

## Arrest

nr. 218 936 van 27 maart 2019  
in de zaak RvV X

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. DE VOS  
Elisabethlaan 25/1  
8820 TORHOUT

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

### DE WND. VOORZITTER VAN DE IIE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Egyptische nationaliteit te zijn, op 28 januari 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 27 december 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt, aan de verzoekende partij ter kennis gebracht op 8 januari 2019.

Gezien titel I *bis*, hoofdstuk 2, afdeling IV, onderafdeling 2, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 20 februari 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 13 maart 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. DE SMET.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KIWAKANA, die *loco* advocaat B. DE VOS verschijnt voor de verzoekende partij en van attaché F. VAN DIJCK, die verschijnt voor de verwerende partij.

### WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoeker die verklaart van Egyptische nationaliteit te zijn, komt op 3 maart 2013 België binnen en dient op 4 maart 2013 een asielaanvraag in.

Op 2 april 2014 dient verzoeker een aanvraag in op grond van artikel 9<sup>ter</sup> van de vreemdelingenwet.

Op 16 april 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing dat deze aanvraag onontvankelijk is.

Op 27 mei 2014 dient verzoeker een tweede aanvraag in op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet.

Op 25 juni 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing dat deze aanvraag onontvankelijk is.

Op 1 augustus 2014 dient verzoeker een derde aanvraag in op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet.

Op 10 september 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing dat deze aanvraag onontvankelijk is.

Op 24 september 2014 dient verzoeker een vierde aanvraag in op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet.

Op 8 oktober 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing dat deze aanvraag onontvankelijk is. Bij arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) nr. 138 428 van 12 februari 2015 wordt het beroep tegen deze beslissing verworpen.

Op 19 december 2014 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing waarbij aan verzoeker de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus worden geweigerd. Bij arrest van de Raad nr. 152 004/5 van 12 februari 2015 worden aan verzoeker eveneens de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus geweigerd.

Op 3 augustus 2016 dient verzoeker een aanvraag in op grond van artikel 9*bis* van de vreemdelingenwet.

Op 3 augustus 2016 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten met vasthouding met het oog op verwijdering (bijlage 13*septies*). De vordering tot schorsing bij uiterst dringende noodzakelijkheid tegen deze beslissing wordt verworpen bij arrest van de Raad nr. 172 979 van 9 augustus 2016. Bij arrest nr. 182 764 van 23 februari 2017 wordt het beroep tot nietigverklaring van deze beslissing verworpen.

Op 3 augustus 2016 wordt ten opzichte van verzoeker een inreisverbod genomen. Bij arrest van de Raad nr. 182 767 van 23 februari 2017 wordt het beroep tegen deze beslissing verworpen.

Op 26 oktober 2016 dient verzoeker een vijfde aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet.

Op 17 november 2016 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag van 3 augustus 2016 op grond van artikel 9*bis* van de vreemdelingenwet onontvankelijk wordt verklaard. Bij arrest van de Raad nr. 205 057 van 7 juni 2018 wordt het beroep tegen deze beslissing verworpen.

Op 15 februari 2017 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag van 26 oktober 2016 op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet onontvankelijk wordt verklaard. Bij arrest van de Raad nr. 192 543 van 26 september 2017 wordt deze beslissing vernietigd.

Op 9 oktober 2017 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag van 26 oktober 2016 op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet opnieuw onontvankelijk wordt verklaard. Op 8 november 2017 wordt deze beslissing ingetrokken.

Op 13 november 2017 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag van 26 oktober 2016 op grond van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet opnieuw onontvankelijk wordt verklaard. Bij arrest van de Raad nr. 206 200 van 28 juni 2018 wordt deze beslissing vernietigd.

Op 8 oktober 2018 vraagt de arts-adviseur bijkomende informatie op bij verzoeker.

Op 20 december 2018 geeft de arts-adviseur haar advies.

