

hugeia@εργασία στους μετανάστες

Χρήστος Π. Δετσαρίδης

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Ο κ. Χ.Π. Δετσαρίδης είναι Λέκτορας της Νομικής Σχολής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και ο κ. Θ.Κ. Κωνσταντινίδης είναι Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αναπλ. Καθηγητής του Τμήματος Ιατρικής Δ.Π.Θ.

Το ζήτημα της μετανάστευσης, της μετακίνησης δηλ. ανθρώπων μαζικά ή ατομικά, από περιοχή σε περιοχή, με σκοπό την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ζωής και εργασίας, δεν αποτελεί φαινόμενο των τελευταίων ετών, αλλά εμφανίζεται από την αρχαιότητα. Ωστόσο, αυτό που κατά το πέρασμα των αιώνων έχει παρατηρηθεί είναι ότι το ρεύμα της μετανάστευσης ολοένα και αυξάνεται, με αποτέλεσμα σήμερα να αποτελεί για διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και η χώρα μας, το σημαντικότερο εσωτερικό τους πρόβλημα. Η πολιτική αστάθεια σε χώρες του τρίτου κόσμου σε συνδυασμό με την τεράστια οικονομική κρίση, που επικρατεί στις χώρες αυτές, άλλα και το γεγονός ότι η Ελλάδα αποτελεί μέρος της ενωμένης Ευρώπης, έγινε πόλος έλξης για άτομα στα οποία η χώρα μας φαντάζει, ως ο οικονομικός παράδεισος. Έτσι η Ελλάδα από χώρα, εξαγωγής μεταναστών, όταν τις δεκαετίες του 50 και του 60 Έλληνες μετανάστευαν για να βρουν εργασία στη κεντρική Ευρώπη και την Αμερική, σταδιακά μετατρέπεται σε χώρα υποδοχής οικονομικών μεταναστών. Με βάση της τρέχουσες συγκυρίες ο έλληνας νομοθέτης σταθμίζει τις καταστάσεις του μεταναστευτικού φαινομένου και τους υπάρχοντες εσωτερικούς κοινωνικούς συσχετισμούς και ανάλογα καθορίζει την στάση της κρατικής εξουσίας απέναντι στους μετανάστες αλλοδαπούς, με βάση τους κανόνες της κοινωνικής δικαιοσύνης και του σεβασμού των ιδιαιτεροτήτων τους. Αρχικά με τους Ν. 1975/1991, Ν. 2910/2001 και Ν. 3386/2005 και στη συνέχεια με τους Ν. 3448/2006, Ν. 3536/2007, Ν. 3613/2007, Ν. 3731/2008, Ν. 3772/2009, Ν. 3900/2010 και τέλος με το Ν. 3907/2010 έγιναν πολλές νομοθετικές επεμβάσεις στα πλαίσια της θέσπισης σύγχρονου πλαισίου για το μεταναστευτικό ζήτημα. Τα σφοδρά κύματα μετανάστευσης από τις χώρες του τρίτου κόσμου σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης δεν μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστο το κοινοτικό δίκαιο και έτσι σε επίπεδο παράγωγου δικαίου ακολούθησε πλήθος διατάξεων. Πλέον στους στόχους της ΕΕ προστέθηκε και αυτός της επίτευξης κοινής μεταναστευτικής πολιτικής για όλη την Ένωση. Η ΕΕ μέχρι και σήμερα καταβάλει προσπάθεια, ώστε το ζήτημα των αλλοδαπών και της μετανάστευσης να αντιμετωπισθεί ενιαία με την εναρμόνιση των νομοθεσιών των κρατών μελών μέσα από τις οδηγίες και τους κανονισμούς, που κάθε τόσο εκδίδει ανάλογα με τα ζητήματα που κάθε φορά προκύπτουν. Η ΕΕ έθεσε ως βασική αρχή αντιμετώπισης της μεταναστευτικής πολιτικής την αρχή της δίκαιης μεταχείρισης των αλλοδαπών, χαρακτηρίζοντάς