

РОЛЬ ВРАЧЕБНОГО СООБЩЕСТВА В РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Вероника Игоревна Скворцова

В последние годы в сфере охраны здоровья граждан в нашей стране сделано много. Демографическая и здравоохранная политика на деле стала основным приоритетом государства. Активная реализация начатого в 2006 году приоритетного национального проекта «Здоровье», а в 2011 году – региональных программ модернизации здравоохранения позволила существенно обновить инфраструктуру отрасли, переоснастить амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения, инициировать информатизацию здравоохранения. После длительного перерыва внимание вновь было сконцентрировано на организации первичной и скорой медицинской помощи, социальном положении и условиях работы участковых врачей и специалистов амбулаторного звена. Программы «Родовый сертификат», «Неонатальный и аудиологический скрининг», «Пренатальная диагностика» позволили значительно улучшить состояние здоровья беременных женщин, матерей и детей возрастом до года. Впервые россиянам была оказана беспрецедентная поддержка в получении высокотехнологичной медицинской помощи. Начата системная борьба с главными причинами смерти российского населения – сосудистыми и онкологическими заболеваниями, дорожными травмами, туберкулезом. Весь этот комплекс мер уже привел к существенным позитивным изменениям: за шесть лет продолжительность жизни россиян увеличилась почти на четыре года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая – на 33%, материнская – на 36%. Снизилась смертность от всех основных социально значимых заболеваний.

Безусловно, положительные изменения были бы невозможны без увеличения финансового обеспечения здравоохранения – в 2,6 раза по сравнению с 2005 годом. Такое увеличение – не только признак социальной ориентированности и гуманности нашего государства. Необходимо рассматривать финансовое обеспечение здравоохранения как инвестиции в человеческий капи-

1



2



ДЕЛЕГАТЫ ПЕРВОГО НАЦИОНАЛЬНОГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

тал, позволяющие получить конкретную отдачу от вложенных средств в виде повышения производительного, экономического потенциала страны.

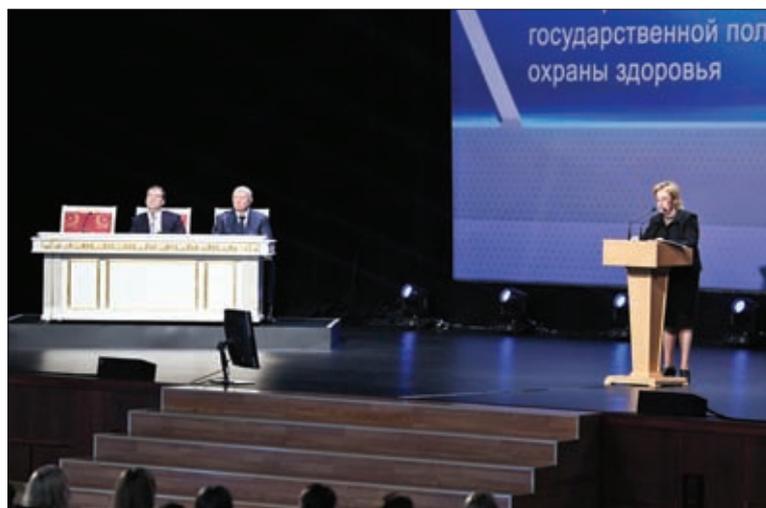
За всеми успехами отечественного здравоохранения стоит самоотверженный труд врачей, фельдшеров, медицинских сестер – всех тех людей, чья жизнь неразрывно связана со спасением жизни и сохранением здоровья россиян. Профессиональное врачебное сообщество лучше всех понимает проблемы и сохраняющееся несовершенство системы оказания медицинской помощи населению. Врачам хорошо известно, что важнейшим фактором улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни населения, а также экономии финансовых и материальных ресурсов является профилактика. Если риски для здоровья населения в XX веке были напрямую сопряжены с инфекциями, то сегодня очевидно, что в мире нарастает глобальная эпидемия неинфекционных заболеваний, которые являются лидирующей причиной смертности и инвалидности и в Российской Федерации. Неинфекционные заболевания приводят к катастрофическим социальным и экономическим последствиям. Смерть людей в возрасте до 60 лет в 9 из 10 случаев происходит от сосудистых, онкологических, респираторных заболеваний и диабета. Несмотря на наличие факторов наследственной предрасположенности, большинство неинфекционных заболеваний формируется постепенно под влиянием всех особенностей жизни человека – питания, качества воды и экологии, режима физической активности, эмоционального состояния, наличия вредных привычек, а также под влиянием социальных факторов – условий труда и отдыха. Совокупное влияние только поведенческих факторов риска на развитие неинфекционных заболеваний огромно – от 61% при сосудистой патологии до 35% при новообразованиях. Так, со злоупотреблением алкоголем связано почти 12% всех смертей, с курением – 17%, с несбалансированным питанием – почти 13%.

