



Opinia
Prezesa Agencji Oceny technologii Medycznych
nr 223/2012 z dnia 19 listopada 2012 r.
o projekcie programu „Profilaktyka zdrowia sportowców amatorów
do 21 roku życia” gminy Polkowice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Profilaktyka zdrowia sportowców amatorów do 21 roku życia” gminy Polkowice, pod warunkiem dostosowania go do aktualnego stanu prawnego zgodnie z poniższym uzasadnieniem opinii.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy ważnego zagadnienia zdrowotnego, w ocenie Agencji wymaga jednak dostosowania do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia z dnia 28.08.2009 roku oraz do art. 27 ust 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu, jest świadczeniem gwarantowanym. Zgodnie z nim, skierowanie na badania wstępne do uprawiania danej dyscypliny sportu wydaje lekarz POZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu zdrowotnego, mający na celu monitorowanie zdrowia sportowców (dzieci i młodzieży amatorów do 21 roku życia). Realizacja programu polegać ma zwiększeniu dostępności do badań wstępnych, a także okresowych, z zakresu medycyny sportowej.

Program adresowany jest do wszystkich dzieci i młodzieży do ukończenia 21 r. ż. starających się lub posiadających licencję na amatorskie uprawianie sportu z terenu gminy Polkowice. Wnioskodawca szacuje, że ma to być ok. 850 osób z 17 klubów sportowych zarejestrowanych na terenie gminy .

Roczny koszt realizacji programu oszacowano na 155 000 zł, zatem całkowity koszt na lata 2012–2015 wyniesie 620 000 zł. Program w całości finansowany będzie z budżetu miasta Polkowice.

Problem zdrowotny

Według rt. 37 ustawy o sporcie z dnia 25.06.2010 r., zawodnik uczestniczący we współzawodnictwie sportowym, organizowanym przez polski związek sportowy, jest obowiązany do uzyskania orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo w tym współzawodnictwie, w szczególności uczestnictwie w treningach lub zawodach sportowych. Zakres badań, jakie poszczególni zawodnicy powinni przeprowadzić, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2011 r.



w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu wymaganych badań specjalistycznych i diagnostycznych niezbędnych do uzyskania orzeczenia lekarskiego. Badania te obejmują:

1. pomiary antropometryczne
2. badanie elektrokardiograficzne
3. badanie ogólne moczu z oceną mikroskopową osadu
4. badanie odczynu opadania krwinek czerwonych
5. badanie morfologii krwi obwodowej wraz ze wzorem odsetkowym
6. oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi
7. badanie ortopedyczne
8. konsultację stomatologiczną
9. konsultację laryngologiczną
10. konsultację okulistyczną
11. konsultację neurologiczną (co 2 lata u zawodników uprawiających sporty i sztuki walki, oraz kick-boxing)
12. badanie elektroencefalograficzne (co 2 lata u zawodników uprawiających sporty i sztuki walki, oraz kick-boxing)
13. badanie radiologiczne odcinka szyjnego kręgosłupa (co 2 lata u zawodników uprawiających zapasy lub judo)
14. badanie radiologiczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa (co 2 lata u zawodników uprawiających podnoszenie ciężarów)
15. badanie spirometryczne (co 2 lata u zawodników uprawiających płetwonurkowanie)

Natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia z dnia 14 kwietnia 2011 r, które wydane zostało na podstawie art. 27 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu wydaje się po przeprowadzeniu:

1. wstępnych badań lekarskich,
2. okresowych badań lekarskich,
3. kontrolnych badań lekarskich (w przypadkach gdy podczas uprawiania sportu doznali urazu głowy, zmian przeciążeniowych, utraty przytomności, porażki przez nokaut, lub gdy przebyta inna choroba uniemożliwiła uczestniczenie w zajęciach sportowych lub zawodach sportowych)

