

Татьяна Голикова: «Медицина — как плохой ребенок»

Министр здравоохранения — о том, почему все хорошо и в то же время плохо.

Когда моя мама периодически начинает рассказывать про свою работу, мне хочется кого-нибудь убить. Поскольку мама работает врачом, то этим кем-то, как правило, оказывается министр здравоохранения. Один из результатов этого интервью в том, что лично мне, по крайней мере на время, расхотелось это сделать. Второй — в том, что министр здравоохранения захотела поговорить с моей мамой.

Министр и врачи

Готовясь к интервью, я спросила нескольких знакомых врачей, о чем они хотели бы вас спросить. Два варианта ответа были самыми популярными. Одни говорили, что ни о чем не хотят вас спрашивать, но хотели бы привести вас в свою больницу и показать, как у них устроен рабочий процесс. В связи с этим мой вопрос: когда вы последний раз общались с обычным врачом?

Позавчера.

И второй популярный вопрос: где вы лечитесь?

В России.

Где в России?

В Москве.

Где в Москве?

Как стояла на учете в поликлинике Минфина, так и стою. С момента перехода из Министерства финансов в Минздравсоцразвития к врачу не обращалась.

Полезная для здоровья работа — руководить здравоохранением?

Нет, почему? Может, просто здоровье хорошее.

Давайте тогда про врача: когда последний раз говорили с рядовым врачом по душам, в неофициальной обстановке?

Позавчера.

Что это был за врач?

Там были разные врачи. (Имеется в виду визит в больницу скорой медицинской помощи в Набережных Челнах. — «РР»). Пока Владимир Владимирович не приехал, я достаточно долго ходила по больнице, общалась и с врачами, и с пациентами.

Это же официальный визит. Вряд ли врачи в такой ситуации с вами откровенничают.

Почему вы так считаете?

Вы что-то от них услышали нелестное в адрес министерства?

Откровенное не всегда значит нелестное. Не все зависит от министерства. У нас медицина на самом деле децентрализована, есть федеральный уровень ответственности, и есть региональный. Врач, может быть, и думает, что министерство виновато, но происходит это в силу того, что нет полного понимания, как

здравоохранение устроено на сегодняшний день. И сама постановка вопроса очень странная. Вы хотите мне задать вопрос, была ли я в московской больнице? Была. Была ли я в тульской больнице? В тульской не была. Была в ярославской, в белгородской и во многих других. Для меня ваш вопрос не выглядит провокационным.

У меня и нет цели вас провоцировать. Я пытаюсь понять, насколько учитывается мнение рядового врача в процессе принятия серьезных решений.

Еще раз говорю — очень странная постановка вопроса. Вы ставите вопрос, исходя из негатива. Почему он исходит из того что я не общаюсь с врачами и пациентами, я достаточно часто общаюсь, и с врачами, и с пациентами.

Предыстория. Накануне интервью я по просьбе пресс-службы министерства прислала список предполагаемых вопросов, включая просьбу произнести «речь в лифте» — за одну минуту убедить медицинское сообщество, что на самом деле министерство хочет добра. Пресс-служба ответила: «Странный вопрос. Все решения МЗСР обсуждаются с профсообществом. Это ведущие специалисты, вот список». Я уточнила: «Хотите сказать, что непонимания нет?» Помощница министра София Малявина подтвердила: «Наоборот, есть понимание и сотрудничество на протяжении уже нескольких лет».

Возможно, я исхожу из негатива, но я так поступаю потому, что есть ощущение непонимания между министерством и медицинским сообществом...

Это ваше мнение, которое, видимо, сформировано... я не знаю, под влиянием кого или чего. У меня противостояния с врачебным сообществом нет.

Несколько крупных врачебных организаций — Пироговское движение врачей, Общество специалистов доказательной медицины, Национальная медицинская палата — выступают с жесткой критикой действий министерства.

Они хоть раз со мной бы подискутировали на какую-нибудь тему.

Вам приходится от них слушать упреки или мысли о том, что что-то делается не так?

Конечно. Но они скорее не так говорят: не делается не так, а как бы им хотелось, чтобы было сделано, это будет более правильным ответом на ваш вопрос. Вы ставите вопрос, исходя из негатива.

Вы их звали, а они не хотят с вами разговаривать?

