

СТРАТЕГИЯ ЗА КОМПЛЕКСНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯТА НА ПАЗАРНА ИКОНОМИКА

**Париз Паризов,
Александър Апостолов**

Резюме. Целите и задачите, които авторите си поставят, се свеждат до: изясняване статуквото на хората с увреждания, очертаване на важните за тях самите и за българското общество проблеми, отричане на стари и предлагане на нови стратегии, действащи програми и модели за комплексна рехабилитация на хората с увреждания в България. Приложена е интуитивно-логическа интердисциплинарна методика, от която най-често са използвани анализът и синтезът, индукцията и дедукцията, групирането и класифицирането, систематизирането и периодизирането. Резултатите от изследването са: осветляване на данни и анализи, съхранявани в миналото като класифицирана информация, утвърждаване на редица действащи закони и подзаконовни нормативни документи, мотивирано отхвърляне на най-новото административно решение да не се изграждат рампи за количките на инвалиди в действащите аптеки, предлагане на авторизиран модел за обгрижване на хората с увреждания и др. Изводите и препоръките се свеждат до: възстановяване на отменената наредба за задължително изграждане на рампи за инвалидни колички, с които инвалидите да стигат до касите на аптеките, подобряване организацията на звената за експертиза на трудоспособността, като се премине от тясномедицинския модел към по-обективния медико-социален модел, включващ и специалисти по социални дейности, социални психолози, социални педагози и др., дистанционно обучение на инвалидите при налагаща се преквалификация.

Keywords: people with disabilities, comprehensive rehabilitation, legal documents, architectural and transportation barriers

Въведение

За целите на нашето проучване разделяме хората на две групи: такива, които създават условия за травми и увреждания, пряко ги предизвикват, приемат ги като нещо неизбежно и предопределено, зареждат се негативно, защото ги считат за бreme на обществото и за преки виновници за личните им неблагополучия, и такива, които правят профилактика на заболяванията, водещи към увреждане и инвалидизация, стараят се точно да определят вида и степента на

уврежданията, определят необходимото медикаментозно и социално лечение, разработват програми и мероприятия за недопускане на по-нататъшни усложнения, за относителна стабилизация, за рехабилитация на хората с увреждания, независимо от степента на тяхната инвалидност. Тъкмо към тази половина на човечеството е насочено и нашето проучване, към тази част от гражданското общество и естествено към органите на изпълнителната и съдебната власт в България, които могат да допринесат за изясняването и решаването на многобройните проблеми на хората с физически увреждания.

Една немалка част от тези увреждания се дължат на производствени и пътнотранспортни злополуки и аварии. Вярвайки, че тези инциденти ще намаляват с повишаване общата култура и информираността на населението, ние насочваме нашето внимание към уврежданията, предизвикани главно от инфекциозни и неинфекциозни заболявания.

Цели и задачи

Целите и задачите, които си поставяме, са единствено възможните: да внесем по-голяма яснота относно статуквото на хората с увреждания, да очертаем някои от важните за тях самите и за българското общество и държава проблеми, за да отречем, допълним или да предложим нови, по-действени програми и модели за комплексна рехабилитация на хората с увреждания в нашата страна.

Материал и методи

Както ние в дългогодишните си проучвания, така и други изследователи в близки науки и практики, сме прилагали разнообразна методика, но тук ще посочим само най-важните методи, които сме използвали. Това са преди всичко интуитивно-логическите интердисциплинарни методи: анализ и синтез, индукция и дедукция, групиране и класиране, систематизиране и периодизиране и т.н. (Апостолов, 2008).

Широко приложение в нашата изследователска практика намират и редица социологически методи и подходи, както и научните похвати на ускорено развиващата се в България специалност „Социални дейности“ в такива водещи български университети като ЮЗУ – Благоевград, СУ „Св. Кл. Охридски“, ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, във Варненския и Бургаския свободен университет и др.

Настоящата разработка се базира върху нашите най-мощни (засега) проучвания в страната (Паризов, 2002), както и някои наблюдения и анкети сред хора с трайни увреждания от други учени-изследователи.