Хотелось бы напомнить, что именно Россия создала концепцию единой профилактической среды, которая была одобрена всей международной медицинской общественностью и стала основным завоеванием Первой глобальной конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. Российская концепция нашла отражение в резолюциях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН. Профилактическая среда предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, нормативно-правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой – мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетию, формирование ответственности каждого за сохраненное здоровье и здоровье своих близких.

Важно отметить, что формирование единой профилактической среды требует общеправительственного и общесоциального подходов, участия всех министерств и ведомств, каждое из которых должно отчасти стать здравоохранным. Для организации такой работы нужна политическая воля, и она есть в нашей стране. От имени всего врачебного сообщества хотелось бы поблагодарить Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева за поддержку инициативы



3



ВЫСТУПЛЕНИЕ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Минздрава России создать правительственную комиссию по охране здоровья граждан и согласие ее возглавить. Правительственная комиссия станет главным координатором единой профилактической среды, отвечая за соотнесение здравоохранных секторов каждой отрасли и гражданского сообщества, организацию единого понимания приоритетов, выстраивание межведомственных и межсекторальных взаимоотношений.

Нам необходимо совместно переформатировать систему оказания медицинской помощи с разворотом привычного вектора «врач – больной» в сторону «врач – здоровый человек». Необходимо сформировать и внедрить систему управления здоровьем. Прежде всего это касается организации первичной медицинской помощи, участковой, школьной и производственной медицинской службы. Профилактическая деятельность врачей первичного звена должна занимать не менее 30% рабочего времени. Для этого необходимы новые подходы к организации работы участковой службы, тарифной политике, новые материальные стимулы оценки работы врача: не по количеству посещений больных и выписанных рецептов, а по конечному результату – состоянию здоровья прикрепленного населения, проценту заболеваний, выявленных на самой ранней, излечимой стадии. Нам предстоит развить пренатальный и неонатальный скрининг, вернуться к ежегодной диспансеризации детей и подростков, регулярным профилактическим осмотрам и диспансеризации взрослого населения.

С учетом сложившегося в последние десятилетия дефицита медицинских кадров в первичном звене необходимо развивать выездные формы диспансеризации в организованных коллективах учащихся и работающих, в сельской местности, удаленных районах страны.

Ни для кого не секрет, что проводимая в настоящее время диспансеризация детей и взрослых часто носит поверхностный характер и поэтому не всегда приводит к ожидаемым результатам. Нам нужно победить формализм и повысить профессиональный уровень профилактических осмотров и обследований. Важно не только выявлять факторы риска и ранние признаки заболеваний, но и проводить активное предупреждение их развития. Врачи должны не в отчетах, а на деле стать проводниками передовых методов профилактики, формирования здорового образа жизни. Чтобы реализовать эту программу, безусловно, необходимо оптимизировать нагрузку врача, изменить существующие многие годы нормативы, устанавливающие чрезмерно сжатое время общения врача и пациента, нужно дать врачу возможность максимально реализовать свои знания и умения и качественно выполнять свои обязанности.