Проблема не в этом. Проблема в том, как они хотят разговаривать. Когда речь с их стороны идет только о том, что нужно критиковать и ничего взамен не предлагать, это очень «хороший» подход. Я здесь работаю четыре года. Пироговское движение, Общество доказательной медицины — что они сделали для российского здравоохранения? Задайте им такой вопрос. Они давно существуют. Что с их помощью было изменено к лучшему в здравоохранении? Я всегда исхожу из того, что есть разумная критика и есть предложения, которые можно обсуждать. И тех, кто нормально сотрудничает, мы никогда от себя не отталкиваем. Я не знаю, чем они недовольны. Потому что я всегда исхожу из того, что есть разумная критика и есть предложения, которые можно обсуждать. И тех, кто нормально сотрудничает, мы никогда от себя не отталкиваем.

А что вкладывается в понятие нормального сотрудничества?

Когда люди предоставляют свои предложения, говорят: нам хотелось бы, чтобы было так, вот здесь у нас пробелы, давайте решать. Естественно, мы находимся в режиме обсуждения, естественно мы принимаем решения. Почему вы считаете, что мы закрыты? У нас есть внештатные эксперты при министерстве, врачи, которые возглавляют профессиональные сообщества - хирургов, терапевтов, педиатров, офтальмологов, онкологов... А то, что некоторые люди делают себе имидж только на критике — это их выбор. Простой пример. Они все пытались участвовать в известном законе об охране здоровья. И что? Что они — Пироговское движение, Общество доказательной медицины — предложили? Ничего.

Насколько я знаю, в закон была внесена масса поправок, а второе чтение в Госдуме отложили, дав время доработать закон, главным образом на фоне волны критики, поднятой главой Национальной медицинской палаты Рошалем.

Да, поправки были внесены. Но ни Пироговское движение, ни Общество специалистов доказательной медицины их не формулировали. Участвовали профессиональные сообщества, пациентские организации, региональные специалисты, которые представляют соответствующие врачебные общества

Давайте возьмем другой пример. Известно, что по онкологическим заболеваниям заложенный в квоту тариф у нас значительно меньше реальных затрат на лечение...

Смотря что вы понимаете под тарифом.

Я имею в виду сумму, которую выделяет на лечение государство.

Но ведь квота - это не все. Объясню. Стоимость квоты на сегодняшний день — это не стоимость лечения. Знака равенства между этими понятиями нет. Федеральные учреждения, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), помимо квот получают финансирование из бюджета. В стоимость квоты, рассчитанную, между прочим, самими специалистами по каждому профилю, входят только несколько статей расходов — заработная плата, расходные материалы, лекарственное обеспечение и маленькая часть расходов на оборудование, а остальные расходы лечебного учреждения финансируются по смете. Такой подход был сформирован еще до моего назначения на эту должность. На данный момент лечебные учреждения пока не готовы все свои расходы собрать в стоимость квоты. Поэтому оставшиеся затраты финансируются по смете.

Хорошо, неважно, по какой статье выделяются деньги, — важно, что фактически лечение обходится дороже государственного финансирования.

Почему вы так думаете?

Потому что в противном случае не было бы благотворительных фондов, которым приходится собирать деньги на лечение.

А вы хотите сказать, что благотворительные фонды существуют не потому, что они благотворительные, а потому, что государство не дает достаточно денег? Я хочу сказать спасибо всем фондам, которые участвуют в этой работе, как и в других странах мира. Но это не значит, что государство это не финансирует.

Присутствовавшая на интервью помощница Голиковой София Малявина подтвердила как ответственный за связь с фондом «Подари жизнь», что фонд тратит деньги только на бытовые нужды пациентов, а также на лечение за границей или покупку незарегистрированных в России лекарств. Я не могла поверить в это, даже несмотря на два авторитетных заявления, и уточнила в самом фонде. Вот его данные: в 2011 году фонд «Подари жизнь» потратил на покупку зарегистрированных в России лекарств 218 млн 896 тыс. рублей, из них 177 млн были потрачены на закупку лекарств для больниц, остальное — в качестве адресной помощи пациентам. На покупку незарегистрированных в России лекарств было потрачено 13 млн рублей.

Министр и система

Я заговорила про квоты в контексте разговора о взаимопонимании с профессиональным сообществом. Помню, как врачи РДКБ однажды рассказывали, что когда принимались новые нормативы по квотам, их действительно приглашали на обсуждения, и они довольно много времени на это потратили. А потом вышел документ, в котором стоимость квоты оказалась в семь раз ниже той, которую аргументировали они.