την, ως τον ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής αυτής. Στο πλαίσιο αυτό κινείται και η βασική προσπάθεια της ΕΕ για προοδευτική σύγκληση των νομοθετικών καθεστώτων των κρατών μελών, ώστε η νομοθεσία για τους αλλοδαπούς και τα προστατευόμενα μέσα από αυτή δικαιώματά τους να έχουν καθολική εφαρμογή. Σύμφωνα με τη Συνθήκη Λειτουργίας αναπτύσσεται κοινή πολιτική στους τομείς του ασύλου, της μετανάστευσης, της προστασίας και της προσωρινής προστασίας με στόχο να παρέχεται το κατάλληλο καθεστώς σε οποιοδήποτε υπήκοο τρίτης χώρας, που χρήζει διεθνούς προστασίας (άρθρο 78 παρ. 1 ΣυνθΛειτουργίας). Οι παραγόμενοι κανόνες θα πρέπει να βρίσκονται σε απόλυτη εναρμόνιση με τις αρχές και τις θέσεις της Σύμβασης της Γενεύης της 28^{ης} Ιουλίου 1951, του Πρωτόκολλου της 31ης Ιανουαρίου 1967 περί του καθεστώτος των Προσφύγων. (Η σύμβαση κυρώθηκε με το ΝΔ 3989/1959 ΦΕΚ Α 201/1959), καθώς και με όλες τις άλλες συναφείς συμβάσεις. Χαρακτηριστικό της σοβαρότητας με την οποία είναι αντιμετωπίζει η Συνθήκη το όλο και αυξανόμενο ρεύμα των μεταναστών τρίτων χωρών είναι η πρόβλεψη της δυνατότητας να εκδοθεί από το Συμβούλιο μετά από πρόταση της Επιτροπής προσωρινών μέτρων υπέρ κράτους μέλους, που αντιμετωπίζει επείγουσα κατάσταση, λόγω αιφνίδιας εισροής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρο 78 παρ. 3 ΣυνθΛειτουργίας). Στα πλαίσια αυτά κινούνται οι Κανονισμοί και οι Οδηγίες που εκδίδονται σχετικά με την αντιμετώπιση των μεταναστών στην ΕΕ. Πρόσφατα με το ΠΔ 114/2010 (ΦΕΚ Α 195/2010) εισήχθη στην εσωτερική έννομη τάξη η Οδηγία 2005/85/ΕΚ του Συμβουλίου «σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα» με στόχο την καθιέρωση ενιαίας διαδικασίας αναγνώρισης σε αλλοδαπούς και ανιθαγενείς του καθεστώτος του πρόσφυγα ή δικαιούχου επικουρικής προστασίας. Στη ρυθμιστή εμβέλεια της Οδηγίας εμπίπτει ο αλλοδαπός ή ανιθαγενής, ο οποίος δηλώνει προφορικά ή εγγράφως ενώπιον

οποιασδήποτε ελληνικής αρχής στα σημεία εισόδου στην ελληνική επικράτεια ή εντός αυτής ότι ζητεί άσυλο ή επικουρική προστασία στη χώρα μας ή με οποιονδήποτε τρόπο ζητεί να μην απελαθεί σε κάποια χώρα εκ φόβου δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων, σύμφωνα με την ως άνω Σύμβαση της Γενεύης ή επειδή κινδυνεύει να υποστεί σοβαρή βλάβη σύμφωνα με το άρθρο 15 του Π.Δ. 96/2008 (Α 152) και επί του αιτήματος του οποίου δεν έχει ληφθεί ακόμη τελεσίδικη απόφαση. Επίσης, ο αλλοδαπός, ο οποίος εισέρχεται στη χώρα μας, κατ' εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 343/2003 του Συμβουλίου, για τη θέσπιση των κριτηρίων και μηχανισμών για τον προσδιορισμό του κράτους μέλους που είναι υπεύθυνο για την εξέταση αίτησης ασύλου που υποβάλλεται σε κράτος μέλος από υπήκοο τρίτης χώρας (L 050/ 25.02.2003). Σύμφωνα με την Οδηγία (άρθρο 3) όλες οι αιτήσεις διεθνούς προστασίας εξετάζονται καταρχήν ως αιτήσεις