Op 27 december 2018 neemt de gemachtigde van de bevoegde minister na vernietiging een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag van 26 oktober 2016 op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ongegrond wordt verklaard. Dit is de bestreden beslissing:

*“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 27.10.2016 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :*

*I. I. A. A. Y. (R.R.: xxx)*

*Nationaliteit: Egypte*

*Geboren te C. op (...)1973*

*Adres: (...)*

*In toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, deel ik u mee dat dit verzoek ontvankelijk doch ongegrond is.*

*Reden(en)*

*Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.*

*Er werden medische elementen aangehaald door I. I. A. A., Y. die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 20.12.2018)*

*Derhalve*

*1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of*

*2) kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.*

*Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. (EVRM).*

*Er wordt geen rekening gehouden met eventuele stukken toegevoegd aan het beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gezien deze niet ter kennis werden gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het komt immers aan betrokkene toe om alle nuttige en recente inlichtingen in zijn aanvraag of als aanvulling op deze aanvraag aan onze diensten over te maken.”*

Op 27 december 2018 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

## 2. Onderzoek van het beroep

### 2.1. Verzoeker voert een enig middel aan dat luidt als volgt:

*“Enige middel:*

*Schending van de artikelen 9ter Vreemdelingenwet, artikel 62 Vreemdelingenwet artikel 3 Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de motiveringsplicht als algemene beginselen van behoorlijk bestuur.*

*Schending van het aangevoerde middel doordat de ambtenaar-geneesheer niet afdoende motiveert waarom haar oordeel regelrecht tegen de medische attesten van de behandelende artsen ingaat*

*De bestreden beslissing d.d. 27.12.2018 verwijst uitdrukkelijk naar een medisch advies d.d. 2.12.2018 van de ambtenaar-geneesheer.*

*Als zodanig maakt dit advies deel uit van de motieven van de bestreden beslissing.*

*2.*

*De in artikel 62 van de vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de betrokkene in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt.*

De in artikel 62 van de vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710).

De motivering moet in dit opzicht dus draagkrachtig zijn, wat wil zeggen dat de motivering voldoende duidelijk, juist, niet tegenstrijdig, pertinent, concreet, precies en volledig moet zijn (RvS 31 augustus 2009, nr. 195.654)

Hoewel de verwerende partij niet in extenso hoeft te antwoorden op alle door de verzoekende partij ingeroepen argumenten, moet uit de bestreden beslissing blijken dat die argumentatie in de besluitvorming werd betrokken en uit de motivering van de beslissing moet kunnen worden afgeleid waarom de argumenten in het algemeen niet werden aanvaard.

3.

De standaard medische getuigschriften van 8 januari en 30 april 2014 maken melding van het feit dat aortaklepchirurgie waarschijnlijk noodzakelijk is in de toekomst. Dit wordt bevestigd in verschillende toegevoegde medische stukken.

Het standaard medische getuigschrift van 08.09.2016 beschrijft de diagnose als volgt "Milde aortaklepstenose en aortaklepinsufficiëntie". Verder verduidelijkt dit medisch getuigschrift dat levenslange follow-up noodzakelijk is.

Hoewel de hartproblemen worden gelinkt aan overgewicht, is het allerminst zo dat maatregelen op vlak van voeding en lichaamsbeweging volstaan om te genezen. Integendeel, hoewel in 2016 wordt geattesteerd dat verzoeker ondertussen al danig vermagerd is, wordt de jaarlijkse follow-up nog steeds noodzakelijk geacht.

In het recent medisch attest d.d. 15.10.2018 van dr. M. werd geattesteerd:

"Echocardiografie toont ernstige aortaklepsziekte met AI  $\frac{3}{4}$  (aortainsufficiëntie) en significatie aortastenose. Verder belangrijke mitralisklepinsufficiëntie secundair aan prolaps.

Patiënt zal op korte termijn in aanmerking komen voor AVR (aortaklepvervangning) en MPV (herstel van de mitralisklep). Verder verblijf van de patiënt in België (of omliggende landen) is noodzakelijk. Ik heb hem iedere vorm van vlucht afgeraden gezien de hoge risico's op complicaties."

Verder vermeldt het standaard medisch getuigschrift d.d. 15.10.2018:

"zeer strikte medische follow up en nodige ingrepen op korte termijn"

Uit de medische verslagen blijken ernstige hartproblemen. De cardioloog acht de follow up als strikt noodzakelijk en een operatie zal nodig zijn op korte termijn.

Waar het medisch attest van 08.01.2014 nog melding maakt van de mogelijkheid tot reizen naar het land van herkomst, was de medische toestand van verzoeker danig geëvolueerd dat een poging tot verwijdering in 2016 door verwerende partij werd stopgezet omdat de centrumarts oordeelde dat verzoeker omwille van zijn medische toestand niet kon reizen.

