

Wstępne wyniki badań nad amantadyną



Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, kierownik Kliniki Neurologii SPSK Nr 4 i lider projekt badawczego „Zastosowanie amantadyny w zapobieganiu progresji i leczeniu objawów COVID-19 u pacjentów zarażonych wirusem SARS-CoV-2” zaprezentował wstępne wyniki prowadzonego badania. Wnioski nie są jednoznaczne z dotychczasowymi rezultatami badania leku przeprowadzonego na Śląsku.

Wstępne wyniki badania klinicznego z wczesną interwencją terapeutyczną z zastosowaniem amantadyny u pacjentów z infekcją SARS-CoV-2

Projekt badawczy finansowany przez Agencję Badań Medycznych w realizacji niekomercyjnego badania klinicznego:

„Zastosowanie amantadyny w zapobieganiu progresji i leczeniu objawów COVID-19 u pacjentów zarażonych wirusem SARS-CoV-2”

Ośrodki realizujące

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie; Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne; Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

3. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w

Grudziądzu

4.Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszakowie

5.Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

6.Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie

7.SPZOZ Kalwaria Zebrzydowska, Kalwaria Zebrzydowska, Poland

8.Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

Cel badania

Ocena w badaniu podwójnie zaślepionym z kontrolą placebo skuteczności stosowania produktu leczniczego amantadyny we wczesnym stadium COVID-19 w zapobieganiu jego progresji w kierunku ostrej niewydolności oddechowej i następstw neurologicznych.

Przebieg badania

Uczestnikami są pacjenci zarażeni wirusem SARS-CoV-2 i obciążeni czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 (wiek i choroby współistniejące). Nie później niż w 5 dniu po potwierdzeniu badaniem laboratoryjnym infekcji wirusem SARS-CoV-2 amantadyna lub placebo dodawana jest do standardowej opieki medycznej.

Wyniki analizy połówkowej

Spośród około 500 pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 i objętych wczesną opieką medyczną w 7 ośrodkach klinicznych (aktywna rekrutacja), do badania włączono i poddano

randomizacji 110 pacjentów. Wstępną analizę oceny bezpieczeństwa i skuteczności terapeutycznej wykonano u 93 uczestników badania klinicznego w obu grupach (Placebo vs Amantadyna), którzy ukończyli okres obserwacji 15 dniowej (faza podwójnie zaślepienia). W dniu włączenia do badania (Dzień 1) hospitalizacji wymagało 19,6% pacjentów, którzy zostali zrandomizowani do przyjmowania amantadyny i 14,6% pacjentów którzy wylosowali przyjmowanie placebo, natomiast pozostali uczestnicy pozostawali w obserwacji ambulatoryjnej.

U większości pacjentów w obu grupach zaobserwowano łagodny przebieg choroby. **Stwierdzono trend w kierunku skuteczności amantadyny**, wyrażający się w dniu 15 wyższym odsetkiem pacjentów bezobjawowych (62% amantadyna vs. 52% Placebo) oraz ciężkich powikłań i zgonu (amantadyna 0% vs. Placebo 4,6%). W analizie bezpieczeństwa odnotowano 41 zgłoszeń efektów niepożądanych (17 w grupie otrzymującej amantadynę i 24 w grupie otrzymującej placebo). 10 zgłoszeń określono jako umiarkowanie ciężkie (4 w grupie z amantadyną i 6 w grupie z placebo) oraz 1 jako ciężkie (0 w grupie z amantadyną i 1 jako zgon w grupie z placebo).

Badanie jest kontynuowane celem oceny wpływu amantadyny na występowanie opóźnionych powikłań COVID-19 (tzw. zespół post-COVID-19).

Podsumowanie

Wyniki badań wczesnej obserwacji uczestników badania klinicznego (15 dni) wykazały:

1. Pozytywny profil Korzyści do Ryzyka (B/R) w leczeniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 dla uczestników badania klinicznego w grupie z Amantadyną.
2. Obserwowano łagodny przebieg u większości pacjentów i 0,93% śmiertelność w całej populacji uczestniczącej w badaniu (2,4% w grupie placebo i 0% w grupie przyjmującej amantadynę).

3. W związku z realizacją niniejszego badania klinicznego około 500 chorych uzyskało kwalifikowaną pomoc medyczną w związku z rozpoznaniem potwierdzonego laboratoryjnie zakażenia wirusem SARS-COV-2 w ramach wizyt preselekcyjnych.
4. Agencja Badań Medycznych zdecydowała o dalszym kontynuowaniu badania klinicznego w oparciu o wstępne wyniki, z planowaną rekrutacją do 15.04.2022 w części podwójnie zaślepionej oraz przedłużenia obserwacji w części otwartej przez kolejne 6 miesięcy.

– Nasze wstępne wyniki badań wczesnej interwencji z zastosowaniem amantadyny są interesujące i wskazują na trend w kierunku skuteczności leku u pacjentów włączonych do badania w ciągu 5 dni od potwierdzenia zakażenia przy braku istotnych działań niepożądanych. Cieszymy się, że mamy zgodę ABM na kontynuację badania – mówi prof. dr hab. Konrad Rejdak, kierownik badań.

Powyższe dane mają charakter opisowy i nie mają znamienności statystycznej na obecnym etapie realizacji badania. Dane opisowe nie stanowią podstawy do formułowania wiążących wniosków końcowych.

Źródło: Samodzielny Pu**bliczny Szpital kliniczny nr 4 w Lublinie**

**Niewygodna AMANTADYNA i
niewiarygodne badania**



Jak informuje portal prawo.pl „Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta wydał decyzję dotyczącą przychodni Optima z Przemyśla, w której przyjmuje Włodzimierz Bodnar. Rzecznik uznał, że placówka stosując amantadynę narusza zbiorowe prawo pacjentów do leczenia zgodnego aktualną wiedzą medyczną, i zakazał stosowanie tego leku w leczeniu Covid-19. Z kolei resort zdrowia poinformował, że w leczeniu szpitalnym amantadyna jest nieskuteczna.”