ασύλου και, εφόσον δεν πληρούνται τα κριτήρια της Σύμβασης της Γενεύης για το καθεστώς του πρόσφυγα, εξετάζονται με βάση τα κριτήρια του καθεστώτος επικουρικής προστασίας, εκτός εάν ρητά υποβάλλεται αίτηση παροχής επικουρικής προστασίας. Ωστόσο όμως μετά την υποβολή του αιτήματος, σύμφωνα με την οδηγία, ενδέχεται να κρατηθεί ο αλλοδαπός σε κατάλληλους χώρους μέχρι την έκδοση απόφασης επί του αιτήματός του, η δε κράτησή του αυτή μπορεί να διαρκέσει μήνες. Με το Ν. 3907/2010 επιχειρήθηκε η προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ «σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη - μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών και λοιπές διατάξεις». Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην αιτιολογική του έκθεση ένα από τα ζητήματα που ο νόμος επιχειρεί να θεραπεύσει είναι ο ελλιπής ιατρικός έλεγχος των αλλοδαπών, ο οποίος περιοριζόταν μόνο στην παροχή επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής. Ειδικότερα σύμφωνα με το άρθρο 14 και 16 της Οδηγίας (29 και 31 Ν. 3907/2010) κατά το χρονικό διάστημα της οικειοθελούς αναχώρησης υπηκόου τρίτης χώρας από την Ελλάδα και κατά και το χρονικό διάστημα που αναβάλλεται η απομάκρυνση των κρατούμενων αλλοδαπών, οι αρμόδιες κατά περίπτωση αρχές μεριμνούν για να λαμβάνονται κατά το δυνατό μέτρα ώστε να παρέχεται επείγουσα υγειονομική περίθαλψη και η απαραίτητη θεραπευτική αγωγή, και να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες των ευάλωτων ατόμων. Η Ελλάδα δεν αρνείται σε κανέναν νοσοκομειακή περίθαλψη επειδή βρίσκεται παράνομα στη χώρα. Ωστόσο, τυπικά, οι μη νόμιμα διαμενόντες αλλοδαποί δεν γίνονται δεκτοί σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας παρά μόνο σε νοσοκομεία για επείγοντα περιστατικά μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Ανεξαρτήτως επείγοντος, ή όχι, χαρακτήρα του περιστατικού, έχουν πρόσβαση στις παραπάνω υπηρεσίες τα ανήλικα παιδιά. Με το πλαίσιο αυτό, όπως έχει διαμορφωθεί όλος αυτός ο όγκος των μεταναστών, που παραμένουν σε χώρους κράτησης, είτε διότι αναμένουν την έκδοση απόφασης επί της αίτησής τους για παροχή ασύλου, είτε βρίσκονται σε διαδικασία αναχώρησης από τη χώρα, θα πρέπει αφενός να τύχουν της απαραίτητης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όταν αυτό χρειασθεί, και αφετέρου θα πρέπει προληπτικά να εξετάσουν για μεταδοτικές ασθένειες. Ειδικότερα, τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στους κύριους πυλώνες εισόδου (όπως είναι και ο Έβρος), αποτελούν μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας για τη χώρα μας. Πρωτίστως τίθεται η διάσταση της ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των μεταναστών, αφού αφορά την κατάσταση της υγείας των ταλαιπωρημένων από καταπονήσεις υπό δυσχερείς συνθήκες κατά τη μετακίνηση ανθρώπινων υπάρξεων ποικίλων ηλικιών και εθνοτήτων αμφοτέρων των φύλων.