De medische dienst van de verwerende partij attesteerde zelf dat verzoeker door zijn medische toestand onmogelijk kon reizen, en verzoeker werd in vrijheid gesteld.

In het laatste medisch getuigschrift van 15.10.2018 stelt de cardioloog eveneens dat iedere vorm van vlucht wordt afgeraden gezien de hoge risico's op complicaties.

Aldus blijkt de aandoening in negatieve zin te zijn geëvolueerd.

4.

De ambtenaar-geneesheer komt tot volgende "samenvatting" van de medische documenten:

"Uit de aangeleverde medische informatie kunnen we het volgende besluiten:

- Het gaat hier over een man van 45 jaar afkomstig uit Egypte
- Hij is sinds 2009 gekend met kleplijden, volgens de rapportering weinig evolutief, met reeds in 2014 indicatie tot ingreep in zijn thuisland
- Heden heeft hij een gemengd aortakleplijden met een belangrijk lek en een belangrijke vernauwing met een piekgradiënt van 54, een lek van de mitralisklep dat vrij stabiel blijft over de jaren, heden 2/4 en een bewaarde hartfunctie
- Hij heeft een inspanningsfunctie tot 100 kwatt bij ergometrie zonder afwijkingen, wat behoorlijk is
- Als medicatie neemt hij heden:
  - o Asaflow, acetylcylzuur, bloedverdunner
  - o Bisprolol, bètablokker regeling bloeddruk en hartfunctie
  - o Forzaten: omesartan en amlidipine, tegen hoge bloeddruk
  - o Inegy ezetimibe en simvastatine, tegen cholesterol
- Ondanks de indicatiestelling van de noodzakelijke ingreep in 2014 is er nog steeds niet overgegaan tot een ingreep, waaruit geconcludeerd kan worden dat de aandoening op gebied van symptomatologie weinig evolutief is

- Er worden geen bewijzen geleverd van nood aan cardiologische follow-up”

5.

De “besluiten” van de ambtenaar-geneesheer spreken de aangeleverde attesten volledig tegen.

De ambtenaar-geneesheer komt tot het besluit dat de aandoening op gebied van symptomatologie weinig evolutief is.

In de eerste medische verslagen was sprake van een mild aortakleplijden en aortaklepinsufficiëntie. Thans blijkt dit te zijn geëvolueerd naar ernstig aortakleplijden en belangrijke aortaklepinsufficiëntie. Dit wordt ook door de ambtenaar-geneesheer bevestigd.

Aldus is er wel degelijk evolutie.

Het enkele feit dat er nog niet werd overgegaan tot een ingreep, betekent niet dat de aandoening niet zou zijn geëvolueerd.

Het feit dat de ingreep nog niet werd uitgevoerd, betekent ook geenszins dat deze ingreep in de toekomst niet zou moeten worden uitgevoerd.

Wel integendeel blijkt uit het meest recente medisch getuigschrift dat een ingreep nog steeds noodzakelijk wordt geacht.

Waar het de ambtenaar-geneesheer tot inzichten komt die de aangeleverde medische getuigschriften volledig tegenspreken, dient de gedachtengang op afdoende wijze te worden gemotiveerd teneinde verzoeker toe te laten op welke wijze tot dit besluit is gekomen.

De ambtenaar-geneesheer motiveert niet waarom zij tot dergelijk besluit komt, terwijl de attesten dit tegenspreken.

Ook het feit dat er geen negatieve evolutie zou zijn (wat trouwens niet klopt, zie supra) is betekent niet dat er geen noodzaak zou zijn tot toegang tot de nodige zorgen om de ziekte onder controle te houden. Alwaar de ziekte door de medische hulp in België min of meer stabiel kan gehouden worden, terwijl deze bij een terugkeer naar Egypte hoogstwaarschijnlijk zou verergerd zijn, bewijst dit net de noodzaak van verdere behandeling in België.

Uit het feit dat de ziekte reeds zou bestaan hebben en er geen negatieve evolutie is, kan onmogelijk worden afgeleid dat deze niet ernstig zou zijn en er geen noodzaak zou zijn aan de nodige zorgen in België. Het ene heeft niets met het andere te maken. Om te weten of de ziekte ernstig is, dient de ziekte zelf te worden beoordeeld, en niet de datum van diens manifesteren of de evolutie.

6.

De attesten vermelden verder expliciet dat cardiologische follow-up strikt noodzakelijk is.