„- Jako Rzecznik Praw Pacjenta, kierując się troską o bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów, nie mogę podjąć innej decyzji niż zakazać stosowania amantadyny do czasu, kiedy badania naukowe potwierdzą jej skuteczność – mówi Bartłomiej Chmielowiec. W Polsce od kwietnia 2021 roku takie badania prowadzą dwa zespoły badawcze: Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie pod kierownictwem prof. Konrada Rejdaka oraz z Górnośląskiego Centrum Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach pod kierownictwem prof. Adama Barczyka. W projekcie realizowanym przez SUM uczestniczy też Włodzimierz Bodnar, specjalista chorób płuc, pediatra w NZOZ „Optima” w Przemyśle, podmiotu, w sprawie którego decyzję wydał RPP. Oba projekty finansuje Agencja Badań Medycznych – wydała na nie blisko 15 mln zł. W piątek 11. lutego 2022 roku na konferencji prasowej Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że badania prof. Barczyka wykazały, że amantadyna jest **nieskuteczna w szpitalnym leczeniu Covid-19.**”

„- Całość materiału dowodowego, w tym ostatecznie informacje uzyskane z Agencji Badań Medycznych wskazujące na niezasadność kontynuacji badania klinicznego i brak efektywności amantadyny w badanej populacji, dały podstawy do uznania, że leczenie

Covid-19 przy zastosowaniu amantadyny jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Amantadyna nie jest zalecana w leczeniu COVID-19 w żadnych rekomendacjach – polskich czy europejskich. Również w wytycznych amerykańskich nie znajdujemy zaleceń stosowania amantadyny przypadku COVID-19. Amantadyna nie jest też zalecana w rekomendacjach WHO. Nie ma obecnie żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność i bezpieczeństwo leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny – czytamy w komunikacie na stronie Rzecznika Praw Pacjenta. Dlatego rzecznik wydał decyzję, że NZOZ „Optima” z Przemyśla naruszył zbiorowe interesy pacjentów, o czym poinformował w piątek.

„Tego dnia zostały też przedstawione pierwsze wyniki badań działania amantadyny w leczeniu Covid-19. Jak mówił prof. Adam Barczyk, badania nad amantadyną zostały przeprowadzone na próbie 149 chorych na COVID-19 **przebywających w szpitalu**. 78 chorych otrzymało amantadynę, a 71 placebo. – Wyniki pokazują, że nie ma żadnych różnic pomiędzy grupą pacjentów we wczesnej fazie z umiarkowanym bądź ciężkim COVID-19 leczonych amantadyną, a grupą pacjentów przyjmujących placebo – zaznaczył profesor i zwrócił się do prezesa Agencji Badań Medycznych o zaprzestanie rekrutacji pacjentów i zakończenie badania. – Przedstawione dziś wyniki badań przerywają dyskusję na temat skuteczności leczenia amantadyną chorych na COVID-19 przebywających w szpitalu – podkreślił Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych. Zaznaczył, że wkrótce zostaną przedstawione wyniki badania stosowania amantadyny wśród pacjentów ambulatoryjnych, czyli leczonych w przychodniach. **Decyzja RPP dotyczy zaś przychodni.**„

Zastanawiająca jest decyzja i kategoryczna opinia RPO o braku skuteczności i bezpieczeństwa leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny, jeśli przedstawione zostały tylko wyniki badań nad pacjentami hospitalizowanymi. Podkreślmy jeszcze raz – badania nad pacjentami leczonymi w przychodni NADAL trwają, zaś RPP kategorycznie zakazuje stosowania amantadyny...

Doktor Bodnar – dzięki, którego doświadczeniu możemy nieść skuteczną pomoc naszym pacjentom, podzielił się na [profilu Przychodni Lekarskiej Optima w Przemyśle](#) obserwacjami dotyczącymi powyższych decyzji, opinii i metodologii przeprowadzania badań nad amantadyną:

„Przedstawione na piątkowej konferencji Ministerstwa Zdrowia wyniki badań nad amantadyną rodzą bardzo duże wątpliwości, a wyniki nie można uznać za wiążące.

1. Była za mała grupa pacjentów z naukowego punktu widzenia, by wyciągnąć istotnie statystyczne wnioski. Nie bez powodu badanie zostało zaplanowane na 500 osób, co było poparte głęboką analizą matematyczną i aprobatą ekspertów ABM. Na małej populacji trudno udowodnić znamienne różnice statystyczne w badaniu klinicznym, aby było ono wiarygodne i zasadne w świecie naukowym.

2. Powolna rekrutacja w badaniu. Większość ośrodków nie rekrutowała (z 17 raptem 3-4 realnie rekrutowały). Część (jak na przykład Kraków) nie zrekrutowała ani jednego pacjenta przez rok !! Przez co mamy ledwo 150 osób. A dawno powinno być 500.

3. Przez szpitale w ciągu ostatniego roku przewinęło się nawet do 200 000 osób z COVID-19, a nie można było znaleźć 500.

4. Usunięcie 16 pacjentów z badania (10% grupy) w związku z wycofaniem ich zgody budzi wątpliwości. Nie wiemy, co było powodem. Przez to, że badanie zostało przerwane, pacjenci nie są równo rozłożeni w grupach (78 vs 71). Spowodowało to różnicę wielkości między grupami na poziomie 10%. Przez co badanie sens stricte przestaje być randomizowane i zarazem grupa kontrolna nie jest miarodajna ze względu na zakończenie niezgodne z protokołem badania. Wycofało się ponad 10% osób z grupy placebo. W skrajnym przypadku, jeśli to były same zgony, amantadyna mogła wykazać dość dużą skuteczność.

5. Obecne badanie wskazuje 'przy okazji' nieskuteczność remdesiviru. Cały czas są sprzeczne informacje, raz ten lek działa, raz nie działa, raz bardzo szkodzi. Jednak ten wynik nie powoduje zakazu stosowania i wycofania z leczenia szpitalnego. Ale jednocześnie zakazuje stosowania amantadyny w przychodni. Dlaczego?

6. Dlaczego analizę danych badania wykonano i przedstawiono z pominięciem podmiotu odpowiedzialnego za badanie, firmy CR0?

7. Skuteczność może zmieniać się diametralnie w zależności od wielkości grupy. Nie jest prawdą, że na grupie 149 da się wyciągnąć wiarygodne dane do przerywania badania. Przykładem jest badanie Molnupiravir (Lagevrio). Przy grupie 775 pacjentów wykazywał 50%, podczas gdy zwiększono grupę do 1400, spadła ona aż do 30%. Według analizy pewności wyniku grupa 775 jest na tyle dużą grupą, że powinna dać dość dokładne wyniki. A tak się nie stało, różnica jest diametralna. Jednocześnie w amantadynie założono wynik za pewny.