Ιατρικές έρευνες κατά το παρελθόν έχουν τεκμηριώσει το επιρρεπές των μεταναστών για εμφάνιση νοσημάτων όπως η φυματίωση. Οι γεωστρατηγικές μεταβολές στην επιτήρηση των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν μετατρέψει τον Έβρο σε κύρια πύλη της λαθρομετανάστευσης προς την Ευρώπη, οδηγώντας σε μετασχηματισμό του προτύπου των χωρών προέλευσης των εισερχόμενων, που μέχρι πρόσφατα αφορούσε κυρίως ασιατές, ενώ πλέον προεξάρχουν αφρικανικές εθνότητες, συμπεριλαμβανομένης και της υποσαχάριας Αφρικής. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει όχι μόνο από τις δημοσιογραφικές πληροφορίες, αλλά και από τη σύγκριση των δεδομένων ιατρικών επιδημιολογικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν από το *Τμήμα Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης* και τη *Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής* του Ι.Κ.Α. στην Αλεξανδρούπολη, με την πρόσφατη εικόνα που έχουν διαμορφώσει ιατρικές ομάδες που δραστηριοποιούνται u947 για την υγεία των λαθρομεταναστών στην περιοχή, όπως οι *Γιατροί Χωρίς Σύνορα*. Συνακόλουθη των επιστημονικών αυτών είναι η μεταβολή του δημονοσολογικού προτύπου στους λαθρομετανάστες (δηλαδή των νοσημάτων που είναι αναμενόμενο να συναντώνται). Εκτός από τη φυματίωση, η οποία αναφέρεται, στην επιστημονική βιβλιογραφία ως το κυριότερο ιατρικό πρόβλημα, προστίθεται η ελονοσία, όπως και οι ηπατίτιδες (Α, Β, C και D), αφού τα

νοσήματα αυτά έχουν υψηλό επιπολασμό στις χώρες προέλευσης. (Μελέτες της Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ έχουν τεκμηριώσει την παρουσία του πλασμοδίου της ελονοσίας σε περιβαλλοντικούς θύλακες, αλλά και σε πολίτες της περιοχής και βρίσκεται σε εξέλιξη νεώτερη επιδημιολογική έρευνα σε συνέχεια των προηγούμενων, για την πλήρη διερεύνηση του θέματος της ελονοσίας). Από τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, η ελονοσία είναι το πλέον επικίνδυνο από τη θεώρηση της Δημόσιας Υγείας. Η όλη προσέγγιση έχει χαρακτήρα κυρίαρχα ανθρωπιστικό και διόλου ρατσιστικό, αφού και το μέλημα πρέπει να είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των λαθρομεταναστών τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, δεδομένου του νέου προτύπου χωρών προέλευσης των λαθρομεταναστών, πολλοί από τους οποίους προέρχονται από την υποσαχάρια Αφρική, είναι προσδοκώμενο να είναι συχνή η φυματίωση, αλλά και το AIDS. Βεβαίως υψηλή επικινδυνότητα από τη σκοπιά της Δημόσιας Υγείας έχει η φυματίωση και όχι το AIDS, που μόνο αιματογενώς μπορεί να μεταδοθεί. Όπως είναι γνωστό, οι μετανάστες συγκεντρώνονται από τις ελληνικές αρχές σε Κέντρα Υποδοχής και εκεί παραμένουν για ένα τριήμερο συνήθως (το πολύ τρεις μήνες). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας υφίστανται στα Κέντρα Υποδοχής: ένας γιατρός και μία νοσηλεύτρια, που υπάγονται στην *4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας - Θράκης* σε κάθε Κέντρο Υποδοχής και συχνά δραστηριοποιούνται ομάδες των Γιατρών Χωρίς Σύνορα. Οι πρόσφατες πρωτοβουλίες του Διοικητή της *4ης ΥΠΕ Καθηγητή κ. Αρη Μπουσουλέγκα*, αλλά και η εντατικοποίηση των ιατρικών δράσεων με τη συμβολή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., την ενεργοποίηση του *Περιφερειακού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης* (Π.Ε.Δ.Υ. Α.Μ.Θ.) και τη συμμετοχή του υγειονομικού προσωπικού των *Κέντρων Υποδοχής Μεταναστών* μπορούν να είναι αποτελεσματικές για την προάσπιση της υγείας σε τελική ανάλυση του γενικού πληθυσμού της περιοχής. Στο πρόσφατο παρελθόν η διερεύνηση του ζητήματος από *Ομάδα Εργασίας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος της Ιατρικής Δ.