De ambtenaar-geneesheer stelt daarentegen dat er geen nood zou zijn aan cardiologische follow-up, daarmee opnieuw de attesten tegensprekend. De ambtenaar-geneesheer motiveert op geen enkele wijze hoe tot dergelijk afwijkend besluit is gekomen.

7.

De ambtenaar-geneesheer stelt verder dat er geen tegenindicatie zou zijn tot reizen:

“Ondanks de vermelding dat betrokkene geen vliegreis zou kunnen ondernemen wordt dit niet onderbouwd door objectieve elementen door de attesterende artsen.

In de wetenschappelijke literatuur hieromtrent kan deze tegenindicatie niet bevestigd worden.

Bijkomend dient vermeld dat betrokkene de aandoening reeds had in 2009 toen hij naar België kwam, dat de aandoening weinig evolutief is en hij zonder problemen de reis kon ondernemen.

De volgende argumenten uit verschillende publicaties kunnen aangehaald worden:

- In geen enkele studie wordt een hoger risico beschreven voor reizen bij personen met hartfalen zelfs met een beperkte hartfunctie (Air Travel Considerations for the Patient with heart failure 2014).

Vliegtuigreizen zijn veilig ook bij patiënten met hartfalen wanneer correct behandeld en in een stabiele status. (Experience of air travel in patient with chronic heart failure 2014 Int Journal of cardiology)

- In “Cardiovascular disease and airone travel van 2007 gepubliceerd in Heart”, wort een tegenindicatie vermeld wanneer de patiënt in NYHA status IV is. Dit is wanneer de patient maximaal behandeld is en nog symptomen vertoont. Dit is niet het geval bij betrokkene. Als voorzorgsmaatregel wordt gesteld om eventueel extra zuurstof te voorzien ter preventie.

- In een recente review van augustus 2018 wordt gesteld dat het risico van vlieguren minimaal is wanneer de klinische toestand stabiel is. (Guidelines for Flying with heart disease). Kleplijden zo met minimale klachten en een normale hartfunctie zonder gedocumenteerde ritmestoornissen kunnen zonder verhoogd risico vliegen mits enkele minimale voorzorgsmaatregelen zoals dragen van steunkousen, voldoende drinken tijdens de reis, vermijden van stress

- Uit de medical Manual van de IATA weerhouden we dat zijn aandoening niet weerhouden wordt als tegenindicatie. Hartfalen wordt vermeld en is geen tegenindicatie wanneer de aandoening stabiel is”

Zowel de behandelende arts als de centrumarts in opdracht van verweerster zijn tot het besluit zijn gekomen dat vliegen sterk wordt afgeraden. Om die reden werd zelfs een repatrieringspoging gestaakt.

Niettegenstaande de attesten uitdrukkelijk het vliegen sterk afraden, stelt de ambtenaar-geneesheer dat er geen tegenindicatie zou zijn om te reizen.

Zij verwijst hiervoor naar bepaalde studies.

Noch verzoeker, noch diens raadsman, zijn artsen. Zij stellen enkel vast dat de ambtenaar-geneesheer als enige tot een afwijkend oordeel hieromtrent komt ten opzichte van alle andere artsen. Zij stellen vast dat de ambtenaar-geneesheer hiervoor verwijst naar bepaalde artikels, zoals "Guidelines for Flying with heart disease" om tot het besluit te komen dat er geen tegenindicatie is voor vliegen.

Het artikel waarnaar verwezen vermeldt het volgende:

"4. Conclusions The patients with HF are more prone to experience problems contributed air travel and needs more attention during flight. (...) tients with HF are prone to experience VTE following prolonged air travel, especially those with lower LVEF. "

Vrij vertaald : «patiënten met hartproblemen ondervinden grotere problemen bij vliegereizen, vooral zij met een lage LVEF (ejactiefactie van de linker hartkamer, de hoeveelheid bloed dat het hart kan pompen).

Het artikel vermeldt dat in geval van milde hartproblemen er geen probleem is om te reizen, doch "those in the stage of AHFS should not fly until complete improvement is achieved." Vrij vertaald: Patiënten met ernstig hartfalen mogen niet vliegen tot er verbetering is"

Het besluit van de ambtenaar-geneesheer is gesteund op de verkeerde premisse dat het om een milde stabiele aandoening zou gaan, en komt op grond daarvan tot het besluit dat reizen mogelijk is. Echter spreken de behandelende artsen over een ernstige aandoening met noodzaak tot medische ingreep op korte termijn.