W związku z powyższym, przerywanie badania przed czasem i założoną ilością pacjentów jest niezgodne z protokołem. Podważa wiarygodność naukową badania i finalnie pozostawia otwartą dalszą dyskusję.

Jestem zdziwiony postawą Pana Profesora Adama Barczyka. Postawa Pana Profesora na konferencji prasowej wskazywała, że badanie przebiegało bez przeszkód i udało się uzyskać założony cel, były podziękowania za wszystko i dla wszystkich. Prawdopodobnie jest to związane z chęcią zachowania wysokiego profesjonalizmu prezentowanego przez Pana Profesora – chęć eleganckiego zamknięcia problemu, w który niechcący się wdepnęło. Niestety z perspektywy badania, inicjatorów oraz opinii publicznej pozostał ogromny niesmak, jak to badanie faktycznie przebiegało. Wielokrotnie rozmawialiśmy razem i wskazywaliśmy na trudności. Te ogromne przeciwności prawdopodobnie nie były przypadkowe i ich celem było spowolnienie i niedokończenie badania. Wszyscy wiemy, że

został Pan kompletnie sam, bez jakiejkolwiek pomocy i wsparcia. Ośrodki nie chciały rekrutować pacjentów, lekarze nie odbierali telefonów tygodniami, a ABM oczekiwał ogromnej ilości dokumentacji i planów naprawczych, samemu nie oferując żadnych narzędzi i pomocy, aby to badanie przyspieszyć. Prawdopodobnie skorzystał Pan z propozycji Ministerstwa, aby badanie zamknąć przy najbliższej okazji, bo i tak nie udałooby się go pewnie zakończyć w wyznaczonym terminie ABM, a tym samym uniknąć ewentualnych konsekwencji z tym związanych.

Nie wspomniał Pan, że z 17 klinik raptem 3-4 aktywnie brało udział. A gdzie była reszta? Przecież te kliniki same się zgłosiły do tego badania! Większość nie zrekrutowała ani jednego pacjenta przez rok. Obecnie w szpitalach przebywa około 18 000 pacjentów. Przez rok pacjentów z powodu COVID-19 mogło być nawet 200 000 i nie znalazło się nawet 500 dla tego badania? Na próby wpłynięcia na ośrodki, które nie rekrutowały (jak choćby Kraków, czy Białystok), nie chciały reagować żadne urzędy, instytucje, ani ABM. Twierdziły, że to problem badania, a nie interes Polaków. Cała wina miała być Pana, bo nie dotrzymałby Pan umowy. Dlatego rozumiemy, dlaczego tak Pan postąpił. Uważamy jednocześnie, że powinno rozpocząć się śledztwo, które ukazałoby drugie dno i realne powody, dlaczego to badanie nie zostało dokończzone. Przygotowana konferencja miała także upokorzyć Pana Ministra Macieja Miłkowskiego, który razem z Ministrem Marcinem Warchołem walczyli o to badanie. Zapewne nie jest też zaskoczeniem, że na konferencji zupełnym przypadkiem (?) pojawił się już z gotową decyzją Rzecznik Praw Pacjenta, Bartłomiej Chmielowiec – z decyzją o zakazie stosowania amantadyny przez Przychodnię Lekarską Optima w Przemyślu. Która przecież nie jest szpitalem, a przychodnią i leczy pacjentów ambulatoryjnie. Skąd znane były wyniki profesora Barczyka tak wcześnie? I co z wynikiem profesora Rejdaka, który jeszcze ich nie ma? Czyżby Rzecznik Praw Pacjenta miał wyniki także drugiego badania przed jego ogłoszeniem? Czy może wyniki już z góry są znane, zanim sam profesor Rejdak je pozna? Bo trudno uwierzyć, że po takiej

'szopce', raptem za 10 dni, Rzecznik Praw Pacjenta wycofa swoją decyzję, gdy poznamy np.: korzystne wyniki z Lublina.

Rzecznik Praw Pacjenta chce manipulować faktami, twierdząc, że amantadyna dawała złudne poczucie leczenia.

Niestety, prawda jest zupełnie inna. To pacjenci:

- są zamykani na izolacji i są pozbawieni leczenia,
- mają ordynowane na teleporadzie antybiotyki, które nie działają na infekcje wirusowe,
- czekają zgodnie z zaleceniami na karetkę pogotowia, jak stan zdrowia się znacznie pogorszy
- i mają złudnie podawany niedziałający remdesevir na oddziałach szpitalnych, który kosztował kraj nawet miliardy złotych?

To nie podawanie amantadyny doprowadziło do tak wielu nadmiarowych zgonów, w przeciwieństwie do powyższego. Co Pan Rzecznik zrobił w tych kwestiach, jeśli czuje się odpowiedzialny za prawa i zdrowie pacjentów? Żałosnym jest, jakimi doradcami otacza się nasz Rząd, który idzie coraz bardziej na dno. Zamiast otrząsnąć się z pseudo doradców, dalej ich trzyma przy sobie. Eksperci ogłaszali, że czekają nas armagedon w tej fali! Ilu z nich wręcz 'krzyczało', że jak nie zamkniemy kraju, to czeka nas miliony hospitalizacji? Nie spełniło się 'to życzenie' i nie spełni kolejne straszenie społeczeństwa – bo już nikt wam w to nie uwierzy.

A skąd taka złość i nienawiść do mojej osoby i naszej przychodni za promowanie amantadyny? Niewiele osób ma wyobrażenie o kosztach leczenia. Niestety, tu już kończy się etyka, a zaczyna się wyłącznie biznes.

Mało kto wie, że jedno opakowanie Molnupiravir na 5 dni kuracji jednego pacjenta (o skuteczności przewidywanej na około 30%) kosztuje nasz kraj blisko 3000 złotych? Ten sam lek

w Indiach kosztuje jedynie 74PLN z opakowanie! Nieco niższą cenę zapowiada inna firma za lek Paxlovid. Nieco ponad 2000 złotych, z którą zresztą w ostatnich dniach Ministerstwo Zdrowia podpisało umowę na jego dostawę. Bo kto by się tam leczył za 30 złotych starym lekiem na grypę jak amantadyna? Te drogie 'nowe leki' de facto nie są nowe – Molnupiravir pierwotnie stosowany w leczeniu grypy typu A i B, a drugi w leczeniu HIV i WZW-C.