Еще в 1988 году на Всесоюзном съезде врачей, то есть 24 года назад, звучало много критики в адрес писанины, замещающей живую работу врача с пациентом. К сожалению, вынуждена констатировать, что массивная бумажная работа, занимающая большую часть рабочего времени



врача, пока не изжита. Более того, сложившийся недостаток среднего и младшего медицинского персонала заставляет врача выполнять несвойственные ему функции. Изменить данную ситуацию призваны новые подходы, уже заложенные в основу Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2013 году. В частности, в программу заложено обновление временных нормативов, включенных в порядки оказания медицинской помощи, обязательные для исполнения на территории всей страны с января 2013 года. Мы надеемся, что ситуацию облегчит и внедряемая в рамках программ модернизации информатизация здравоохранения. Введение электронного документооборота не только повысит качество и обеспечит преемственность медицинской помощи, но и позволит нам освободить врача от огромного объема бумажной работы. А электронная запись к врачу, которая должна быть внедрена во всех регионах уже в декабре 2012 года, сделает общедоступным для просмотра и контроля электронное расписание работы каждого врача страны, а следовательно, соблюдение временных нормативов и в целом объемов нагрузки.

Еще одной важнейшей задачей, стоящей перед российской системой здравоохранения, является повышение доступности и качества медицинской помощи. Международный опыт свидетельствует о том, что для создания системы управления качеством медицинской помощи необходима ее стандартизация, внедрение таких порядков и стандартов, которые бы позволили каждому гражданину страны, независимо от его места жительства и работы, получить гарантированный объем медицинской помощи, идентичной при одном и том же патологическом состоянии. Внедрение единых требований, открытие системы обязательного медицинского страхования (ОМС) для участия медицинских организаций всех форм собственности и внедрение права пациента на выбор медицинской организации создают предпосылки для развития механизмов управляемой конкуренции и, следовательно, повышения качества медицинской помощи. При этом следует подчеркнуть, что внедрение стандартов не означает обезличивания медицинской помощи. Стандарты предназначены в первую очередь для организаторов здравоохранения, они необходимы для выравнивания организационных, материально-технических и кадровых условий оказания медицинской помощи в каждом регионе страны.

С учетом сложившихся глубоких различий между системами здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 году была начата беспрецедентная по масштабу и финансовому наполнению модернизация здравоохранения страны. По сути, стартовали разные по содержанию 83 региональные программы модернизации, ориентированные на потребности каждого конкретного региона. Главной целью всех модернизационных преобразований явилось формирование оптимальной для каждого субъекта Федерации трехуровневой системы оказания медицинской помощи, предполагающей в качестве своего фундамента развитие первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, широкое внедрение дневных стационаров и стационарозамещающих технологий, телемедицины и выездных форм амбулаторной работы. Такое развитие амбулаторного звена должно сопровождаться продуманной реорганизацией и частичным перепрофилированием коечного фонда в каждом субъекте Российской Федерации на основе тщательного анализа маршрутов движения больных, создания необходимого количества реабилитационных коек, коек по уходу и паллиативной помощи, то есть обеспечением полного цикла лечения больных – от интенсивной терапии до наиболее полного выздоровления.

Важнейшее значение имеет развитие службы скорой медицинской помощи. Мы рады отметить, что формирование мобильной телемедицины на основе оснащения машин скорой помощи технологией ГЛОНАСС будет реализовано субъектами Российской Федерации уже до декабря 2012 года. Наряду с этим требует восстановления служба санитарной авиации. В настоящее время заканчивается формирование концепции ее развития как внутри каждого региона, так и на межрегиональном и федеральном уровнях, что имеет определяющее значение для здравоохранения ряда северных, восточных территорий страны и др.

Особого внимания заслуживает обеспечение потребности наших граждан в лекарственных препаратах и медицинских изделиях, специализированных продуктах лечебного питания. Все мы прекрасно понимаем, что без эффективных и безопасных лекарств невозможно



оказание качественной медицинской помощи. Отсутствие необходимых лекарств – это величайшая трагедия для врача и больного. Сегодня преодолены болезни, которые подробно обсуждались на съезде в 1988 году, а также физическое отсутствие лекарств и зарождение их черного рынка. Однако нашему времени свойственны иные проблемы – наличие широкого спектра высокоэффективных, преимущественно зарубежных препаратов при недостаточной их ценовой доступности для некоторых слоев нашего населения. Согласно указу Президента Российской Федерации, нам предстоит в ближайшее время представить на обсуждение стратегию лекарственного обеспечения населения и внести ее в правительство до 1 января 2013 года. Хотелось бы обратить внимание на то, что предполагаемое в будущем внедрение дополнительных государственных гарантий, таких как лекарственное страхование граждан или частичное возмещение стоимости лекарств при лечении в амбулаторных условиях, должно быть напрямую увязано со встречными обязательствами со стороны граждан. Такими обязательствами должны стать ведение здорового образа жизни, регулярное прохождение профилактических осмотров, выполнение назначений врача.