Я вам только что объяснила. Вы получили какую-то информацию от специалистов, и говорите, что это истина в последней инстанции, а я вам говорю иначе — и вы говорите, что это не так.

Нет, я же вас спрашиваю. Вот врачи говорят одно, а министерство делает другое.

Я вам объяснила, что размер квоты не равен всем затратам на лечение. Вы не слушаете. Ну, хорошо.

Я слушаю, просто иногда не верю своим ушам. Я правильно понимаю, вы хотите сказать: денег на онкологию выделяется достаточно?

Я хочу сказать другое: денег на лекарственное обеспечение пациентов, которые находятся на амбулаторном лечении, действительно выделяется недостаточно. Но, к сожалению, не все зависит от федерального бюджета. На сегодняшний день это лекарственное обеспечение закреплено за регионами, и иногда они выделяют недостаточно средств. Что обязан обеспечивать федеральный бюджет — он обеспечивает. Но при этом ежегодно при формировании бюджета объемы ресурсов на ВМП увеличиваются, и количество людей, которые этой помощью пользуются, растет.

Я уже поняла, что ключевое выражение в лексиконе министра — «на сегодняшний день». У него масса коннотаций, и все положительные. Если есть какая-то проблема, то это только «на сегодняшний день», а завтра будет лучше. Если, наоборот, требуется сообщить об успехах, то «на сегодняшний день» — по сравнению со вчерашним — успехи таковы... Еще эта фраза позволяет тянуть время при ответе на вопрос. Благодаря обилию обтекаемых формулировок министр говорит ровно и спокойно, почти как по бумажке. А слушающий, напротив, ерзает и нервничает в ожидании ответа по существу.

Нынешнее правительство будет отправлено в отставку после инаугурации президента, то есть в мае. Давайте попробуем подвести какие-то итоги. Какая из проблем, которые вам пришлось решать на посту министра, оказалась самой сложной?

Очень долго мы подбирались к тому, чтобы изменить законодательство. В сфере здравоохранения оно достаточно чувствительное, и любые решения принимаются очень сложно. Я неоднократно говорила, что законодательство в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования с 93-го года не менялось. На мой взгляд, большой ошибкой было то, что систему полностью децентрализовали. Эту ошибку пришлось исправлять, когда мы готовили закон об основах охраны здоровья граждан. В советское время система была абсолютно централизованной, но в 90-е годы, когда совсем не было денег, решили сбросить полномочия на регионы, потом углубили это и переложили еще часть полномочий на муниципальные образования. А при том количестве муниципальных образований — более 20 тысяч, — которые есть в России, понятно, что они ввиду разной финансовой обеспеченности не в состоянии предоставлять медицинскую помощь одинакового уровня. В новом законе мы это исправили.

Вы передали полномочия муниципалитетов по организации здравоохранения назад в регионы. Что дальше, нужна еще большая централизация?

Я считаю, что нет, Федерация и регион — это уже достаточный уровень централизации.

Есть какие-то вещи, которые сейчас определяются регионами, а, на ваш взгляд, должны решаться в Москве?

Есть. Мы достаточно долго это обсуждали и приняли консолидированное решение. Мы все-таки считаем, что нормативная база, которая выстраивает саму систему, должна быть единой.

До какого уровня нормативная база?

Программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, порядки, стандарты, перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов.

А регионам что остается?

А они уже устанавливают отношения непосредственно с лечебными учреждениями.

Лекарства закупает тоже регионы. Проблемы возникают постоянно. С этим можно что-то сделать?

По законодательству, я не могу напрямую повлиять, как организуются в регионе конкурсы на закупку лекарств. Это компетенция регионов. Но нельзя сказать, что мы ничего не предпринимаем. Ежегодно и не по одному разу мы с регионами проводим селекторные совещания, руководители местных департаментов здравоохранения перед нами отчитываются. В конце декабря 2011 года представители департамента здравоохранения Москвы отчитывались, что они готовы, но, тем не менее, случился этот сбой.

И какая наступает ответственность, если он перед вами отчитался, а лекарства не закупил?

По лекарствам есть федеральные полномочия, и если конкретный регион не исполняет их, я могу выйти в правительство и предложить изъять эти полномочия. Если региональные — то решения принимает губернатор. Я могу его только просить, поскольку жалобы поступают к нам. Если я вижу вопиющую ситуацию, я направляю соответствующую проверку Росздравнадзора. Поднять финансы на уровень Федерации мы не можем, потому что законодательство устроено так, что за кем записаны полномочия — за ним закреплены и финансовые ресурсы на реализацию, и разорвать это невозможно. Но если поднять и полномочия, и деньги, то Минздрав будет заниматься централизованно закупкой лекарств для всех регионов страны. Это нереально.