Nie trzeba sobie wyobrażać, co by się stało, gdyby badanie wykazałoby skuteczność amantadyny. Co by się stało z naszymi ekspertami, którzy zaciekle atakowali amantadynę? Wydawało się, że szkoda było naszej walki o badania nad amantadyną. Jednak miliony Polaków skorzystało z amantadyny i przekonało się o jej skuteczności. Wobec choroby nakręconej przez media siejące strach i dezinformację wśród ludzi o braku skutecznego leczenia przez ostatnie 2 lata.

Włodzimierz Bodnarlekarz pediatra, specjalisty chorób płuc"Podobnie na portalu stronazdrowia.pl możemy zapoznać się z wieloma uwagami dotyczącymi wyciąganiu przedwczesnych wniosków z polskich badań i podejmowaniu pochopnych decyzji:

„Nie ma żadnych różnic między pacjentami, którzy przyjęli placebo a amantadynę” – to wypowiedź prof. Adama Barczyka ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, który początkowo miał badać lek zgodnie z pierwotnym protokołem ustalonym dla innych, polskich i europejskich ośrodków. Zamiast tego przeprowadzono próbę na 150 osobach, które otrzymywały już w dodatku zarejestrowany lek przeciwwirusowy, remdesiwir.

„Amantadyna nie leczy zapalenia płuc w COVID-19, gdy jest dodana do remdesiwiru. To główny wniosek z tej pracy, który można wyciągnąć” – komentuje tę wypowiedź prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, który kieruje pracami nad lekiem prowadzonymi na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Nie ma jeszcze jednak wniosków z innych badań z udziałem

chorych we wczesnej fazie infekcji, a tylko wtedy lek może pomóc. Stwierdzenie, że „nie ma żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność i bezpieczeństwo leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny”, które padło na konferencji prasowej wiceministra zdrowia 11 lutego 2022 roku, jest więc przedwczesne.

– W badaniu tym wzięli udział pacjenci przyjęci do szpitala z powodu COVID-19, u których stwierdzono już zapalenie płuc, i którzy byli już leczeni remdesiwirem, a lek amantadyna lub placebo był dodawany do terapii – wyjaśnia prof. Rejdak. – **Nie pokazuje to braku skuteczności amantadyny. Przypomnijmy, że takiej skuteczności nie wykazały też zarejestrowane leki, jak molnupirawir – w jego przypadku też przerwano badanie u chorych szpitalnych i zakończono program po stwierdzeniu nieskuteczności. Zastanawiająca była ponadto wysoka śmiertelność pacjentów otrzymujących remdesiwir plus amantadynę lub placebo sięgająca 10 procent, co pokazuje, jak ciężką chorobą może być COVID-19.**

– My badamy zupełnie inną populację – są to chorzy, którzy nie wymagali hospitalizacji, bo byli na wczesnym etapie infekcji, lub też przebywali w szpitalu z powodu innych chorób, a przy okazji stwierdzono u nich wczesną infekcję – tłumaczy neurolog. Czy to koniec polskich badań nad amantadyną, dostępnym już na rynku lekiem neurologicznym, który może chronić układ nerwowy przed koronawirusem?

– Badania nad amantadyną nadal trwają, ale nasz projekt dotyczy całkiem innej populacji – mówi prof. Rejdak. – Oceniamy objawy neurologiczne jako następstwo zakażenia koronawirusem. Pamiętajmy, że na dzień dzisiejszy nie mamy leków zarejestrowanych w tym wskazaniu. Jesteśmy w trakcie analizy pośredniej i oczywiście przedstawimy wstępne wyniki ambulatoryjne Agencji Badań Medycznych (która finansuje badania na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – przyp. red) w celu podjęcia decyzji o kontynuacji badań. **W chwili obecnej nie zaobserwowaliśmy przy tym istotnych działań niepożądanych,**

stosując wskazany schemat dawkowania.

„Analizując wszystkie powyższe dane nie sposób nie zauważyć, że decyzja RPP została wydana przedwcześnie i pochopnie, może ona skutkować zaniechaniem leczenia infekcji koronawirusowych we wczesnym etapie, w którym stosujący ją dotychczas lekarze i pacjenci doświadczyli jej skuteczności na „własnej skórze”. Zaniechanie wczesnego leczenia, to znowu duże ryzyko postępowania infekcji i cięższej jej przebiegu. **Czy zatem na pewno chodzi o troskę o zdrowie i życie Polaków?**

Dlaczego w kolejny sposób ogranicza się lekarzom i pacjentom wybór metody leczenia lekiem stosowanym od wielu lat, nazywa się go eksperymentalnym. Zaś wprowadzone przed nieco ponad rokiem do użytku preparaty genetyczne nazywane „szczepionkami” przeciw COVID-19 w ekspresowym tempie zyskały rangę bezpiecznych i skutecznych, chociaż fakty temu przeczą???A w zalecanych w Polsce schematach leczenia nadal widnieje **remdesivir**, jeśli – jak czytamy powyżej – **zastanawiająca była ponadto wysoka śmiertelność pacjentów go otrzymujących...To się samo komentuje.**

Petycja w obronie ściganych dyscyplinarnie lekarzy



[Podpisz PETYCJĘ](#) w obronie lekarzy, którzy:

- albo podpisali **Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa Sars-Cov-2. List otwarty do Prezydenta i Rządu RP z dnia 30 listopada 2020 r.** (zwany dalej “Apelem z dnia 30 listopada 2020 r.”)
- albo podpisali **Drugi Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa Sars-Cov-2 i powrotu do normalności z dnia 14 grudnia 2020 r.** (zwany dalej “Apelem z dnia 14 grudnia 2020 r.”)
- albo **publicznie ostrzegali o niebezpieczeństwach związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19**

W związku z prowadzonymi przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej – **lekarza Grzegorza Wronę** postępowaniami dyscyplinarnymi w stosunku do:

1. lek. Pawła Basiukiewicza
2. lek. Katarzyny Bross-Walderdorff
3. lek. Dominiki Car
4. lek. Sławomira Czekąłowskiego
5. lek. Antoniego Dwornika
6. lek. Tomasza Dmochowskiego
7. lek. Joanny Hajdukłęk
8. lek. Michała Hajduka
9. prof. Andrzeja Frydrychowskiego
10. lek. Anny Furmaniuk
11. lek. Eweliny Gierszewskiej
12. lek. Piotra Iwulskiego
13. lek. Agnieszki Jędraszko
14. lek. Grzegorza Klasy
15. lek. Marty Kołaty
16. lek. Marcina Kunca
17. prof. Krystyny Lisieckiej-Opalko
18. lek. Margaryty Majewskiej-Kuźnickiej
19. lek. Zbigniewa Martyki
20. lek. Doroty Mieszczak-Woszczyny
21. lek. Katarzyny Orlickiej
22. lek. Agaty Osiniak