Система здравоохранения в каждой стране – это продукт ее уникальных условий, истории, политической жизни и национального характера. Не существует универсальной идеальной модели здравоохранения, пригодной для любой страны. Во всех странах мира система здравоохранения сталкивается с проблемами постоянного удорожания медицинской помощи за счет внедрения новых технологий и инновационных медицинских изделий и лекарств. Особенностью системы здравоохранения нашей страны является ее выход из советской государственной монополии, обеспечивающий равнодоступность населению бесплатной медицинской помощи одинакового для всех качества. Это определяет ожидания большинства населения Российской Федерации, особенно старшего поколения.

Сложным вызовом и одновременно важнейшей задачей отечественного здравоохранения является создание условий для сохранения принципов социального равенства и солидарности, но при постоянном обновлении стандартов медицинской помощи с включением в них наиболее эффективных и качественных современных медицинских технологий. Подобная гармония может быть достигнута лишь с помощью параллельной реализации двух процессов: оптимизации и повышения внутренней эффективности системы здравоохранения и активного инновационного развития медицины. По прогнозам экспертов, в ближайшее десятилетие страны с развитой экономикой полностью сменят технологический уклад и перейдут на использование новейших достижений в области биомедицины, информатики, нанотехнологий. Внедрение современной персонифицированной высокоэффективной медицины позволит преодолеть неизлечимые на сегодня заболевания, увеличить продолжительность жизни, существенно изменить представления о параметрах здоровья и потенциальных возможностях организма человека. Здравоохранение превратится в отрасль индустрии, производящую высококачественный интеллектуальный продукт. В России сохраняется огромный научный потенциал для развития биомедицинских технологий, но в то же время существуют организационные, кадровые, инфраструктурные проблемы, мешающие нам сделать рывок и догнать развитые в технологическом отношении страны.

Проект государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года включает специальную подпрограмму по инновационному развитию. Совместно с научным, медицинским, экспертным сообществом нам предстоит определить единые государственные приоритеты в области биомедицины, укрепить научные школы, сформировав научно-образовательные кластеры на базе лучших университетов и придав креативный характер образованию.

Ускорение инновационного развития потребует не просто параллельной, а опережающей подготовки квалифицированных кадров, научных и медицинских работников, носителей технологий. За три года, начиная с 2013 года, мы планируем технологически обновить научную инфраструктуру, создать сеть центров доклинических исследований, в которых будут созданы условия для разработки моделей заболеваний человека у животных, собраны коллекции различных биоматериалов и клеточных культур, сконцентрированы уникальные аппаратно-технические возможности. Чрезвычайно важно активнее внедрять программно-целевое финансирование биомедицинских



проектов, привлекать бизнес к управленческим функциям и сопровождению процессов внедрения новых медицинских продуктов.

В декабре 2012 года, в соответствии с указом Президента Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации внесет в Правительство Российской Федерации стратегию развития медицинской науки. Детализация стратегии и конкретные тактические шаги закладываются в государственной программе «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», в подготовке которой наряду с Министерством здравоохранения Российской Федерации и другими федеральными ведомствами принимали участие ведущие эксперты по всем основным направлениям медицины и здравоохранения. В настоящее время проект государственной программы активно обсуждается не только в государственных структурах, но и на площадках Открытого правительства и Общественной палаты Российской Федерации, на интернет-форумах. Все предложения и комментарии будут с благодарностью приняты и максимально учтены при доработке программы.

При всей значимости решения организационных, научно-методических, материально-технических, финансовых вопросов судьбу преобразования отечественного здравоохранения будут решать кадры, каждый из более чем трехмиллионной армии медицинских работников.