Резултати и обсъждане

I. Статистиката относно хората с увреждания и преди, а и до ден-дневен, си остава непълна и несигурна. В България не съществува специализирано отчитане на всичко, свързано с инвалидите и хората с физически увреждания. Единстве-

но при определени проучвания данните са достоверни и близки до реалните за страната (Богданов, 2000). Отсъствието на точни и обективни данни за хората с увреждания за цялата страна се обяснява и с разнопосочните интереси на организациите и институции с пряко отношение към уврежданията и инвалидизацията.

Съюзът на инвалидите например дава по-високи стойности за инвалидите в България, старейки се да привлече вниманието на трите власти към наистина тежките проблеми на хората с увреждания. Националният статистически институт предлага различна информация. Единствено звеното на трудовата експертиза се доближава до реалните стойности на националните показатели. С резерви приемаме дори техните данни, предвид неизнесените в средствата за информация случаи на корупция и рекет, необективното определяне на процентите на инвалидност и редица други недостатъци на звената за експертиза за временната и трайната нетрудоспособност.

Остава ни единствено интуитивното определяне на броя на този контингент, и то сравнявайки го с приетата априори констатация за относителния дял на хората с увреждания в Европа. Приема се, че всеки осми европейец е инвалид, получил увреждане основно в индустрията, а и в резултат на транспортни инциденти. У нас всеки десети български гражданин е получил своето увреждане в резултат на химически и психически фактори, както и при интензивно увреждане на околната среда. Опити за ограничаване на инвалидизиращото влияние на околната среда прави Европейският съюз, но отпусканите от него помощи, както изнася българският печат, попадат не по предназначение, а в джоба на най-активните еколози.

Според Н. Цачева (2012) инвалидите в България са малко повече от 500 000, а това означава, че около половин милион български граждани с увреждания се нуждаят от специални грижи и комплексна рехабилитация. Тази значителна бройка, а и впечатлението, че тя се увеличава през последните години, налага определени изводи и препоръки, както и формирането на стратегии, касаещи българското правителство, законодателите и специализираните звена за експертиза на трайната нетрудоспособност.

Много по-голяма достоверност имат данните, получени от Наташка Данова (2012), касаещи първичната инвалидност през 2010 г. Само за една година различни проценти на първична инвалидност са признати при деца до 16 г. – 3 833 души, и при лица над 16 г. – 64 447 души (по непубликувани данни, споделени в интервю).

Статуквото и проблемите на инвалидността в България са били изучавани през последните две десетилетия, макар и частично от Н. Цачева (1993), З. Богданов и Е. Спасова (1995).

Н. Колева (1991) подчертава, че хроничното и прогресивно влошаване на здравословното състояние на индивида довежда до продължителна или трайна загуба на трудоспособност. З. Богданов (1989) установява, че трайната нетрудоспособност важи само за упражняваната професия, което ни дава

достатъчно основания да настояваме за преквалифициране и трудоустрояване на инвалидите с различен процент на увреждане на трудоспособността и за повишаване ефективността при комплексната рехабилитация.

Констатира се също така, че отдавна препоръчваната у нас трудова рехабилитация в повече от половината случаи не е намерила никакво приложение, а в останалата половина е значително затруднена по различни причини (Богданов, 1989).

Поддържа се становището, че безработицата сред инвалидите е почти колкото, а понякога и малко повече от обичайната за страната и региона (Кърковска и др., 2001).

Разполагаме с данни от частични проучвания (Паризов, 2002) относно характера на уврежданията при инвалидите, тяхната възраст, способности и интереси. Наши проучвания разглеждат и такъв важен въпрос като естеството и характера на получените увреждания (Табл. 1).

Таблица 1. Разпределение на анкетираните инвалиди според процента на уврежданията

№	Увреждане	%
1.	Състояние след полиомиелит	23,0
2.	Ампутация на крайниците	5,0
3.	Луксация на тазобедрената става	5,0
4.	Детска церебрална парализа	4,0
5.	Остеомиелит, анкилоза, спина бифида и др.	6,0
6.	Без отговор или с неясни отговори	57,0
	Общо	100,0

Тези проценти са изчислени върху извадка от 1000 пациенти, практикуващи спорт за инвалиди. Подобни са относителните величини и причините за увреждания и при останалите инвалиди от София. Прави впечатление най-високият относителен дял на тези, които са дали ясен отговор относно произхода на своята инвалидност – 23 % от всички анкетирани. Още по-висок е процентът на инвалидите, които нямат ясна представа за етиопатогенезата на своето увреждане, а това мотивира разгръщането на постоянна дейност за повишаване на здравната култура на здравите и болните хора, както и на самите инвалиди.