23. lek. Izabeli Pałgan
24. lek. Doroty Rybak
25. lek. Zenona Tokarza
26. lek. Beaty Traczyk-Krupy
27. lek. Jadwigi Ujec-Kassolik
28. lek. Wojciecha Węglarza
29. lek. Haliny Wilczyńskiej
30. lek. Piotra Wojciechowskiego
31. lek. Piotra Rossudowskiego
32. lek. Doroty Sienkiewicz
33. lek. Roberta Ziemby
34. lek. Beaty Wrodyckiej-Żytkowskiej
35. lek. Andrzeja Żytkowskiego
36. lek. Tomasza Łopaciuka.

Apelujemy do Pana lek. Grzegorza Wrony o **niezwłoczne umorzenie wszystkich postępowań dyscyplinarnych** względem ww. lekarzy, bowiem w żadnym razie nie dopuścili się oni zarzucanych im przewinień dyscyplinarnych.

Po pierwsze, wszyscy ww. lekarze, nie podważyli zaufania do wykonywanego przez nich zawodu. Wprost przeciwnie – lekarze, którzy odważyli się podpisać ww. apele lub ci, którzy ostrzegają o niebezpieczeństwach związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19 **wzbudzają w nas o wiele większe zaufanie, niż ci, którzy taką odwagą się nie wykazali**. To właśnie tym lekarzom jesteśmy w stanie powierzyć swoje zdrowie i życie. Ich postawa jest godna naśladowania i zasługuje na najwyższe uznanie.

Po drugie, wszyscy ww. lekarze, w żadnym wypadku **nie dopuścili się promowania “postaw antyzdrowotnych”** ani też nie posługują się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo. Lekarze, którzy podpisali ww. apele, zwrócili uwagę na istnienie wątpliwości związanych z masowymi szczepieniami przeciwko COVID-19.

O wszelkich zagrożeniach społeczeństwo polskie powinno być

właściwie poinformowane i powinna się na ten temat odbyć debata publiczna z udziałem niezależnych ekspertów.

Obwinieni lekarze kierują się w swoich działaniach wyłącznie dobrem pacjenta i zabiegają o udostępnienie nam – zwykłym obywatelom – pełnej informacji zgodnie z wymogami Karty Praw Pacjenta.

Przyczyniają się do upowszechnienia wiedzy o prawach pacjenta oraz do lepszego zrozumienia instytucji świadomej zgody na procedurę medyczną. **Jako nieliczni, zwracają uwagę na profilaktykę zdrowotną i potrzebę ograniczenia teleporad na rzecz prawidłowej diagnostyki.**

Działania informacyjne podjęte przez niesłusznie obwinionych lekarzy, doprowadziły do poszerzenia naszej wiedzy na temat szczepień oraz zachęciły nas do poszukiwania informacji w oficjalnych źródłach, takich jak Charakterystyka Produktu Leczniczego.

Osobom kwestionującym dany pogląd nie można przy tym zarzucać antynaukowego podejścia, skoro **samo podejście naukowe wymaga stawiania nowych tez i kwestionowania dotychczasowej wiedzy. Bez tego nie byłoby postępu.**

Ściganie dyscyplinarne lekarzy zgłaszających wątpliwości co do przyjętych przez główny nurt założeń, jest charakterystyczne dla światopoglądu opartego na religii, a nie na nauce.

Lekarze, względem których wszczęto postępowania dyscyplinarne, słusznie zwrócili uwagę, że w celu zlikwidowania epidemii koronawirusa i jak najszybszego powrotu do stanu normalności, **należy stopniowo zlikwidować wszystkie obecne obostrzenia**, co w znacznej części zostało uczynione przez rząd. Żadna z informacji zawarta w Apelu z dnia 30 listopada 2020 r., w Apelu z dnia 14 grudnia 2020 r. oraz w publikacjach i wystąpieniach ww. lekarzy nie była sprzeczna z aktualną wiedzą medyczną, nie podważała zaufania do zawodu lekarza i nie promowała postaw antyzdrowotnych.

Tym samym apelujemy o niezwłoczne odstąpienie od prowadzenia postępowań dyscyplinarnych względem wszystkich ww. lekarzy, bowiem ich postępowanie w żadnym razie nie podważyło zaufania do zawodu lekarza.

[Podpisz PETYCJĘ.](#) Udostępnij dalej!

Źródło: psnlin.pl

Mówimy NIE wobec dyktatury WHO!



Światowe Zgromadzenie Zdrowia postanawia rozpocząć negocjacje nad traktatem antypandemicznym

1 grudnia 2021 r. 194 członków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) porozumiało się co do **rozpoczęcia procesu redagowania i negocjowania konwencji, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu** na podstawie konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, by poprawić profilaktykę, gotowość i reakcję pandemiczną.

Teraz zostanie powołany międzyrządowy organ negocjacyjny, którego pierwsze posiedzenie odbędzie się najpóźniej 1 marca 2022 r. (by uzgodnić sposoby i terminy pracy), a drugie –

najpóźniej 1 sierpnia 2022 r. (by omówić postępy redakcyjne). Następnie, podczas 76 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2023 r., przedstawi on sprawozdanie z postępów prac, tak by instrument można było przyjąć do 2024 r.

Jeśli nie chcesz, aby WHO wprowadziło światową dyktaturę, która dotknie w jeszcze większym stopniu niż teraz naszego zdrowia i życia – wyraż swój sprzeciw poprzez [podpisanie PETYCJI](#). To pierwszy krok do dalszych działań. Będziemy Was o nich na bieżąco informować.

Jak przekonują autorzy informacji, „pandemia Covid-19 to problem globalny” i „żaden rząd ani żadna instytucja nie są w stanie samodzielnie stawić czoła przyszłym pandemiom”.