Принципиальное значение имеет подготовка будущих врачей, сегодняшних студентов медицинских вузов. Даже поверхностный просмотр учебных программ медицинских вузов свидетельствует о том, что подготовка студентов и врачей в наших университетах и академиях находится на очень разном уровне. Во многих вузах программы обучения фундаментальным биомедицинским дисциплинам, без которых современная медицина существовать не может, существенно отстают от достижений сегодняшнего дня. Чтобы изменить ситуацию, Министерством здравоохранения Российской Федерации инициированы пересмотр и обновление рабочих программ и учебных планов медицинских вузов в рамках принятых государственных образовательных стандартов третьего поколения. Рабочая группа, объединяющая ведущих специалистов по медицинскому образованию, научных сотрудников Российской академии медицинских наук, Российской академии наук, экспертов «Сколково», уже завершила анализ лучшего отечественного и зарубежного опыта и на его основе подготовила обновленные образовательные программы по наиболее значимым фундаментальным блокам. Среди таких блоков – молекулярная биология, молекулярная физиология, биоинформатика и др.

1 октября 2012 года начата широкомасштабная работа по повышению квалификации профессорско-преподавательского состава всех медицинских вузов. В полном объеме данная работа будет проведена за два учебных года. Это очень непростая задача, к ее выполнению подключены не только лучшие медицинские вузы, но и классические университеты, имеющие в своем составе сильные медицинские факультеты, в частности Московский и Санкт-Петербургский государственные университеты, а также Открытый университет «Сколково». Сближение высшего медицинского образования и современных научных школ будет осуществляться путем создания научно-образовательных кластеров на базе ведущих медицинских университетов и активного привлечения студентов к исследовательской работе. Работа уже начата и будет всемерно развита в 2013 году.

Конечно, нельзя забывать о практической стороне подготовки молодого врача. Для этого новыми образовательными стандартами предусмотрено увеличение доли практик начиная с младших курсов обучения. В ближайшие годы запланированы развитие университетских клиник и клинических баз, активное внедрение новых образовательных технологий, симуляционных и тренинговых классов, экспериментальных операционных для животных, виртуальных ситуационных программ и дистанционных интерактивных сессий, электронных информационных баз и библиотек, систем помощи молодому специалисту в принятии решений. Нужно подчеркнуть, что при обновлении учебных программ особое внимание уделяется сближению перечня навыков и умений выпускника медицинского вуза с клиническими протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Мы все понимаем, что врач должен учиться всю свою профессиональную жизнь. Внедрение системы непрерывного медицинского образования является настоятельным требованием времени и должно проводиться максимально комфортно, по возможности без длительного



отрыва специалиста от рабочего места, с использованием механизмов накопления кредитных баллов, дистанционных методов обучения. Министерство здравоохранения Российской Федерации призывает все медицинское сообщество принять самое активное участие в отработке профессиональных стандартов и состыковке их с образовательными вузовскими и послевузовскими программами, совершенствовании механизмов неформальной квалификационной аттестации врачей. Предусмотренное Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внедрение аккредитации медицинских работников позволит нам с 2016 года перейти на новое для нашей страны формирование индивидуальных листов допуска к конкретным видам медицинской деятельности, что повысит ответственность каждого врача за результаты своей работы.

Обеспечение отрасли здравоохранения кадрами – одна из самых сложных среди стоящих перед нами задач. Необходимо обеспечить не просто достаточное количество медицинских работников, но соответствие их профиля и квалификации реальным потребностям трехуровневой системы оказания медицинской помощи. За период с 2000 по 2010 год доля работников здравоохранения до 45 лет сократилась на 12%. Не все выпускники медицинских вузов, колледжей и училищ приходят работать по профессии, сохраняется отток высококвалифицированных специалистов из медицинских организаций государственной системы здравоохранения. Причиной этого являются низкий уровень заработной платы и сложное социальное положение медицинских работников в государственных и муниципальных медицинских организациях. По данным Росстата, среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения в 2012 году составила менее 18 тыс. рублей, или 73,5% от средней зарплаты по экономике страны. При этом среднемесячная зарплата работников муниципальных учреждений здравоохранения, которые составляют 45,7% от всех медиков, составила всего 14,6 тыс. рублей, то есть 62,7% от средней зарплаты по стране. Повышение социального статуса врачей и других медицинских работников, улучшение их материального положения является одним из наиболее значимых факторов их мотивации к творческому труду и самоотдаче. Без обеспечения этих условий нам не удастся укрепить кадровый потенциал отрасли, повысить престиж медицинской профессии, ликвидировать отток медицинских кадров. Метрой чрезвычайной важности является повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до уровня, двукратно превышающего средний уровень зарплаты по региону, а заработной платы среднего и младшего персонала – до 100%. Необходимо подчеркнуть, что законодательно заложенное развитие системы ОМС на базе новых стандартов медицинской помощи позволит обеспечить необходимые темпы роста заработной платы медицинских работников до 2015 года при условии правильного проведения тарифной политики субъектами Российской Федерации.