Waar het wel degelijk gaat om ernstige aandoeningen, volgen de medische bevindingen van alle andere artsen dat verzoeker niet kan vliegen.

8.

Gelet op bovenstaande blijkt dat het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 27.12.2018 – dat deel uitmaakt van de bestreden beslissing – niet afdoende is gemotiveerd en dus voormelde bepalingen schendt.

Schending van het aangevoerde middel doordat de ambtenaar-geneesheer ten onrechte stelt dat de nodige zorgen en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst

In geval van terugkeer naar Egypte heeft verzoeker geen enkele toegang tot de nodige zorgen en opvolging.

Egypte kent op heden geen algemene ziekteverzekering die dekking biedt Dit wordt door de ambtenaar-geneesheer bevestigd.

De regering mag dan al een wet aan het voorbereiden zijn om te voorzien in een volledige dekking van de volledige bevolking tegen 2035. Op vandaag in 2019 heeft verzoeker daar weinig aan. Op vandaag bestaat deze dekking niet.

De ambtenaar-geneesheer geeft eigenlijk impliciet toe dat verzoeker op heden niet onder een ziekteverzekering valt.

Er bestaan op heden twee officiële systemen: De health Insurance organisation, dewelke instaat voor de ziekteverzekering van de werknemers, gepensioneerden, weduwen en pasgeborenen en de schoolplichtige kinderen.

58 % van de populatie valt hieronder.

Daarnaast is er een systeem dat gratis verzorging zou aanbieden in publieke instellingen dewelke door de staat zou gefinancierd worden. Dit is evenwel geen zekerheid, en de toekenning gebeurt per casus.

In theorie is de gezondheidszorg gratis voor elke burger, maar in werkelijkheid wordt 72% van de verzorging door de patiënt zelf of zijn familie gedragen.

Andere uitkeringen zijn verbonden aan vroegere afdrachten aan één of ander systeem.

Verzoeker – die sinds jaren in België verblijft, heeft in Egypte geen toegang tot de nodige zorgen.

Pas indien verzoeker werk zou vinden zou verzoeker mogelijks verzekerd worden via de ziekteverzekering voor werknemers. Hierbij dient er te worden van uitgegaan dat verzoeker meteen bij aankomst in Egypte werk zou vinden, een voorwaarde dewelke geenszins met zekerheid kan vervuld worden – Er al van uitgaand dat verzoeker zou kunnen werken gezien zijn aandoening. Zelfs de ambtenaar-geneesheer stelt dat verzoeker enkel lichtere arbeid zou kunnen verrichten.

Egypte is een land met zware werkloosheidscijfers. Het is allerminst een zekerheid dat verzoeker er in slaagt tijdig werk te vinden, zeker gelet op het feit dat verzoeker absoluut geen hard werk zou kunnen uitvoeren.

De waarschijnlijkheid dat verzoeker buiten het systeem van de gezondheidszorg zou vallen is dan ook vele malen groter dan dat verzoeker beroep zou kunnen doen op ziekteverzekering.

De ambtenaar-geneesheer stelt nogal driest: "De cardiologische zorg was toegankelijk voor betrokkene gezien in het dossier bewezen zijn van opvolging door een cardioloog voor zijn komst naar België"

Dergelijke stelling is stotend. Het feit dat verzoeker jaren geleden een arts heeft kunnen consulteren bewijst op geen enkele manier dat verzoeker thans de nodige middelen of verzekeringen zou kunnen

om de noodzakelijke behandelingen op heden te ondergaan. Verzoeker is tijdens de Egyptische Revolutie van 2011 het land moeten ontvluchten omwille van de onlusten en daarbij gepaard de onmogelijkheid om enige medische behandeling verder te ondergaan.

De ambtenaar-geneesheer stelt tot slot zelf "De medicamenteuze behandeling is ten laste van betrokkene"

Aldus wordt expliciet erkend dat verzoeker zijn medicamenteuze behandeling zelf zal moeten betalen. Verzoeker heeft nood aan levenslange follow-up, en diverse medicijnen. Verzoeker heeft niet de middelen om deze te bekostigen.

Aldus is het duidelijk dat de noodzakelijke zorgen en medicijnen niet toegankelijk zijn in Egypte.

De bestreden beslissing schendt aldus overduidelijk de voormelde bepalingen.

Het middel is gegrond."