Π.Θ.* είχε καταλήξει στην αναγκαιότητα να οργανωθεί θεσμικά από την Πολιτεία αρχική εξέταση (με την προϋπόθεση της συναίνεσης), ώστε μέσα στο τριήμερο της παρουσίας στα Κέντρα Υποδοχής να έχει διασαφηνισθεί η αναγκαιότητα χορήγησης θεραπείας, ειδικά για τα λοιμώδη νοσήματα, που λειτουργούν ως βόμβες διασποράς. Έχουν ήδη καταγραφεί οι τεχνικές Μοριακής Βιολογίας που εφαρμόζονται στη Δημόσια Υγεία, ώστε με πολύ μικρές ποσότητες αίματος να δίνεται απάντηση τόσο για τη φυματίωση, όσο και για την ελονοσία σε διάστημα λίγων ωρών και με τον τρόπο αυτόν να γίνεται άμεσα η σχετική παραπομπή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για τα περαιτέρω. Αυτού του τύπου η παροχή φροντίδας υγείας προς τους μετανάστες, ασφαλώς αποτελεί μέριμνα για την υγεία τους, αλλά και θωράκιση της Δημόσιας Υγείας για την Ευρωπαϊκή Ένωση συνολικά (και όχι μόνο για τον Έβρο και την Ελλάδα). Το ευαίσθητο κομμάτι του AIDS (όπως και της ηπατίτιδας Β), έχει ισχνό ενδιαφέρον, αφού η μετάδοση είναι αιματογενής και επομένως δεν μπορεί να θεωρηθεί προτεραιότητα. Το επόμενο ζήτημα που πρέπει να απασχολήσει είναι οι εργαζόμενοι (συνοριοφύλακες και λοιπό προσωπικό), που υφίστανται επαγγελματική έκθεση και επομένως είναι απαραίτητο να υπάρχει μέριμνα επαγγελματικής υγείας με θεώρηση Δημόσιας Υγείας (κλινική εξέταση από την πλευρά της Ιατρικής της Εργασίας, εργαστηριακός έλεγχος και εμβολιασμοί). Εκτός από το γεγονός ότι πρόκειται για υποχρέωση της Πολιτείας για παροχή υπηρεσιών Υγείας στην Εργασία προς τους συνοριοφύλακες, τα όποια εμπειρικά δεδομένα νοσηρότητας, μπορούν να είναι τεκμηριωτικά για το σχεδιασμό και την οριοθέτηση των προτεραιοτήτων όσον αφορά την υγεία των μεταναστών. Ευχερής είναι η ανάπτυξη Ομάδας Επιδημιολογικής Επιτήρησης στη Θράκη (ιατροί, τεχνολόγοι εργαστηρίων, νοσηλεύτες), ώστε να γίνει αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της περιοχής της Θράκης, αλλά και του εξοπλισμού Μοριακής Βιολογίας για εφαρμογές στη Δημόσια Υγεία, που έτσι κι αλλιώς ήδη υφίσταται. Η όλη στρατηγική μπορεί να περιλαμβάνει και έλεγχο στους υφιστάμενους θύλακες νοσηρότητας της περιοχής. Από προηγούμενες έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν στη Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής του Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης, στη Θράκη υφίστανται θύλακες υψηλού επιπολασμού ηπατίτιδας Β, C E και άλλων τύπων ηπατίτιδας (A και D). Στη Θράκη, επιπλέον, υπάρχει υψηλός επιπολασμός χρόνιας ηπατίτιδας, λόγω της γειννίας με χώρες που έχουν μεγάλη διασπορά των νοσημάτων που προαναφέρθηκαν, της εγκατάστασης οικονομικών προσφύγων από τις Ανεξάρτητες Δημοκρατίες της πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. χώρες, καθώς και της διέλευσης μεγάλου όγκου λαθρομεταναστών. Δεδομένου ότι τα νοσήματα αυτά είναι προλήψιμα, είναι σκόπιμο να αναπτυχθεί (σε συναρμογή με τα προηγούμενα που αφορούν τους λαθρομετανάστες), πρόγραμμα για τον εργαστηριακό έλεγχο και τη μοριακή ταυτοποίηση των στελεχών μετά από επιτόπιες αιμοληψίες σε πληθυσμιακή βάση, με ταυτόχρονη ενημέρωση των πολιτών σε θέματα αγωγής και προαγωγής υγείας, πρωτίστως

στις περιοχές, όπου εντοπίστηκε υψηλός επιπολασμός των προαναφερθέντων u957 νοσημάτων. Σε έρευνα που διεξήχθη σε δύο χρονικές περιόδους (1992-1994 και 1998-2006) στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη μεταξύ πληθυσμών αυτοχθόνων κατοίκων, μουσουλμάνων και μεταναστών, παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού του αυστραλιανού αντιγόνου διαφορετική στις διάφορες ομάδες.