– *Konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument byłby **prawnie wiążącym aktem prawa międzynarodowego**. Umowa o profilaktyce, gotowości i reakcji pandemicznej, przyjęta w ramach WHO, pozwoliłaby państwom na całym świecie wzmocnić zdolności krajowe, regionalne i globalne oraz zwiększyć odporność na przyszłe pandemie* – zaznacza Rada Unii Europejskiej.

Czy na pewno wzmocnić? Czy może scentralizować?

Takie rozwiązanie kryje za sobą liczne zagrożenia, o których autorzy oczywiście nie wspominają.

Wojciech Kokociński – sędzia Sądu Rejonowego w Nakle nad Notecią – członek [Stowarzyszenia Prawników Głos Wolności](#) analizuje ryzyko związane z przyjęciem przez państwa jednolitego instrumentu WHO:

„W dniu 1 grudnia 2021 r. 194 członków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osiągnęło konsensus w sprawie rozpoczęcia procesu opracowywania i negocjowania konwencji, umowy lub innego instrumentu międzynarodowego zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia w celu wzmocnienia zapobiegania pandemii i gotowości do reagowania na nią.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że to dobra informacja dla ludzkości. Czy jednak, aby na pewno? Czy nie ma tutaj tzw. drugiego dna? Należy zadać sobie pytanie: co to będzie oznaczać dla każdego z nas, dla zwykłego, przeciętnego człowieka? Czy nie kryje się za tym zapowiedź kolejnych ograniczeń naszych praw i wolności obywatelskich, które w ostatnich dwóch latach zostały zdeptane w wyniku walki z pandemią Covid-19 (a może dzięki niej)? Przyjrzyjmy się zatem bliżej, co się kryje za tą inicjatywą.

Czym jest WHO?

WHO (ang. **World Health Organization**), czyli Światowa Organizacja Zdrowia z siedzibą w Genewie, to instytucja działająca w ramach ONZ (Organizacji Narodów Zjednoczonych), zajmująca się ochroną zdrowia. Została powołana do życia w 1946 r., kiedy ratyfikowano jej konstytucję, a swoją oficjalną działalność rozpoczęła w 1948 r. Obecnie zrzesza prawie 200 państw na całym świecie. Zadaniem WHO jest działanie na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania epidemii chorób zakaźnych, a także ustalanie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. Organizacja dąży również do zapewnienia opieki medycznej całej ludności świata oraz zmniejszenia umieralności niemowląt.

Władzą naczelną WHO jest **Światowe Zgromadzenie Zdrowia** składające się z przedstawicieli wszystkich państw członkowskich, zbierające się raz do roku w Genewie. Zgromadzenie wybiera na okres 3 lat **Komitet Wykonawczy**, w skład którego wchodzi 34 ekspertów w dziedzinie zdrowia proponowanych przez państwa członkowskie. Zgromadzenie zatwierdza strategię finansową WHO, weryfikuje budżet oraz mianuje **Dyrektora Generalnego**. Dyrektor jest wybierany co 5 lat i stoi na czele Sekretariatu, który obejmuje około 8000 fachowców w dziedzinie zdrowia, ale nie tylko. Od 2017 r. funkcję Dyrektora pełni Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Jak powszechnie wiadomo, działalność WHO koncentruje się

na **rozprowadzaniu leków i szczepionek** w celu zapobiegania i zwalczania różnych chorób oraz epidemii. Organizacja realizuje też wiele kampanii związanych z prewencyjną ochroną zdrowia, np. zachęcających do ograniczenia spożycia cukru, stosowania diety bogatej w warzywa, promuje zdrowe warunki pracy itp.

WHO jest finansowane ze **składek członkowskich państw** oraz **dotacji**, jednakże aktualnie wartość środków przekazywanych tej organizacji m.in. przez **różne fundacje** (np. Billa i Melindy Gates oraz Rockefellera), **koncerny farmaceutyczne, organizacje pozarządowe** przekracza wysokość wkładu wszystkich państw członkowskich, co rodzi pytania o stopień niezależności tej instytucji. Przykładem może tu być sytuacja tzw. pandemii świńskiej grypy (H1N1).

W styczniu 2010 r. Rada Europy przesłuchiwała przedstawicieli WHO oraz koncernów farmaceutycznych, którym zarzucono nieuzasadnione nagłośnienie i niepotrzebne ogłoszenie pandemii tzw. świńskiej grypy. Zdaniem Rady Europy powyższe działania miały na celu umożliwienie firmom farmaceutycznym sprzedaż szczepionek. Oskarżeniom tym zdecydowanie zaprzeczył Keji Fukuda, ówczesny doradca WHO ds. pandemii świńskiej grypy, jednakże przesłuchani w sprawie niezależni eksperci – Wolfgang Wodarg i Ulrich Keil stwierdzili, że nie było realnych podstaw do ogłoszenia pandemii. Wpływ na tą decyzję miały koncerny farmaceutyczne, które finansują badania i są zainteresowane osiągnięciem jak największego zysku ze sprzedaży szczepionek.

Niewątpliwie założenia i cele działania Światowej Organizacji Zdrowia są szczerze i mogłoby się wydawać, że instytucja ta dba wyłącznie o ochronę ludzkiego zdrowia, jednakże w jej działaniach nierzadko można zauważyć **konflikt interesów** oraz **brak przejrzystości**. Tego rodzaju zarzuty stawia się WHO także przy ogłoszeniu ogólnoswiatowej pandemii wirusa SARS-CoV-2 – co powinno zostać wszechstronnie zbadane i wyjaśnione przez międzynarodową komisję.

Jednolity Instrument

Przechodząc do *meritum*, jak się okazuje, wszystkie państwa członkowskie WHO zdecydowały, że w związku z pandemią COVID-19 i trudnościami we wdrażaniu wspólnych rozwiązań mających przeciwdziałać jej rozwojowi, zostaną podjęte prace w celu opracowania jednego, wspólnego kierunku oddziaływania (instrumentu), aby sprawnie przeciwdziałać kolejnym epidemiom (które rzecz jasna są dla nas kwestią czasu, jak wieszczy WHO i jej naczelny sponsor Bill Gates). Już w dniu 1 marca 2022 r. ma się odbyć w Genewie pierwsze posiedzenie międzyrządowego organu negocjacyjnego (w celu uzgodnienia sposobów pracy i terminów), a drugie do dnia 1 sierpnia 2022 r. (w celu omówienia postępów nad projektem roboczym). Następnie zostanie przedstawione sprawozdanie z tych prac na 76 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2023 r., a wspomniany instrument ma zostać przyjęty **najpóźniej do 2024 r.**

Czy jest to rzeczywiście niezbędne? Zdaniem WHO tak.

