakazania szczepienia stanie się celem, czy to dosłownie przez prawo, czy też przez [uniemożliwienie uczestniczenia w życiu społecznym](#).

Po tym, jak „wyciek” wyszedł na jaw, brytyjskie Ministerstwo Obrony stwierdziło, że jednostka „nie jest skierowana do ludności Wielkiej Brytanii”, a jedynie do „wrogich zagranicznych aktorów”.

Dobra.

Podobnie jak [jednostka strachów GCHQ w Downing Street 10](#) również nie jest skierowana do opinii publicznej.

Dwa tygodnie temu [The London Telegraph](#) (Paywall) ujawnił, że szpiegdy z najbardziej tajnej brytyjskiej organizacji wywiadowczej i bezpieczeństwa osadzili „komórkę” w sercu rządu, aby dostarczać premierowi Borisowi Johnsonowi w czasie rzeczywistym informacji dotyczących ruchów społeczeństwa.

Words we didn't expect to read in 2020:

"GCHQ analysts have been given access to mobile phone data to track the public's movements during the national lockdown. The up-to-the-minute reports on compliance are passed to the Prime Minister" <https://t.co/SKqk5uRw0z>

– Big Brother Watch (@BigBrotherWatch) [November 19, 2020](#)

[Daily Mail](#) donosi również o rozwoju sytuacji, w której odnotowano, że GCHQ, którego zwykle zadaniem jest szpiegowanie terrorystów i obcych mocarstw, zostało skierowane do brytyjskiej opinii publicznej, aby ocenić, czy ludzie przestrzegają COVIDowych 'zasad', czy też nie, oraz zwalczać materiały anty-szczepionkowe.

Przemawiając [anonimowo do London Times](#) w listopadzie, źródło zauważyło, że „GCHQ otrzymało nakaz o usunięciu materiałów anty-szczepionkowych online i w mediach społecznościowych. Mają swoje sposoby, do monitorowania i zakłócania propagandy terrorystycznej”.

W raporcie zauważono, że agencja szpiegowska rozważała usunięcie stron internetowych i treści, które nie sprzyjają szczepieniom, a także „przeszkadzanie” osobom tworzącym te treści, „używając zestawu narzędzi opracowanych w celu zwalczania dezinformacji i materiałów rekrutacyjnych

rozpowszechnianych przez Państwo Islamskie”.

Według eksperta, COVID-19 zahamował walkę z AIDS



O ponad 50 proc. spadła w tym roku w Polsce wykrywalność nowych przypadków HIV – wynika z danych Państwowego Zakładu Higieny. Powodem jest zmniejszenie liczby wykonywanych testów w związku z pandemią COVID-19 – ocenia specjalistka w dziedzinie chorób zakaźnych dr Maria Jankowska.

1 grudnia obchodzony jest Światowy Dzień AIDS. Poprzedza go Europejski Tydzień Testowania, którego głównym celem jest zachęcenie jak największej liczby osób do sprawdzenia swojego statusu serologicznego w kierunku HIV. Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne działają we wszystkich województwach w Polsce z uwzględnieniem obowiązujących aktualnie zasad reżimu sanitarnego. Ich pełna lista jest dostępna na stronie krajowego Centrum ds. AIDS (<https://aids.gov.pl/pkd/>).

Badanie w kierunku HIV można wykonać bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo – po uprzednim telefonicznym umówieniu wizyty w punkcie, a od niedawna także samodzielnie w domu. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie Fundacji Edukacji Społecznej: (www.fes.edu.pl) i pod numerem bezpłatnej infolinii – 800 14 14 23.

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wskazują, że do połowy listopada 2020 r. wykryto w naszym kraju 708 zakażeń HIV, podczas gdy w analogicznym okresie ubiegłego roku było ich 1520. Oznacza to spadek liczby nowo wykrytych przypadków aż o 53 proc.

Jest to o tyle niepokojące, że wczesne wykrycie infekcji HIV pozwala wdrożyć skuteczną terapię szybko. Dzięki temu osoby z HIV mogą równie długo cieszyć się życiem, jak osoby zdrowe.

„W czasie lockdownu zostały zamknięte punkty konsultacyjno-diagnostyczne, w których są wykonywane anonimowe testy w kierunku HIV. A po ich otwarciu zaobserwowaliśmy mniejszą frekwencję” – mówiła dr Maria Jankowska z Poradni Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności w Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku na listopadowej konferencji pt. „Choroby zakaźne – najnowsze doniesienia”, która odbywała się online.