Badania muszą zostać przeprowadzone przez lekarza specjalistę medycyny sportowej lub lekarza posiadającego certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej. Skierowanie na badania wstępne wydaje lekarz POZ. Rozporządzenie nie określa szczegółowo, w jakich odstępach czasowych należy przeprowadzać badania. W aktualnych aktach prawnych podmiotem wskazanym przez Ministra Zdrowia do przeprowadzania badań wstępnych i okresowych dla zawodników kadr narodowych lub olimpijskich, a także podmiotem rozstrzygającym o ostatecznej zdolności

lub niezdolności do uprawiania sportu, jest Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej (COMS). Na stronie internetowej COMS-u można odnaleźć informacje o tym, w jaki sposób można przygotować się do badań. „Na pierwsze badanie należy przynieść ze sobą skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu (POZ) do Poradni Medycyny Sportowej skierowanie wystawia lekarz 1-go kontaktu, posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na skierowaniu powinno się znajdować nazwa dyscypliny do jakiej będzie kwalifikowany. Na każde badanie należy się zgłosić z prawidłowo wypełnionym i podpisanym formularzem badania podmiotowego dodatkowo należy przynieść ze sobą dokumentację medyczną. W celu dokładnej oceny stanu zdrowia podczas badania z zakresu medycyny sportowej koniecznym jest poznanie całej "przeszłości medycznej" badanego zawodnika. W tym celu na badanie należy zabrać ze sobą także:

- Książeczkę zdrowia dziecka
- Karty informacyjne ze szpitala (jeżeli były pobyty szpitalu)
- Informacje od lekarzy specjalistów (jeśli jesteś pod opieką lub obserwacją Specjalisty).

Należy posiadać ze sobą aktualne wyniki badań morfologii krwi, OB. i moczu w innym przypadku badania zostaną przeprowadzone na miejscu w placówce.

Alternatywne świadczenia

Nie dotyczy.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

- **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego**

Profilaktyka nadwagi.

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Pierwotną przyczyną otyłości alimentacyjnej są zaburzenia popędu żywieniowego, prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, która powoduje patologie i dysfunkcje we wszystkich układach i narządach. Jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności w krajach o średnim i wysokim rozwoju cywilizacyjnym i jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

W skali światowej, liczba chorych z otyłością podwoiła się od roku 1980. W 2008 roku 1,5 mld dorosłych powyżej 20 r.ż. miało nadwagę. W tym, otyłych było ponad 200 mln mężczyzn oraz ponad 300 mln kobiet. Co najmniej 2 mln 800 tys. dorosłych rocznie umiera z powodu nadwagi i otyłości. Według danych PZH, obecnie odsetek ludzi z nadwagą i otyłych stanowi 43% populacji Polski. Dostępne są dane epidemiologiczne dla różnych grup wiekowych z uwzględnieniem podziału na województwa.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka wielu chorób przewlekłych, takich jak: cukrzyca, choroby układu naczyniowo-kръżeniowego, choroba zwyrodnieniowa stawów, kamica nerkowa, zespół snu z bezdechem oraz nowotwory. Nadwaga i otyłość niosą także szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności; może być przyczyną depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie. Otyłość przyczynia się do problemów społecznych, np. bezrobocia.

Głównymi miernikami służącymi do diagnozy nadwagi i otyłości jest BMI – (ang. *Body Mass Index*), pomiar obwodu talii oraz WHR – (ang. *waist/hip ratio*). Obowiązujące normy BMI zostały ustalone przez WHO.

Ogólne wnioski i zalecenia wynikające z opinii ekspertów, odnalezionych rekomendacji oraz dowodów naukowych, dotyczących skuteczności i efektywności kosztowej programów dotyczących edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia otyłości są następujące:

- Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jst ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej.
- Programy profilaktyki powinny obejmować zarówno populację zdrową (profilaktyka pierwotna), jak i populacje cierpiące na nadwagę i otyłość (profilaktyka wtórna).
- Edukacja jest podstawą wszelkich interwencji medycznych. Edukacją zdrowotną powinny zajmować się osoby wykwalifikowane w tym kierunku.
- Programy zdrowotne dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Programy polegające na edukacji dzieci powinny obejmować także rodziców, opiekunów oraz całe rodziny.
- Najskuteczniejsze są programy wieloletnie oraz programy wielokomponentowe. Należy włączać w nie: dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze.
- Sugeruje się także wprowadzanie zmian środowiskowych sprzyjających utrzymaniu zdrowego stylu życia.
- Interwencje edukacyjne powinny aktywnie włączać uczestników w zajęcia.
- Badania przesiewowe w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.
- Zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centyli. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli.
- Zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dorosłych jest pomiar BMI, obwodu talii oraz WHR. Otyłość stwierdza się dla wartości powyżej 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn.
- W przypadku potwierdzonej nadwagi i otyłości zaleca się wykonać podstawowe badania laboratoryjne w celu wykluczenia chorób towarzyszących: badanie ciśnienia krwi, badanie poziomu glukozy we krwi, lipidogram.
- Programy obejmujące zmianę diety u dorosłych powinny polegać na ograniczeniu kaloryczności dziennej racji żywieniowej o 500-1000 kcal/dzień. Zaleca się redukcję wagi o 5-10% w ciągu 6 miesięcy lub 0,5-1/tydz.
- Nieliczne dostępne dane na temat efektywności kosztowej wskazują na potencjalną efektywność kosztową programów profilaktyki otyłości.
- Otyłość jest jednym z podstawowych czynników etiologicznych choroby zwyrodnieniowej kolan, bioder oraz kręgosłupa. Zasadnym jest łączenie diagnostyki i terapii choroby zwyrodnieniowej stawów z profilaktyką i leczeniem otyłości.

- Odnalezione dane oraz opinie ekspertów potwierdzają bezpieczeństwo interwencji profilaktyki otyłości oraz edukacji w zakresie zdrowego żywienia.

Profilaktyka i przeciwdziałanie stosowaniu sterydów i środków dopingujących w sporcie.

Sport definiowany jest jako wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach.

WADA definiuje doping jako wystąpienie jednego lub więcej naruszeń regulaminu antydopingowego, który składa się z ośmiu odrębnych punktów. Określają one okoliczności i zachowania, które stanowią naruszenie przepisów antydopingowych. Przesłuchania w sprawach o doping przeprowadzane są w oparciu o stwierdzenie, że jeden lub kilka tych konkretnych przepisów zostało naruszonych.

Obecnie substancje i metody zabronione klasyfikuje się w następujący sposób:

- Substancje i metody zabronione w każdym czasie (na zawodach i poza zawodami): środki anaboliczne, hormony i pokrewne substancje, beta-2 agoniści, środki anty-estrogenowe, diuretyki i inne środki maskujące, metody poprawiające transport tlenu, manipulacje chemiczne i fizyczne, doping genetyczny.
- Substancje i metody zabronione na zawodach: stymulanty, narkotyki, kanabinoidy, glukokortykosteroidy,
- Substancje zabronione w niektórych sportach: alkohol, beta-blokery
- Substancje określone w innych dokumentach technicznych

Warto wspomnieć, że na liście nie są zawarte pełne informacje dotyczące zabronionych substancji. Brak jest, w przypadku niektórych związków, dopuszczalnych limitów stężeń (np. dla morfiny czy karboksytetrahydrokanabinolu), poniżej których wykrycie substancji z listy nie powoduje pozytywnego wyniku badań antydopingowych. Informacje takie znajdują się w Dokumentach Technicznych, które są częścią Międzynarodowego Standardu dla Laboratoriów i które stanowią dla laboratoriów wskazówki w konkretnych sprawach technicznych.

Według danych zawartych w raporcie Komisji do Zwalczenia Doping w 2011 roku przeprowadzono 446 akcji kontrolnych o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym (wykonywane na zlecenie związków sportowych, federacji międzynarodowych oraz organizatorów imprez międzynarodowych), podczas których pobrano 3020 próbek moczu i krwi. Program ten zakładał pobranie 2750 próbek (2700 standardowych próbek i 50 próbek krwi) od zawodników reprezentujących polskie związki sportowe i kluby startujące w rozgrywkach ligowych. W 2011 roku odnotowano 40 przypadków naruszenia przepisów antydopingowych (39 przypadków stosowania niedozwolonych substancji 1 przypadek stosowania metody zabronionej).