Едно наше косвено наблюдение върху инвалидите, привлечени за лечебна физкултура на територията на столицата през 1999 г., показва относителния дял на наследствените и придобитите при трудова злополука заболявания и увреждания (Табл. 2).

Таблица 2. Разпределение на анкетираните от същия контингент според това, дали уврежданията са придобити или наследствени

№	Произход на увреждането	%
1.	По рождение (наследствени)	16,0
2.	След трудова злополука	15,0
3.	Поради заболяване	8,0
4.	Не дават отговор	12,0
5.	С неясен отговор	6,0
	Общо	57,0

Преобладаването на уврежданията по рождение и след трудова злополука е очевидно.

Струва си да посочим и това, че 75 % от анкетираните имат достатъчно силна мотивация да спортуват след настъпването на инвалидността, което може да мотивира поне един от изводите ни: да се препоръчва активно спортуване след инвалидизиране като част от комплексната рехабилитация на увредените личности. Целта на една подобна препоръка би била да се намали процентът на тези, които приемат комплексната рехабилитация с практикуване на различни видове спорт, съобразени със състоянието и възрастта на инвалидите, като приятелско или роднинско внушение, а не като дълбоко осъзната потребност.

Този макар и бегъл поглед върху състоянието на инвалидността в България през последните десетилетия ни насочва към някои от препоръките, които са особено важни с оглед на пълната и всеобхващаща рехабилитация на инвалидите.

II. Основната цел и задача на социалния работник е улесняването на интегрирането на инвалидите в обществото. Е. Тодорова счита, че специалистите по социални дейности следва да насочват хората с увреждания към най-привлекателните социални, професионални, културни изяви в тяхната микросреда. R. Gorsini (1987) подчертава подкрепящия характер на грижите за инвалидите в процеса на тяхната социална адаптация и реадаптация. Според него целта на социалния работник в тази насока е „да максимализира функцията и да минимализира дисфункцията, да максимализира удоволствието и да минимализира болката и дискомфорта“.

Frempar (1993) проучва работата на социалните специалисти с инвалидите и набляга на тяхната социална адаптация. Той е убеден, че специалистът по социални дейности играе важна роля в процеса на тази адаптация. Осъществяването ѝ Frempar свежда до такива важни социално-психологически задачи като:

- а) професионална подготовка и умения за работа с инвалиди;
- б) социална комуникация с инвалиди;
- в) психологическа нагласа за работа с инвалиди.

Съобразяването с тези дейности и изисквания се затруднява в условията на пазарна икономика, довела до влошаване на здравните показатели на население-

нието (а от там – до увеличаване и на инвалидността) и до масово обедняване на населението. В условията на преход от планова към пазарна икономика задачите, свързани с адаптацията и реадaptацията на инвалидите, се усложняват и оскъпяват. Оказва се, че масово препоръчваният здравословен начин на живот и рационалното хранене струват значително по-скъпо от обикновения начин на живот, в който широко е застъпена нездравословна рискова констелация на хранене и на „здраве в риск“ (Попова, 2012).

Важна роля за постигане на комплексна рехабилитация в постоталитарното обществено пространство в България играе фондът за рехабилитация и социална интеграция на инвалидите, създаден въз основа на Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите (ЗЗРСИИ), влязъл в сила през 1995 г., т.е. 6 години след стартирането на политическото преустройство в Източна Европа. Основната цел на този закон е да осигурява условия за социална интеграция на инвалидите и за тяхното пълноценно и равностойно участие в обществения живот. Създадената въз основа на чл. 48, ал. 1 на закона агенция, както и оформените към нея държавни и обществени институции, дадоха положителни резултати. В крайна сметка се стигна (при определени условия и не повсеместно, разбира се) до назначаването на личен асистент, социален асистент и домашен помощник на инвалидизирания, което цялостно подобрява грижите за инвалида, в това число и неговата рехабилитация и адаптация. Положителна роля изиграха и безплатните инвалидни колички и редица други помощи и привилегии за хората с увреждания. Независимо от това обаче, някои от проблемите останаха нерешени, а приемането на нови нормативни документи невинаги става логично и последователно.