2.2. In de nota repliceert de verwerende partij het volgende:

#### **"MET BETREKKING TOT HET MIDDEL**

In het enige middel haalt verzoeker de schending aan van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel en van de motiveringsplicht. Verzoeker betwist dat zijn ziekte geen negatieve evolutie zou kennen. Hij wijst op een nood aan follow-up en chirurgische ingrepen en betwist de bevindingen over de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgen in Egypte. Hij voert ook aan dat hij onmogelijk kan reizen, hetgeen door verwerende partij erkend werd op 3 augustus 2016 toe hij werd opgesloten in het gesloten centrum.

Verzoeker maakt niet duidelijk op welk punt de motivering van de bestreden beslissing hem niet in staat stelt te begrijpen op welke juridische en feitelijke gegevens de beslissing is genomen derwijze dat hierdoor niet zou zijn voldaan aan het doel van de formele motiveringsplicht (cfr. RvS, nr. 105.103, 26 maart 2002).

Verzoeker toont evenmin aan dat de bestreden beslissing genomen werd op basis van een onzorgvuldige feitenvinding en evenmin dat bepaalde elementen werden veronachtzaamd bij het nemen van de beslissing. Door louter te beweren dat hij het hiermee oneens is, toont verzoeker geen schending aan van de door hem genoemde bepalingen en beginselen. Het feit dat verzoeker ooit "not fit to fly" geacht werd, of de loutere bewering dat de arts-adviseur zou zijn uitgegaan van de verkeerde premisse dat hij milde stabiele hartproblemen heeft, doet geen afbreuk aan de concrete en individuele analyse van zijn aandoening en de weerlegging van de aangehaalde en niet-gefundeerde tegenindicatie tot reizen.

Ook met betrekking tot de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen is de bestreden beslissing pertinent gemotiveerd.

Verzoeker komt in zijn kritiek hierop opnieuw niet verder dan een loutere betwisting van deze bevindingen, zonder dit te staven met enig concreet element.

Het loutere feit dat verzoeker het niet eens is met de beoordeling door de arts-adviseur, toont niet aan dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke of op onzorgvuldige wijze zou zijn genomen. Verzoekers kritiek geeft in wezen blijk van het feit dat hijzelf en zijn behandelende geneesheer een andere feitelijke beoordeling heeft van de medische aandoeningen en van de tegenindicatie tot reizen dan de beoordeling die door de ambtenaar-geneesheer werd gemaakt.

Verzoeker dient er in dit verband op te worden gewezen dat het arts-adviseur zeer concreet uitlegt waarom hij tot zijn conclusie komt en zijn conclusie, anders dan de behandelende arts, wél fundeert met wetenschappelijke elementen en documenten die de behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst aantonen.

Verzoeker toont met zijn beweringen niet aan dat de arts-adviseur onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft geoordeeld.

Er wordt bijgevolg niet aannemelijk gemaakt dat de arts-adviseur zijn advies niet zorgvuldig heeft voorbereid, noch dat het advies is gestoeld op een miskennis van de voorliggende gegevens of op grond van een incorrecte feitenvinding. Evenmin toont verzoeker aan dat de gemachtigde inzake het determinerende motief een kennelijke beoordelingsfout heeft gemaakt of dat de bestreden beslissing, waarvan het medisch advies integraal deel van uitmaakt, op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze werd genomen of met miskennis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet tot stand kwam.

Uit het voorgaande blijkt dan ook dat de aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en van de andere aangevoerde bepalingen en beginselen niet aannemelijk wordt gemaakt.

Het enig middel is, in zijn geheel, ongegrond."

2.3.1. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen heeft tot doel de burger, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de vreemdelingenwet. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

De bestreden beslissing moet duidelijk het determinerend motief aangeven op grond waarvan de beslissing is genomen. In de motieven wordt verwezen naar de toepasselijke rechtsregel, namelijk artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Tevens bevat de beslissing een motivering in feite, met name dat het aangehaalde medisch probleem niet kan worden aangenomen als grond om een verblijfsvergunning te verkrijgen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Uit de uiteenzetting van het middel blijkt dat verzoeker de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht *in casu* is bereikt.

Een schending van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van artikel 62 van de vreemdelingenwet wordt niet aangetoond.