Jak dodała specjalistka, efektem tego był spadek liczby wykonywanych testów na przełomie lipca-września aż o 40 proc. w porównaniu latami poprzednimi. „To nie znaczy, że zmniejszyła się liczba zakażonych, tylko po prostu mniej osób się testuje” – dodała.

Ponieważ zakażenie HIV u większości pacjentów długo przebiega bezobjawowo, liczba nowo wykrytych zakażeń zależy w znacznej mierze od liczby wykonywanych testów. Tymczasem z różnych badań wynika, że tylko niespełna 10 proc. Polaków kiedykolwiek sprawdziło swój status serologiczny. Oznacza to, że część osób żyjących z HIV nie została jeszcze zdiagnozowana.

Eksperci szacują, że w rzeczywistości liczba osób zakażonych wirusem jest w naszym kraju o kilka tysięcy wyższa, niż pokazują statystyki Krajowego Centrum ds. AIDS. I może wynosić nie 25,5 tys. ale 30-35 tys.

„Wśród przypadków niezdiagnozowanych sporą część stanowią tzw. zakażenia zaawansowane, które są rozpoznawane bardzo późno, po

8-10 latach od zakażenia. Zjawisko to jest obecne we wszystkich krajach Europy. Ponad połowa tych przypadków dotyczy kobiet. Wśród późnych rozpoznań istotną grupę stanowią również osoby powyżej 50. roku życia” – powiedziała dr Jankowska. Według niej oznacza to, że przez 8-10 lat osoby nieświadome swojego zakażenia przenoszą wirusa na innych. „Nie mówiąc o tym, że późne rozpoznanie, w pełnoobjawowym AIDS wiąże się z ryzykiem ciężkiej choroby i zgonu. Nie zawsze bowiem w takiej sytuacji udaje się nam pacjenta uratować, choć narzędzi mamy bardzo dużo i jest to znacznie bardziej korzystna sytuacja niż przed laty” – zaznaczyła.

Inaczej jest, gdy zakażenie rozpoznane zostanie wcześniej. Nie można go wprawdzie wyleczyć, tak jak nie można usunąć wirusa z organizmu, ale dostępna terapia antyretrowirusowa (w skrócie ARV) – stosowana zgodnie z zaleceniami lekarza – hamuje postęp choroby. W efekcie osoby z HIV mogą normalnie pracować, zakładać rodziny, mieć zdrowe dzieci i – co ważne – żyć tak samo długo jak osoby niezakażone.

Dlatego kluczowe jest testowanie się w kierunku zakażenia HIV. Terapia daje bowiem najlepsze efekty, gdy zostanie wdrożona możliwie szybko po infekcji, zanim liczba limfocytów CD4 (komórek odporności atakowanych przez HIV) spadnie do niskiego poziomu. Tacy pacjenci mają najlepsze rokowania.

„Celem terapii jest redukcja zachorowalności i śmiertelności, żeby ci pacjenci nie chorowali i nie umierali na choroby związane z zakażeniem HIV. Ale celem jest również zapobieganie transmisji zakażenia. Ktoś kto jest leczony, nie zakaża” – podkreśliła dr Jankowska.

Prowadzone w wielu ośrodkach badania wykazały, że u 90 proc. pacjentów, którzy są prawidłowo leczeni, ilość wirusa we krwi znajduje się poniżej poziomu zakaźności (czyli poniżej 200 kopii HIV RNA/ml). W konsekwencji w organizmach pacjentów zmniejsza się aktywność HIV i jego szkodliwy wpływ na układ odpornościowy, co zabezpiecza przed rozwinięciem się AIDS, a

ponadto, osoby te przestają być źródłem zakażenia dla innych. Tym samym zmniejsza się ryzyko transmisji HIV w zdrowej populacji.

Źródło: PAP

Teleporady w pewnych obszarach sprawdziły się. Po zakończeniu pandemii ten sposób konsultacji będzie kontynuowany



Teleporady w pewnych obszarach sprawdziły się; chodzi tu przede wszystkim o choroby przewlekłe. W wielu przypadkach konsultacja telefoniczna jest jednak niedopuszczalna, chodzi zwłaszcza o dzieci – oceniła dr n. med. Elżbieta Kryj-Radziszewska z Collegium Medicum UJ w Krakowie.