Обязательным условием эффективного функционирования всей системы здравоохранения является закрепление подготовленных кадров на конкретных рабочих местах, в том числе в удаленных районах страны и сельской местности. Имеющиеся на сегодня целевые системы обучения не могут гарантировать возврата специалиста в тот регион, по направлению которого осуществлялась его подготовка. В среднем по стране до 35% целевых студентов и ординаторов не отрабатывают свое обучение, а в ряде регионов этот показатель достигает 70%. Реальными механизмами целевого трудоустройства специалистов должны стать новые формы целевой контрактной подготовки в медицинском вузе, колледже или училище, включая и целевую послевузовскую, а также дополнительную профессиональную подготовку. Данные контрактные формы разработаны Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации и закреплены в новом законопроекте об образовании, внесенном на рассмотрение в Государственную Думу. Условия контракта позволят определить юридически обоснованные обязательства сторон: со стороны администрации региона это социальная и финансовая поддержка абитуриента, студента и выпускника, со стороны молодого специалиста – обязательная отработка в течение не менее трех лет после окончания вуза на подготовленном специально для него рабочем месте.

Важнейшей и эффективной инициативой Правительства Российской Федерации, повышающей заинтересованность молодых специалистов в трудоустройстве в сельских медицинских



организациях, явилось введение единовременных выплат в размере 1 млн рублей. Благодаря этой мере только за 2012 год сельскую медицину пополнили 3,9 тыс. врачей. Считаем полезным продолжить данную программу на 2013 год и распространить ее на молодых специалистов, приступивших к работе в медицинских организациях рабочих поселков.

Вместе с тем следует отметить значительную долю ответственности за организацию и предоставление мер социальной поддержки медицинским работникам со стороны органов управления субъектов Российской Федерации. Необходимо напомнить, что по указу Президента России каждый субъект Федерации должен сформировать свою региональную программу кадрового обеспечения здравоохранения, содержащую механизмы привлечения молодых специалистов и сохранения имеющегося кадрового потенциала.

Не только профессионализм, но и чувство ответственности, доброта и милосердие являются отличительными чертами представителей врачебной профессии. Большую тревогу вызывает тот факт, что в последнее время одной из главных жалоб на медицинских работников стало нарушение ими норм деонтологии и медицинской этики. Не вызывает сомнений, что большинство врачей верны профессии и данной некогда клятве, однако грубость, равнодушие и невнимательность со стороны отдельных медицинских работников, факты финансового вымогательства порочат не только отдельных представителей, но и в целом всю профессию врача. Мы надеемся, что общими усилиями мы восстановим доверие к медицинскому сообществу, доверие к врачу. Главное, что должно быть предпринято, – это совершенствование организации самого врачебного сообщества. Врач, позволивший себе недопустимое поведение в отношении больного, должен быть прежде всего осужден коллегами, отторгнут самим врачебным сообществом. Назрела необходимость развития медицинских профессиональных общественных организаций, способных координировать вопросы развития всех основных направлений современной медицины, объединять врачей на основе корпоративной ответственности и корпоративной этики. Созданная в настоящее время законодательная и нормативная база позволяет активно и последовательно формировать профессиональное самосознание и саморегулирование врачебного сообщества. Только консолидация на принципах профессионализма, ответственности, честности и равноправия позволит нам достойно ответить на вызовы современности и укрепить главное достояние нашей страны – здоровье и жизнь россиян.

ПО МАТЕРИАЛАМ ВЫСТУПЛЕНИЯ
НА ПЕРВОМ НАЦИОНАЛЬНОМ СЪЕЗДЕ ВРАЧЕЙ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
5 ОКТЯБРЯ 2012 ГОДА, МОСКВА