W głównej mierze po doping sięgają osoby młode, rekreacyjnie uprawiające sport. Najczęściej problem dotyczy młodych osób uczęszczających na siłownię. Szacuje się, że co drugi kulturysta i co dziesiąta kulturystka mają za sobą stosowanie sterydów anabolicznych. Skala rozpowszechnienia stosowania SAA wśród młodych osób rekreacyjnie uprawiających sport waha się od 0,9% do 7,1%.

Zdecydowanie częściej sięgają po SAA nastolatki płci męskiej, u których dodatkowo w wywiadzie stwierdzono stosowanie nielegalnych narkotyków, alkoholu i tytoniu. Większe

prawdopodobieństwo sięgania po SAA występuje u studentów wychowania fizycznego. Osoby uprawiające piłkę nożną, zapasy, podnoszenie ciężarów i kulturystykę, odznaczają się większym ryzykiem sięgania po SAA w stosunku do młodzieży nie uprawiającej tych dyscyplin sportu. We wnioskach końcowych z przeglądu odnaleźć można także informację o tym, że wpływ rasy, grupy etnicznej i wieku nie jest do końca jasny. Warto także poddać kolejnym badaniom wpływ takich czynników jak rodzaj wykształcenia, czy status socjoekonomiczny.

Ogólne wnioski i zalecenia wynikające z opinii ekspertów, odnalezionych rekomendacji oraz dowodów naukowych dotyczących skuteczności i programów dotyczących edukacji z zakresu profilaktyka i przeciwdziałania stosowaniu sterydów i środków dopingujących w sporcie:

- programy z zakresu niedozwolonego wspomaganie wśród młodzieży powinny być prowadzone i finansowane, ponieważ: przyjmowanie substancji uznanych za dopingujące dotyczy nie tylko sportowców, ale przede wszystkim dorastającej młodzieży. W sporcie istnieje dobrze wypracowany system kontroli i penalizacji, natomiast w środowisku młodzieży szkolnej jedynym narzędziem przeciwdziałania jest wszechstronna edukacja,
- wszystkie projekty programów dotyczących profilaktyki (przede wszystkim działań edukacyjnych) stosowania dopingu przez sportowców amatorów, młodzież, osoby rekreacyjnie ćwiczące, powinny być konsultowane z Komisją Zwalczenia Dopingu w Sporcie, która jest odpowiedzialna za prowadzenie polityki antydopingowej w Polsce,
- programy powinny obejmować swoim działaniem przede wszystkim populację młodzieży, gdyż w tym okresie pojawia się zainteresowanie budową swojego ciała i wtedy często rodzi się pokusa sięgania po sterydy w celu zmiany jego kształtu i zwiększenia rzeźby mięśniowej,
- powierzenie prowadzenia spotkań edukacyjnych i komentowania prezentacji multimedialnych osobom posiadającym dostateczną wiedzę medyczną i pedagogiczną.
- programy z zakresu niedozwolonego wspomaganie wśród młodzieży powinny być prowadzone i finansowane z powodu dużej częstości występowania wspomaganie w grupie osób młodych, a także z powodu powikłań dla zdrowia jakie nosi ze sobą stosowanie niedozwolonego wspomaganie. Działania te powinny być wspomagane przez lekarza medycyny sportowej,
- dzięki wprowadzaniu programów profilaktyki stosowania dopingu zmniejszyć powinna się krótkim okresie czasu liczba nagłych zgonów wywołanych stosowaniem środków zabronionych, a w odległym przedziale czasu poprawi się jakość i długość życia.
- należy dołożyć starań, aby edukować sportowców, trenerów, rodziców, lekarzy i trenerów sportowych, a także ogół społeczeństwa dotyczących stosowania SAA i hGH,
- programy edukacyjne powinny skupić się na potencjalnych zagrożeniach medycznych wynikających ze stosowania androgenów i hGH, optymalizacji programów szkoleniowych oraz żywieniowych strategii zwiększających fizjologiczną adaptację i wydajność organizmu.
- Według WADA, programy edukacyjne z zakresu stosowania sterydów i środków dopingujących w sporcie, powinny odnosić się co najmniej do: :