Zdaniem dr Kryj-Radziszewskiej, teleporady sprawdziły się w przypadku pacjentów prowadzonych przez jednego lekarza, cierpiących na choroby przewlekłe i potrzebujących wystawienia recepty na kontynuację terapii. Lekarz, który zna historię choroby takiego pacjenta, może na podstawie rozmowy stwierdzić, jak go dalej prowadzić, czy zmienić dawkowanie

leku, czy przepisać nowy.

Teleporada nie zawsze daje jasny obraz problemu

„Do teleporad w takich sytuacjach lekarze i pacjenci już się przyzwyczaili i myślę, że po zakończeniu [tzw.] pandemii ten sposób konsultacji będzie chwalony” – oceniła dr Kryj-Radziszewska, specjalizująca się w medycynie rodzinnej i pediatrii.

Kolejnym plusem teleporad jest, według lekarza, brak tłumów w poradniach, a co za tym idzie – większe bezpieczeństwo dla pacjentów, którzy zgłaszają osobiście, i dla personelu medycznego.

Ekspert pochwaliła także zapowiadany na od stycznia 2021 obowiązek wypisywania e-skierowań do poradni specjalistycznych; już teraz niektóre placówki coraz chętniej wystawiają i realizują e-skierowania. „Znając pacjenta i schorzenie takie skierowanie można wypisać bez wychodzenia pacjenta z domu. Pacjent nie musi przychodzić do poradni jedynie po dokument w formie papierowej” – powiedziała PAP specjalista.

Odnosząc się do teleporad jako formy kontaktu z pacjentem dr Kryj-Radziszewska przyznała, że w dłuższej perspektywie czasu taka forma konsultacji jest męcząca dla samego lekarza i w wielu przypadkach nie może zastąpić tradycyjnego spotkania.

Bezwzględnie – jak podkreśliła – osobiście w poradniach powinni zjawiać się rodzice z dziećmi do drugiego roku życia, a i w przypadku starszych dzieci ważna jest taka wizyta. Dzieci to ta grupa chorych, u których – zwróciła uwagę ekspert – zebrany wywiad w trakcie teleporady nie zawsze daje jasny obraz problemu, a komunikacja niewerbalna z rodzicami i małego pacjenta może być bardzo pomocna.

Teleporady: „to wbrew pozorom jest czasochłonne”

„W przypadku badań przed szczepieniem i samego szczepienia czy bilansów sześciolatków teleporada też nie wchodzi w grę” – powiedziała specjalista z Collegium Medicum UJ. W tym momencie na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) spoczywa też obowiązek wypisywania skierowań na testy w kierunku COVID-19 oraz prowadzenia pacjentów w izolacji, w tym wykonanie telefonu do pacjenta w ósmej dobie izolacji w celu sprawdzenia jego stanu zdrowia. „To wbrew pozorom też jest czasochłonne. Podczas rozmowy odpowiadamy na pytania pacjenta. Nieraz takie telefony wykonujemy kosztem innej teleporady czy wizyty” – opisywała lekarz.

Zapytana o zachowania osób z podejrzeniem COVID-19 przyznała, że nie wszyscy chcą się udać na testy. „Zaczyna się roszada. Wielu chce uniknąć testowania. Często biorą skierowanie, ale potem dowiadujemy się, że sami narzucili sobie autoizolację i na test się nie udali” – powiedziała.

Według jej szacunków, dziennie 60-70 proc. czasu lekarze rodzinni poświęcają na teleporady, w tym telefony do osób w izolacji. Jeśli chodzi o pediatrów, to starają się oni wszystkie dzieci przyjąć w gabinecie.

Dr Elżbieta Kryj-Radziszewska zwróciła uwagę na jeszcze jedną sprawę związaną z wizytami osobistymi w niektórych poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. Chodzi o obecność studentów VI roku wydziału lekarskiego w trakcie przyjęć dzieci. Opiekun dziecka często ma wątpliwości co do takiej obecności praktykantów i pyta, dlaczego z dzieckiem może wejść tylko jeden opiekun, podczas gdy w pomieszczeniu może przebywać jeszcze dwóch studentów. „Studenci są bardzo potrzebni, robią wiele dobrego. Teraz obecność w czasie wizyty jest dla nich jedyną praktyczną możliwością uczenia się i poznawania specyfiki pracy POZ i problemów pacjentów zgłaszających się do POZ” – zaznaczyła lekarz.

Autor: *Beata Kołodziej*