Все още съществува и не е решен или частично се решава проблемът за затруднения достъп до административните управления и служби на инвалидите, чието придвижване е ограничено в значителна степен. С други думи, все още не се преодоляват архитектурните бариери. В столицата и в по-големите градове на България не се изграждат и маршрути за инвалидни колички или за велосипедисти, което в значителна степен би ги облекчило. Този въпрос е осъзнат от властите, но липсата на бюджетни средства вероятно им пречи да го решат дефинитивно. В процеса на университетската подготовка на студентите по социални дейности в Югозападния университет възлагаме дипломни разработки на студентите, които се подготвят за специалисти в тази област, да проучат комуникативните архитектурни пречки и вече имаме конкретни разработки за градове като Перник, Благоевград и София. Препоръките за преодоляването на тези пречки се представят на кмета и общинските съвети на тези градове.

Интересна инициатива имат властите за улесняване на достъпа на инвалидите до таксиметровите коли, и то не за да ги ползват, а да ги управляват. „Инвалидите ще могат да карат таксите, стана ясно от проект за промени в

Наредба на Министерството на транспорта – пише в „24 часа“ от 10 януари 2012. – От нея отпада забраната инвалиди да бъдат таксиметрови шофьори. Премахва се изискването в тези коли да няма оборудване за управление от инвалиди. Промяната се прави след Решение на Комисията за защита от дискриминация, което ще бъде подложено на обществено обсъждане.“

Ще посочим и един неправилен, погрешен, вреден за инвалидите ход на Министерство на здравеопазването. Във в. „Труд“ от 9 януари, т. г. се съобщава, че МЗ с Наредба № 28 е наредило да отпадне задължението на аптеките да се преустроят и да станат достъпни за хората с увреждания. Това задължение твърде популистки и демагогски остава само за аптеките, които тепърва ще се изграждат.

Преди изменението нормативният акт предвиждаше всички аптеки (почти 3800) да са снабдени с рампи. Стотици собственици направиха инвестиции и приведоха обектите си според изискването. Работна група от експерти от Българския фармацевтичен съюз, Изпълнителната агенция по лекарствата и други здравни „специалисти“ обаче предложиха на МЗ функциониращите аптеки да не са задължени да имат рампи.

Според пациентски организации изменението е антисоциално и ще повлече след себе си сериозни последици, една от които е невъзможността инвалидите да достигат до гишетата за лекарства. Шефът на Националната пациентска организация д-р Ст. Хасърджиев заявява: „Прави се крачка назад – вместо все повече да се облекчава достъпът на хора с увреждания до здравни обекти, той се ограничава“. И Кр. Славчев, член на Управителния съвет на Асоциацията на собствениците, осъжда този неуместен и вреден акт: „Изискването за рампа е много логично, защото аптеките трябва да са достъпни за болните. А сега е взето компромисно решение, с цел да не се променя статуквото.“ Отбелязваме този случай, за да мотивираме логичната препоръка: да се възстанови и актуализира старото разпореждане за изграждане на рампи във всички аптеки.

III. Основната правна норма в полза на инвалидите е залегнала в Конституцията на Република България от 1991 г. чл. 53, ал. 3 гарантира особена закрила на държавата и обществото за лицата с физически и психически увреждания. Много преди това в Кодекса на труда от 1986 г. са формулирани правните норми за трудова реализация на инвалидите, както и на гражданите с намалена трудоспособност. Тези норми са включени и в най-новите редакции и допълнения на този кодекс.

Пряко отношение към обгрижването на хората с увреждания има и Законът за социалното подпомагане, приет през 1998 г. В съгласие с утвърждаването на принципите на пазарната икономика през първите години на прехода в България в системата за социално подпомагане навлиза частната инициатива. За по-широкото ѝ разгръщане допринасят и неправителствените организации, които подпомагат хората с увреждания заедно и паралелно със специализираните държавни институции за социално подпомагане.

В Правилника за прилагане на Закона за социалното подпомагане (ППЗ-СП) от 1998 г. се регламентират всички видове социални помощи за контингентите, подлежащи на социално подпомагане. Няколко члена – от 19 до 21 вкл., регламентират правата на инвалидите за безплатно пътуване. Чл. 22, 23 и 24 им гарантират правото на балнеолечение, ползването и на телефонни услуги.