Еще про лекарства. У нас в любой аптеке продаются без рецепта антибиотики, что противоречит всем международным нормам: их бесконтрольное использование приводит к появлению устойчивых бактерий.

Если антибиотики продаются без рецепта — значит, те, кто их продает, нарушают законодательство. Потому что есть норма: если в инструкции написано, что препарат отпускается по рецепту, то так и должно быть.

Вы не знаете, что в любой аптеке антибиотики продаются без рецепта?

Не в любой. Но если есть такие случаи, то это прямое нарушение, и Росздравнадзор должен пресекать эти нарушения посредством проверок, штрафов и лишения лицензий.

Вы не видите в этом медицинской проблемы?

Это ответственность того конкретного человека, который отпускает. Если есть недобросовестные исполнители, то их надо либо увольнять, либо наказывать. Не так?

Так.

И я вам отвечаю. В процессе контрольных проверок, если эти факты фиксируются, выносятся предписания.

Конец раунда. Министр переглядывается с сотрудниками пресс-службы, их лица дублируют эмоции министра. Когда она словно удивляется моему нежеланию понять очевидные вещи, они удивляются вместе с ней. Когда она улыбается, они тоже улыбаются.

Давайте про деньги поговорим. У вас как у министра есть еще ресурс влияния для увеличения расходов бюджета на медицину?

Я считаю, что внутри самой системы здравоохранения еще есть ресурс. Это не значит, что в ней есть лишние деньги. Я имею в виду ресурсы более эффективного перераспределения средств. Хотя, конечно, даже получив сейчас дополнительное финансирование от работодателей в виде отчислений 2% в ОМС (всего 5,1%), мы все равно не имеем достаточного ресурса.

Так есть ли у вас возможность выбивать больше?

Есть.

Тогда почему не выбиваете?

А вы не считаете последние решения о модернизации здравоохранения — 460 миллиардов — достаточными для первого этапа?

А вы?

За четыре года сам бюджет здравоохранения, без учета средств системы ОМС, без учета этих 460 миллиардов, полученных за счет увеличения отчислений работодателей, вырос почти в два раза. Кроме того, с первого января мы ввели специальную норму о страховании неработающего населения, это только в 2012 году позволит привлечь в систему дополнительно 40 миллиардов. Что касается программы модернизации, на которую планируется потратить 460 миллиардов, то было принято единственно, на мой взгляд, правильное решение: на первом этапе привести в порядок лечебные учреждения, обеспечить оборудованием, информатизировать. Начиная с 2013 года эти расходы (порядка 230 миллиардов в год) пойдут дополнительно на обеспечение тарифа, то есть на зарплату медработникам, на лекарства и так далее. Теперь отвечаю на вопрос, а надо ли сейчас, сию минуту еще денег. Когда мы в прошлом году деньги передали в регионы, для их учреждений, то в первые полгода они вообще не осваивались. Потому что система не видела никогда таких больших денег одновременно и не была готова к их освоению. И только во втором полугодии прошлого года, а в некоторых регионах даже позже, наконец-то начали выходить на понимание того, как надо расходовать, куда вкладывать. Важно, чтобы система была подготовлена к тому, чтобы потребить ресурс на тариф. До 2014 года средства на все программы и проекты в здравоохранении заложены в бюджете.

Министр и ужас

Вообще, я должна сказать, мне очень странно, что сегодняшнее интервью построено на противопоставлении министерства и сообщества. Мне представляется, что только совместная работа на благо наших пациентов и есть то, чем мы должны совместно заниматься. Я не знаю, откуда у вас возникло это ощущение...

У меня, например, мама работает врачом.

А где она работает?

В областном центре. Но каждый день собирается увольняться. Последней каплей стало внедрение стандартов. Их ввели по нескольким болезням, а по остальным еще не ввели. У них в отделении, например, по гипертонии стандарт уже есть, а по инфаркту нет. Поскольку за лечение по стандарту больница получает значительно больше денег, то тем, кому «повезло», стараются делать все необходимые по стандарту обследования, а на остальных не остается уже никаких ресурсов, потому что в больнице не хватает ни врачей, ни оборудования.