Organizacja ta przekonuje, że pandemia COVID-19 stanowiła **globalne wyzwanie** i żaden rząd, ani instytucja, nie są w stanie samodzielnie zaradzić groźbie przyszłych pandemii. Taka konwencja, umowa lub inny instrument międzynarodowy będzie **prawnie wiążący** na mocy prawa międzynarodowego i w ocenie WHO umożliwi państwom na całym świecie wzmocnienie krajowych, regionalnych i globalnych rozwiązań w celu przeciwdziałania przyszłym pandemiom (oczywiście wszystko to dla naszego wspólnego dobra). Zdaniem WHO zapewni to również trwałe i długoterminowe zaangażowanie polityczne na poziomie światowych przywódców państw lub rządów, jasno zdefiniuje procesy i zadania, wzmocni długoterminowe wsparcie sektora publicznego i prywatnego na wszystkich poziomach oraz przyczyni się do **integracji zagadnień zdrowotnych** we wszystkich odpowiednich obszarach polityki. Zachwalając ten pomysł, WHO i wspierające ją osoby wskazują, że propozycja międzynarodowego instrumentu w sprawie zapobiegania pandemii i gotowości do reagowania na nią kieruje się **duchem zbiorowej solidarności**, zakorzenionej w zasadach sprawiedliwości,

otwartości i przejrzystości. Zdaniem pomysłodawców tej idei, ani poszczególne rządy, ani społeczność globalna nie są w stanie całkowicie zapobiec pandemii. Jednakże odpowiednio przygotowana społeczność międzynarodowa będzie lepiej dostosowana do reagowania na przyszłe pandemie w całym cyklu wykrywania, alarmowania i reagowania, a proponowany instrument określi cele i podstawowe zasady oraz ustali niezbędne wspólne działania odnośnie zwalczania pandemii.

Taka międzynarodowa konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument dotyczący pandemii wspierałby i koncentrował się m.in. na wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu pandemii, budowaniu odporności na przyszłe pandemie i reagowaniu na nie. W szczególności miałyby się to odbywać poprzez zapewnienie powszechnego i sprawiedliwego dostępu do rozwiązań medycznych, takich jak szczepionki, leki i diagnostyka. Umożliwiłoby to WHO koordynowanie kwestii zdrowotnych w poszczególnych państwach członkowskich z poziomu globalnego zarządzania. Wypracowano by wówczas tzw. **jednolite podejście do zdrowia na całej planecie.**

By żyło się lepiej

Spójrzmy na proponowane nam przez WHO zachęty i korzyści do wdrożenia takiego rozwiązania.

Przede wszystkim mówi się o tym, że nadzór nad ryzykiem wybuchu kolejnej pandemii będzie znacznie lepszy. Państwa będą dzielić się wiedzą na temat nowych chorób zakaźnych przenoszonych ze zwierząt na ludzi (jak na targu w Wuhan). Zwiększy się zdolność laboratoriów i nadzór wymagany do identyfikacji chorób zwierząt we wszystkich krajach. Współpraca między ośrodkami badawczymi na całym świecie zostanie wzmocniona, a ich finansowanie usprawnione.

W ocenie WHO należałoby wprowadzić większą liczbę poziomów ostrzegania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia zdrowia, powszechnie zacząć **stosować technologie cyfrowe i innowacyjne**

narzędzia do gromadzenia i udostępniania danych, wspierać komunikację w czasie rzeczywistym i systemy wczesnego ostrzegania. Należy przy tym zapewnić nieprzerwany dostęp do niezbędnych dostaw leków i sprzętu z dowolnego miejsca na świecie. Służyć ma temu **globalna koordynacja skutecznego gromadzenia zapasów**, w tym medykamentów i wysoko wykwalifikowanych międzynarodowych zespołów medycznych. Niezbędne jest także globalne, skoordynowane podejście do odkrywania, opracowywania oraz dostarczania skutecznych i bezpiecznych rozwiązań medycznych, takich jak szczepionki, leki, diagnostyka i sprzęt ochronny, wymiana patogenów, próbek biologicznych i danych genomicznych, a także opracowywanie ich we właściwym czasie.

Krajowe systemy zdrowia publicznego powinny być poddane wspólnym ocenom zewnętrznym, aby skutecznie mogły reagować na wybuch pandemii.

WHO przekonuje, że tego rodzaju umowa międzynarodowa zapewni większą przejrzystość i wspólną odpowiedzialność w systemie międzynarodowym. Umowa stworzy podstawy do lepszej komunikacji i informacji dla obywateli oraz umożliwi skuteczne **zwalczanie dezinformacji** odnośnie pandemii na całym świecie.

Należy zauważyć, że Rada Unii Europejskiej w dniu 20 maja 2021 r. przyjęła decyzję o wsparciu rozpoczęcia negocjacji międzynarodowego porozumienia w sprawie zwalczania pandemii w ramach WHO. Również Unia Europejska bierze udział w negocjacjach dotyczących omawianych spraw wchodzących w zakres kompetencji UE, z myślą o ewentualnym przystąpieniu do przedmiotowego instrumentu.

Medyczna dyktatura?

Przyglądając się celom tej międzynarodowej inicjatywy nie sposób pominąć faktu, że na pierwszy plan wybija się słowo **“globalne”**. Chodzi tak naprawdę o stworzenie jednolitego modelu dotyczącego rozwiązań jakie państwa-sygnatariusze

takiego instrumentu będą zobowiązane stosować w przypadku ogłoszenia kolejnych pandemii przez WHO. W pewnym zakresie chodzi również o uznanie nadrzędnej i wiążącej roli tej organizacji przy wdrażaniu konkretnych rozwiązań w walce z epidemiami chorób zakaźnych.

Czy nie przypomina to, szanowny Czytelniku, znanego z przeszłości **Systemu Centralnego Planowania** z czasów realnego socjalizmu państw bloku Układu Warszawskiego?

Aktualnie WHO nie ma możliwości podejmowania wobec państw będących jej członkami wiążących decyzji, na mocy których dany kraj musiałby stosować określoną strategię w walce z jakimś zagrożeniem chorobowym. Oczywiście, biorąc pod uwagę pozycję i autorytet tej organizacji na świecie wiele państw polega na jej ocenach i wdraża zalecenia dotyczące walki z chorobami, w tym przede wszystkim z wirusem SARS-CoV-2, jednakże są to tylko i wyłącznie zalecenia, od których w każdym czasie można odstąpić.