Особено важен момент е приемането на Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите. С този закон и с правилника за приложението му през 1996 г. се регламентират най-важните задължения на държавата и държавните органи, на обществените съвети, стопанските и обществените организации в страната и за самите инвалиди.

От началото на февруари 1999 г. влиза в сила Наредба № 2 на Министерството на труда и социалната политика за условията и реда за обезпечаване на всички нуждаещи се – и преди всичко на инвалидите, с необходимите им технически помощни средства.

С Постановление на Министерския съвет от юли 2000 г. се публикува Наредба за експертиза на работоспособността, която се обновява през 2010 г.

В стремежа си да осигури социална сигурност и защита на инвалидите България прилага основните документи на световната общност, както и Световната програма на Обединените нации за действия по отношение на инвалидите.

Въз основа на всичко това ние разработихме модел за провеждане на комплексна рехабилитация за работа с лица с физически увреждания (Паризов, 2002), който намери широко приложение в цялата страна.

Заклучение

Въз основа на изложеното дотук правим следните по-важни изводи и препоръки:

1. Да се предложи на Народното събрание да адаптира законите и подзаконовите нормативни документи, които решават проблемите на хората с увреждания през последните две десетилетия с оглед на:

а) адаптирането им към тези на страните от Европейския съюз;
б) възстановяване на отменени закони и разпоредби в полза на инвалидите;
в) създаване на нови закони и нормативни документи, които да допринасят за решаването на проблемите на хората с увреждания.

2. Да се актуализира и стимулира дейността на неправителствените организации, действащи в помощ на хората с увреждания.

3. Да се осигури финансово подпомагане на дистанционно обучение на инвалидите с оглед повишаване на техните професионални умения и при неизбежна преквалификация.

4. Да се ревизира Наредбата за експертиза на работоспособността, с оглед подмяната на досегашния медицински модел с много по-ефективния и все-

обхвантен медико-социален модел, като в звената на експертизата се включат профилирани в тази насока медици, специалисти по социални дейности, социални психолози и педагози.

5. Да се ограничи до минимум агравацията и симулацията на заболявания и недъзи във всички звена на експертизата за временната и трайната нетрудоспособност.

6. Да се осигури повсеместен достъп на инвалидите до административните сгради и аптеките, като се изграждат рампи за ползване от специализираните транспортни средства на хората с увреждания.

7. Да се поставят и да се решават въпросите с надомната работа и ангажираността на инвалидите, чието състояние позволява това.

8. Да се подобрява информираността на хората с увреждания чрез електронните средства за информация и интернет.

9. Стабилизиране и обективизиране на статистиката относно финансовото обезпечаване на хората с увреждания, проучване здравното и социалното им статукво с оглед на тяхното подобряване и стабилизация.

10. Да се потърсят източници на средства за осигуряване на безплатни лекарства и безплатно медицинско обслужване на хората с увреждания.

11. Да се създадат програми за комплексна рехабилитация на хората с увреждания и да се организира периодичното отчитане на резултатите от прилагането им.

12. Да се създадат условия за спортуване на инвалидите като част от комплексната им рехабилитация.

13. Да се осигурява достъпът на информация до хората с увреждания относно техните права и придобивки, както и за начините на ползването им.

14. Осигуряване на нормална комуникация на инвалидите с работещите в държавната администрация, банките, здравните заведения и аптеките, активизиране на службите за предварителен санитарен и архитектурен надзор при изграждането на сградите за тези институции. Възможност за ползване от хората с увреждания следва да се гарантира и при транспортните средства, санитарните възли и обектите под контрола на Дирекцията за национален строителен контрол.

ЛИТЕРАТУРА:

Апостолов, М. (2008). *Исторически, социални и етични измерения на медицината*. България. София: ГорексПрес

Богданов, З. (1989). Рехабилитация и инвалидност. *Хигиена и здравеопазване*, 4: 31-35.