Я могу сказать, что это перегиб на месте. Дело в том, что мы исходили из того, что стандарты должны быть введены окончательно по завершении программы модернизации здравоохранения. Не может лечебное учреждение, если оно не имеет необходимого оборудования, если оно не имеет переподготовленного, готового работать на этом оборудовании персонала, исполнять стандарты.

Ну, на гипертонию хватает. На инфаркты не остается.

Это абсолютный перегиб на месте. Я могу и маме это ответить, и можете совершенно спокойно это зафиксировать в интервью. Потому что, когда мы ориентировали регионы на систему совершенствования стандартов, они должны были так распределить финансовый ресурс, чтобы врачи и средний медицинский персонал не имели между собой противостояния по финансовому обеспечению. Потому что ресурс приходит на учреждение, а не на конкретного специалиста. И эта система управления организуется главным врачом.

Дело не в том, что один врач получает больше, а другой меньше. Дело в том, что по стандарту приходится делать массу обследований, в том числе не всегда нужных конкретному пациенту.

Так я не понимаю, это плохо или хорошо?

Это хорошая идея. Но когда в больнице не хватает оборудования и специалистов, то получается плохо.

Видимо, просто недостаточный объем... То есть количество пациентов большое, а количество ресурсов, которые территория дает на обеспечение этих пациентов, — оно недостаточное. Поэтому врачи, понимая, что внедряется стандарт по кардиологии, они направляют сюда больше сил и средств, оттягивая от других пациентов... Чистый перегиб.

Как главврач может устоять перед соблазном, если это живые деньги для больницы?

Ну понятно, живые деньги. А что, другие пациенты с другими заболеваниями — это второго сорта люди?

Вот и я о том же. Но главврач поступает, мне кажется, естественно.

Плохой главврач? Надо главврача уволить?

Я не знаю, я не министр. Может, предусмотреть механизмы, сдерживающие «жадность» главврача...

Вы, наверное, понимаете, что управлять каждой больницей с федерального уровня невозможно. Поэтому есть управление здравоохранением региона и есть специальные тарифные комиссии в регионах, которые распределяют ресурсы между лечебными учреждениями в зависимости от имеющегося контингента больных. При этом я хочу сказать, и никогда этого не скрывала, что система ОМС в целом по России дефицитна, и насколько дефицитен регион, настолько дефицитно и здравоохранение в этом регионе. Мы хотим, чтобы эти стандарты, которые будут внедряться, были полностью обеспечены финансовым ресурсом. И, понимая, что за один год это сделать нельзя, мы рекомендовали главам регионов, чтобы они сориентировали главных врачей, что нельзя ущемлять интересы пациентов из-за того, что по одному заболеванию уже внедряется стандарт, а по другому еще нет.

То есть у главврача на одной чаше весов то, как его «ориентировали», а на другой — деньги для больницы.

Ресурс должен рационально распределяться, повторяю. Это так устроено в регионах.

Мне кажется, что это проблема не денег, а качества управления. Может быть, проработать сдерживающие механизмы для главврачей?

Надо, видимо, с главврачом разбираться. Сдерживающие механизмы есть, они определяются тем, каких больных ведет учреждение. Все равно в системе конкуренция будет так или иначе развиваться. И пациенты будут идти в то учреждение, где оказывается более качественная медпомощь. К сожалению, в системе управления... Это просто более глубокий разговор, чем одно интервью... Очень важна организация самой системы внутри региона, схема направления пациентов и соответствующее финансовое обеспечение. К сожалению, этим регионы начали заниматься только совсем недавно. Никто не хотел этим заниматься, когда не было денег. Сейчас деньги появились, и система начала очень медленно, пробуксовывая, выстраивать себя. Было бы абсурдным мне вам говорить, что завтра будет все хорошо. Должен пройти определенный период настройки и организационной, и финансовой, пока система не перейдет на новый уровень. Завтра не будет все хорошо. Когда говорят, что медицина в Германии или какой-то другой стране на порядки лучше, чем у нас... Это правда. При этом уровень недовольства там почти такой же, как у нас, но само здравоохранение существенно лучше. Но она десятилетиями, столетиями там складывалась. Мы, извините, развалили в 90-е годы, более-менее серьезные деньги начали появляться в здравоохранении с появлением нацпроекта. Сейчас запустили программы модернизации, это фактически впервые за 20 лет система получила зримо больший ресурс, чем получала в предыдущие годы, даже в советское время. И мы не можем требовать от нее, чтобы она перестроилась мгновенно. Нужно хотя бы два года, чтобы стали проявляться качественные изменения.