Σημαντική ήταν η μείωση του HBsAg(+) μεταξύ των αυτοχθόνων κατοίκων: από 5,4% σε 3,4% μεταξύ ενηλίκων και από 1,9% σε 0,6% μεταξύ παιδιών και εφήβων. Στον μουσουλμανικό πληθυσμό παράλληλη την μείωση ο επιπολασμός του HBsAg(+) παρέμεινε υψηλός 8,2% μεταξύ ενηλίκων και 2% μεταξύ παιδιών και εφήβων, ενώ στον πληθυσμό των μεταναστών από Ανεξάρτητες Δημοκρατίες της πρώην ΕΣΣΔ τα μεγέθη ήταν αισθητά υποδεέστερα (4,3% σε ενήλικες και 1,1% σε παιδιά). Σε αιμοδότες η συχνότητα παρουσίας HBsAg(+) είναι της τάξης του 0,84%. Η μετανάστευση, όπως προαναφέρθηκε, έχει επηρεάσει σημαντικά την επιδημιολογία των δύο υπό μελέτη νοσημάτων. Σε έρευνες που έγιναν σχετικά με τον επιπολασμό του αυστραλιανού σε ομάδες μεταναστών τα μεγέθη κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα: 15,4-22,2%. Υπάρχουν τεχνικές, χαμηλού σχετικά κόστους, που μπορούν ευχερώς να εφαρμοσθούν και να δίνουν αποτελέσματα άμεσα. Για το σχεδιασμό της όλης δράσης προτείνεται να συγκροτηθεί ομάδα υγειονομικών του πεδίου της Δημόσιας Υγείας, που με επισκέψεις στα Κέντρα Υποδοχής να πραγματοποιεί εξετάσεις τύπου rapid tests σε όλους τους μετανάστες (σταγόνα αίματος) για φυματίωση και ελονοσία (πιθανόν και για ηπατίτιδα Β και ηπατίτιδα C). Ο έλεγχος αυτός μπορεί να πραγματοποιείται με τη βοήθεια των ιατρών και των νοσηλευτών του κάθε Κέντρου Υποδοχής, με συναίνεση των εξεταζόμενων. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να δίνονται εγγράφως στους εξετασθέντες και στους ιατρούς των Κέντρων Υποδοχής και αμέσως μετά θα μπορούσαν να γίνονται αιμοληψίες στα θετικά, με συναίνεση των εξεταζόμενων. (Είναι συζητήσιμο αν πρέπει να γίνεται αιμοληψία σε όλους τους μετανάστες). Όλα τα δείγματα θα πρέπει να μεταφέρονται σε ειδικά Εργαστήρια, όπου με τεχνική PCR μετά από 2 ώρες είναι διαθέσιμα τα αποτελέσματα, που αποστέλλονται ως επιβεβαιωτικά και πάλι στους ιατρούς των Κέντρων Υποδοχής για να γίνουν οι αντίστοιχες παραπομπές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.