Przyjęcie proponowanej agendy przez Unię Europejską, a następnie zaimplementowanie jej postanowień do krajowych porządków prawnych państw członkowskich (w tym rzecz jasna Polski) oznaczałoby utratę dalszej części suwerenności państw narodowych, tym razem w obszarze zdrowia.

Nietrudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, że krótko po ogłoszeniu kolejnej pandemii, osoby wyznaczone przez Kierownictwo WHO do zarządzania jej przebiegiem, opracowałyby jeden model strategii, który państwa członkowskie musiałyby wprowadzić, aby nie narażać się na konsekwencje w sferze relacji międzynarodowych, krytykę publiczną, a nawet pewne kary (np. finansowe, jak ma to miejsce w Unii Europejskiej przy okazji niezastosowania się do określonych rozwiązań Komisji Europejskiej, czy też orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości UE).

Takie globalne rozwiązanie niewątpliwie **sprzyjałoby także**

narzucaniu jedynej i słusznej narracji odnośnie przyczyn wybuchu danej pandemii, jej przebiegu, sposobu zwalczania, przeciwdziałaniu rozprzestrzenianiu się wirusa itp., walki z wszelkiego rodzaju innymi pomysłami (określanymi jako dezinformacja, z czym mamy do czynienia np. na platformach typu Facebook czy Youtube, gdzie usuwane są wszelkie treści niezgodne z oficjalną narracją mediów mainstreamowych odnośnie wirusa SARS-CoV-2).

Skutecznie będzie można wówczas eliminować wszelkie alternatywne metody leczenia chorób, inne niż zaproponowane przez WHO w ramach zawartego porozumienia, a środki nacisku jakimi będą dysponowały państwa sygnatariusze takiej umowy międzynarodowej będą praktycznie nieograniczone.

Dlatego też, nie kwestionując pozytywnych założeń jakie zapewne leżą u podłoża opracowania takiego **międzynarodowego instrumentu zdrowotnego**, nie można zapominać o niebezpieczeństwach jakie będzie on ze sobą niósł. Może to dotyczyć w szczególności pozbawienia państw-sygnatariuszy możliwości prowadzenia własnej, niezależnej polityki zdrowotnej, odbiegającej od powszechnie prezentowanej narracji i metod jakie narzuci WHO.

Przypomnijmy, że niezależność tej Instytucji budzi wątpliwości. Powiązania jej członków z fundacjami i organizacjami finansującymi są przedmiotem badania niezależnych dziennikarzy śledczych, a jej rola w ogłoszeniu pandemii koronawirusa nie została na razie wyjaśniona. Nie wiadomo więc czyje tak naprawdę cele i interesy będzie reprezentować WHO i jakie rozwiązania wprowadzi w państwach, które przyjmą omawiany instrument międzynarodowy oraz kto w rzeczywistości będzie wydawał decyzje odnośnie wprowadzanych środków i restrykcji, które obejmą niemal cały świat.

Na podstawie aktualnej sytuacji zdrowotnej na świecie widać wyraźnie, że otwiera się tu pole do:

- olbrzymich nadużyć finansowych
- możliwości zapewnienia niekończących się zysków koncernom farmaceutycznym
- finansowania przez rządy wątpliwych moralnie badań i eksperymentów medycznych
- kształtowanie nowego człowieka
- promowanie transhumanizmu
- wprowadzanie totalnej cyfrowej kontroli społeczeństwa pod pretekstem walki o nasze zdrowie

Bardzo realna jest w tym wypadku groźba braku jakiejkolwiek kontroli nad działaniem WHO i osób, które w jej imieniu będą globalnie zarządzać kolejnymi pandemiemi. Przecież to WHO podejmuje decyzję o ogłoszeniu światowej pandemii, ustala jej definicję (i zmienia w zależności od potrzeb i okoliczności, bądź też nacisku sponsorów?). To WHO rekomenduje środki mające najlepiej służyć do walki z epidemią i to WHO na mocy przygotowywanego instrumentu zdrowotnego będzie miała możliwość realnego wpływu na przebieg pandemii i wszelkie istotne procesy z nią związane w państwach, które podpiszą taki dokument.

Warto więc, aby politycy pochylili się nad tym problemem i krytycznie spojrzeli na tę inicjatywę, tak aby ostateczna decyzja w tym zakresie uwzględniała interesy każdego z nas, zwykłego człowieka, który ma naturalne prawo do tego, aby samodzielnie decydować o swoim ciele i procedurach medycznych, którym chce się poddać.

Czy rzeczywiście państwa narodowe, a Rzeczpospolita Polska w szczególności, nie są w stanie samodzielnie zorganizować efektywnej służby sanitarnej, która przecież musi reagować z uwzględnieniem specyfiki lokalnych warunków? Czy przykład niezależnej od światowych (europejskich) procedur polityki sanitarnej Szwecji podczas obecnej pandemii, nie powinien być najlepszym dowodem na konieczność pozostawienia państwom narodowym decyzji w przedmiocie reagowania na zagrożenia epidemiczne? Czy rzeczywiście państwa powinny rezygnować ze

swojej części suwerenności na rzecz *de facto* prywatnej organizacji zdrowotnej?

W tej kwestii w pierwszej kolejności powinna odbyć się rzetelna i transparentna debata publiczna, której zwieńczeniem mogłaby być procedura wypowiedzenia się obywateli Rzeczypospolitej w referendum ogólnonarodowym na temat tego, czy polskie państwo powinno przyjąć (ratyfikować) jednolity instrument WHO.”

Zachęcamy do jak najszerszego informowania społeczeństwa o kolejnej możliwości ograniczenie suwerenności naszego kraju i nas samych.

Jeśli nie chcesz, aby WHO wprowadziło światową dyktaturę, która dotknie w jeszcze większym stopniu niż teraz naszego zdrowia i życia – wyraż swój sprzeciw poprzez [podpisanie PETYCJI](#). To pierwszy krok do dalszych działań. Będziemy Was o nich na bieżąco informować.

Nie pozwolimy na odebranie nam decyzyjności co do naszego zdrowia! Stop MEDYCZNEJ DYKTATURZE!

Źródło: psnlin.pl