В этом месте интервью «для записи» закончилось. Голикова стала спрашивать меня, чем еще недовольны врачи, с которыми я общалась. Постепенно мы перешли на личности...

- Мне, когда я общаюсь с врачами, тоже иногда кажется, что это достаточно консервативная среда, любой ее реформатор испытывал бы объективные трудности.

А вы знаете, что сообщество врачебное крайне пассивно? Оно начинает обсуждать что-либо, только когда про это начинают говорить публично. Вот сейчас такая же история. Вслед за законом об охране здоровья идет закон по внесению изменений в другие законы в связи с его принятием. Он был опубликован более полугодом назад на сайте министерства. Сколько там комментариев? Три. Среда консервативная. Но вы же понимаете, Аня, что здравоохранение нужно развивать.

Может, объяснять надо больше, разговаривать. Чаще встречаться.

А вы думаете, мы не объясняем? Объясняем. Более того... Я вам говорю сейчас не как министр здравоохранения, а как человек. Я когда сюда пришла, у меня был ужас. Это мое было первое ощущение. Потому что мне казалось, что я попала в Министерство финансов двадцатилетней давности. Ничего нет. Вообще. Вся законодательная база старая, все приказы — Советского Союза или РСФСР, и по ним живут, потому что других нет. А жизнь уже ушла вперед. Отрасль осталась даже не консервативной... Ей, как плохому ребенку, внимания не хватило.

Внимания законодателей?

Да вообще никакого. И ужас-то состоял в том — можете верить этому, можете не верить, жизнь нас рассудит потом, — что понадобилось два года, чтобы только подступиться... Не будешь же сразу какие-то деньги кидать куда-то. Надо как-то готовить, адаптировать систему. Поверьте, получать дополнительный ресурс на здравоохранение — это не банальная задача.

Через два часа вместо обещанного часа разговора я выключила диктофон, и тут произошло самое неожиданное. «А вы можете привести ваших врачей ко мне? — спросила Голикова. — Пусть расскажут, чем они недовольны». Я уточнила — она это серьезно? Она сказала: «Да. Сколько вам надо времени? Неделю, месяц? А сколько врачей приведете?»

Встреча назначена на середину марта. «РР» сообщит о ее результатах.

Автор: Анна Рудницкая © Русский репортер СТРАНА, РОССИЯ 2822 19.03.2012, 11:52 426

URL: <https://babr24.com/?ADE=103830> Bytes: 25223 / 24804 Версия для печати

 [Порекомендовать текст](#)

Поделиться в соцсетях:

Также читайте эксклюзивную информацию в соцсетях:

- [Телеграм](#)

- [ВКонтакте](#)

Связаться с редакцией Бабра:

newsbabr@gmail.com

Автор текста: **Анна**

Рудницкая.

НАПИСАТЬ ГЛАВРЕДУ:

Телеграм: [@babr24_link_bot](#)

Эл.почта: newsbabr@gmail.com

ЗАКАЗАТЬ РАССЛЕДОВАНИЕ:

эл.почта: bratska.net.net@gmail.com

КОНТАКТЫ

Бурятия и Монголия: Станислав Цырь

Телеграм: [@bur24_link_bot](#)

эл.почта: bur.babr@gmail.com

Иркутск: Анастасия Суворова

Телеграм: [@irk24_link_bot](#)

эл.почта: irkbabr24@gmail.com

Красноярск: Ирина Манская

Телеграм: [@kras24_link_bot](#)

эл.почта: krasyar.babr@gmail.com

Новосибирск: Алина Обская

Телеграм: [@nsk24_link_bot](#)

эл.почта: nsk.babr@gmail.com

Томск: Николай Ушайкин

Телеграм: [@tomsk24_link_bot](#)

эл.почта: tomsk.babr@gmail.com

[Прислать свою новость](#)

ЗАКАЗАТЬ РАЗМЕЩЕНИЕ:

Рекламная группа "Экватор"

Телеграм: [@babrobot_bot](#)

эл.почта: equatoria@gmail.com

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО:

эл.почта: babrmarket@gmail.com

[Подробнее о размещении](#)

[Отказ от ответственности](#)

[Правила перепечаток](#)

[Соглашение о франчайзинге](#)

[Что такое Бабр24](#)

[Вакансии](#)

[Статистика сайта](#)

[Архив](#)

[Календарь](#)

[Зеркала сайта](#)