Богданов, З. (2000). *Инвалидността в България* – дисертация

Богданов, З., Спасова Е. (1995). *Социална рехабилитация*. Велико Търново

- Богданов, З. (1989). Рехабилитация и инвалидност – проблеми и реализация. *Хигиена и здравеопазване*, 4: 36-40
- Данова, Н. (2012). *Интервю с Александър Апостолов*. Национален център за обществено здраве. Министерство на здравеопазването. София. Яп. 5
- Ивков Б., Йосифов И., Борисова Л. (1996). *Наръчник на инвалида. Права и облекчения*. Фламандско-български форум. Богианна. София
- Колева Н. (1991). Здравословен начин на живот. В: *„Из опыта на здравните заведения“*; 5 - 6.
- Кърковска М, Трифонова К, Зафирова К. (2001). *Увреждане и заетост в Република България*. София. Фонд „Рехабилитация и социална интеграция“
- Паризов П. (2002). *Рехабилитация на лица с физически увреждания*. Наука и изкуство, София.
- Паризов П. (2004). *Социални дейности – управление и организация*. София.
- Попова К. (2012). *Биоетика и обществено здраве*. Академична лекция: Факултет по обществено здраве. Медицински университет; София.
- Тенчева Д. (2012). Отпада ли Наредба № 28? В. *„Труд“*, 9 януари. Available from: <http://www.trud.bg>
- Цачева Н. (2012). *Интервю с Александър Апостолов*. Катедра по трудова медицина. Факултет по обществено здраве. Медицински университет. София. Яп. 4.
- Цачева Н. (1993). Човешките фактори в трудовата дейност при прехода към пазарна икономика. *Проблеми на труда*, 4, 32-40.
- Наредба за експертиза на работоспособността (2000). Държавен вестник; брой 61.
- Наредба № 2 за условията и реда за обезпечаване с технически помощни средства (1999). Държавен вестник; 20 (4); 300.
- Закон за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите. (1995). Държавен вестник, бр. 112.
- Закон за интеграция на хора с увреждания. Транспортни облекчения за хора със затруднено предвижване. София, 2004
- Закон за социалното подпомагане (1998). Държавен вестник; брой 56.
- Конституция на Република България (1991). Държавен вестник; брой 56.
- Инвалидите в България. Резултати от преброяванията на населението през 1994 и 2004 година. България. София: VII
- Кодекс на труда (1986). Държавен вестник; брой 26. Available from: <http://www.accinfo.persof.com/v2/view.php>
- Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане (1998).

- Държавен вестник; брой 133.
- Правилник за прилагане на Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите (1996). Държавен вестник; брой 97.
- Изменение и допълнение 2002: брой 8.
- В. „24 часа“. 2012, Jan 10; XX: 8 (7306). Available from: <http://www.24chasa.bg>
- Gorsini R. (1987). *Concise encyclopedia of psychology*. New York
- Fremap (1993). *Mutua de Accidente de Trabaio y Enfermedades*. Profesionales de la Seguritat; 61: 30

COMPREHENSIVE STRATEGY FOR DISABLED PEOPLE REHABILITATION IN A MARKET ECONOMY SITUATION

Abstract. The objectives of the current research are: to clarify the status of people with disabilities, to outline the important problems for themselves and for the Bulgarian society, to deny the old strategies and to offer new programs and operational models for complex rehabilitation of the population with disabilities in the Republic of Bulgaria. Intuitive and logical interdisciplinary methodology is applied in this study. The results are: elucidation and analysis of data stored as classified information in the past, promotion of a number of existing laws and regulations, reasoned rejection of the most recent administrative decision not to build ramps for the handicapped carts in existing pharmacies, offering authorized model of disabled people care, etc. The conclusions and recommendations are as follows: to recover the repealed ordinance for the mandatory construction of wheelchair ramps which disabled people will use, so that they could be able to pay for their prescribed medications at any pharmacy, to improve the organization of the units for examination of work capacity, to move from narrow medical model to an objective-medical-social model, including specialists in social work, social psychologists, educators and others, and to offer distance learning for the disabled if any further training and qualification is required.

Prof. Pariz Parizov

✉ Department of Medical-Social Sciences
Faculty of Public Health Sport
South-West University Neofit Rilski
66, Ivan Mihailov str.
2700, Blagoevgrad, Bulgaria

Alexandar Apostolov, MD, PHD

✉ Medical University - Sofia
Department of justice medicine and deontology
2 Zdrave str.
1000, Sofia, Bulgaria