- substancji i metod na liście WADA,
- naruszenia przepisów antydopingowych,
- konsekwencji dopingu, w tym kary, konsekwencji zdrowotnych i społecznych,
- procedury kontroli dopingowej,
- praw i obowiązków sportowców oraz personelu pomocniczego sportowca,
- wyłączenia dla celów terapeutycznych,
- ryzyka stosowania suplementów (z uwagi na zanieczyszczenia w nich zawarte),
- działania edukacyjno – prewencyjne powinny być stosowane przede wszystkim w populacji dzieci i młodzieży,
- Szkoleniami powinny być objęte grupy lekarzy ogólnych, którzy mają niewystarczającą wiedzę na temat zakazanych środków dopingujących, a jednocześnie najczęściej kontaktują się z osobami rekreacyjnie uprawiającymi sport i uczęszczającymi na siłownię.
- **Wnioski z oceny programu miasta Polkowice**

Oceniany Program nie odnosi się do dobrze zdefiniowanego/określonego problemu zdrowotnego. Program przesłany przez gminę Polkowice dotyczy zwiększenia dostępności do opieki lekarza medycyny sportowej dzieci i osób do 23 roku życia amatorsko uprawiających sport. Wnioskodawca powołuje się na Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.03.2009 w sprawie zakresu koniecznych badań lekarskich, częstotliwości ich przeprowadzania oraz trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia. Zaznaczyć trzeba, że akt prawny na który powołuje się gmina Polkowice stracił moc prawną w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia z dnia 28.08.2009 roku. Warto zauważyć, że data pisma przewodniego to 20.10.2011 – zatem w chwili powstania programu zawierał on już nieaktualne informacje.

Program w dużej części przygotowany został zgodnie z wytycznymi sformułowanymi przez Agencję. Warto jednak zaznaczyć, że w wielu punktach znajdują się informacje, które nie mają związku z danym podrozdziałem. W punkcie -planowane interwencje- zawarto np. informacje z których wynika, że w przypadku niedopełnienia formalności urzędnik podejmie interwencję. Nie jest to na pewno opis planowanej interwencji medycznej. Podobnie w punkcie, w którym powinny znajdować się dane na temat bezpieczeństwa planowanych i proponowanych interwencji, odnaleźć można opis wybranego w drodze konkursu realizatora programu.

Autorzy projektu, jako główną potrzebę wdrożenia programu, wskazują na „brak na terenie powiatu polkowickiego poradni medycyny sportowej”. Jednak w punkcie zatytułowanym „Zasady udzielania świadczeń w programie” pojawia się informacja, że „uczestnicy programu będą przyjmowani w poradni medycyny sportowej czynnej od poniedziałku do piątku, w godz. 7:00 - 15:00”. Wydaje się, że są to informacje nie do końca spójne.

W projekcie pojawiają się także informacje o tym, że przeprowadzona ma być edukacja zdrowotna. Nie wiadomo jednak czego miałyby ona dotyczyć, gdzie odbywać, ani kto przeprowadzałby działania edukacyjne.

Na podstawie art. 27 ust 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej, obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu jest świadczeniem gwarantowanym. Skierowanie na badania wstępne do uprawiania danej dyscypliny sportu wydaje lekarz POZ.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „*Profilaktyka zdrowia sportowców amatorów do 21 roku życia*” nr: AOTM-OT-441- 170/RR/2011, Warszawa, listopad 2012 i aneksów: „*Profilaktyka i przeciwdziałanie stosowaniu sterydów i środków dopingujących w sporcie – wspólne podstawy oceny*”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, czerwiec 2012 oraz „*Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny*”, Aneks do raportów szczegółowych:, Warszawa, lipiec 2012.