2.3.2. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde van de staatssecretaris bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht wordt onderzocht in het licht van de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

*"§ 1 De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonde overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.*

*De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.*

*De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.*

*Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.*

*De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.*

*(...)"*



In de bestreden beslissing wordt verwezen naar het advies van de arts-adviseur van 20 december 2018, dat deel uitmaakt van de bestreden beslissing en bij de beslissing werd gevoegd, en dat luidt als volgt:

*“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 27-10-2016.*

*Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:*

- *Attest d.d. 5-8-2016 dat betrokkene niet mag vliegen tot een niet gepreciseerde datum (eventueel tot na niet gespecificeerde operatie)*
- *Standaard Medisch getuigschrift d.d. 8-9-2016 van Dr. C., cardioloog met de volgende informatie:*
  - o *Gekend met mild gecombineerd aortakleplijden, arteriële hypertensie en obesitas*
  - o *De behandeling is poliklinisch en met niet gepreciseerde antihypertensiva*
  - o *Opmerking: geen vermelding van ernst of functionele weerslag*
- *Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 2-9-2016 van Dr. (onleesbare stempel) met als enige informatie: blijvend probleem van kleplijden aortaklep. Bijkomende vermelding van BMI>40*
- *Techno-scan van Osama Khalil Centers d.d. 8-12-2009: reumatisch hartlijden met aantasting van zowel mitralis als aortaklep met zowel insufficiëntie als stenose, gedilateerde linker ventrikel met goede contractiliteit en gedilateerd linker atrium. Gradiënt mitralisklep 2, aortaklep 9 mm HG*
- *Gedetailleerd medisch attest d.d. 8-1-2014 van Dr. C., cardioloog: aortakleplijden matig stenose en insufficiëntie (graad III-IV (?)), hospitalisatie in december 2013, medicatie aspirine antihypertensiva -en statine, follow-up noodzakelijk mogelijks klepchirurgie in toekomst,- betrokkene kan reizen*
- *Standaard medisch Getuigschrift d.d. 8-1-2014 met zelfde informatie als eerder vermeld gedetailleerd medisch attest: matige aortaklep en mitraliskleplijden graad III/IV*
- *Raadpleging polikliniek cardiologie d.d. 8-1-2014: uitslag spirometrie, slechte inspanningstolerantie als gevolg van matig kleplijden en belangrijke deconditionering. Belangrijke factor van morbiede obesitas - -*
- *Raadpleging polikliniek Cardiologie d.d 2-12-2013: cardiaal risicoprofiel met obesitas (BMI 40), arteriële hypertensie, hypercholesterolemie en nicotine abuus, matig ernstig aortakleplijden en mitralislijden*
- *Opname cardiologie d.d. 8-12-2013 tot 10-12-2013: ernstige aortaklep insufficiëntie graad % met lichte stenose, mitraalinsufficiëntie 1/4 en geen coronair lijden*
- *Verslag van de coronarografie d.d. 9-12-2013: geen pulmonaal hypertensie, aorta insufficiëntie van lichte stenose gradiënt 25 mmHG, mitraalinsufficiëntie 1/4 normale coronairen*
- *Dubbel verslag van opname 8-12 tot 10-12-2013*
- *Verslag polikliniek cardiologie 19-12-2013: afwachtende houding*
- *CT-cardio wegens vermoeden van coarctatio aortae: stenosegraad van 61 %*
- *Dubbel verslag CT d,d, 9-1-2014*
- *Standaard Medisch getuigschrift d.d. 30-4-2014 van Dr. C., cardioloog met de volgende informatie:*
  - o *Matig ernstige aortaklepstenose, ernstige insufficiëntie, bestaan van coarctatio aortae*
  - o *Behandeling met antihypertensiva, statines en aspirine*
- *Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 23-9-2014 met ongewijzigde informatie. Bijkomend vermelden van nood tot dieet en vermagering, mogelijks op termijn operatie*
  - *Verslag polikliniek cardiologie d.d. 27-11-2015 stabiel bevindingen in het kader van het kleplijden, betrokkene is vermagerd. Uitsluiten van ritmestoorissen, Holter monitoring gepland*
  - *Medisch rapport d.d. 27-2-2014 van Cairo met vermelding indicatie tot vervangen van de aortaklep. Een actualisatie werd aangevraagd met specifieke vraag naar opvolging en verdere therapie na 2015. Verkregen informatie:*
    - *Standaard Medisch getuigschrift d.d. 15-10-2018 van Dr. T., cardioloog met de volgende informatie:*
      - o *Gekend met aorta- en mitraliskleplijden, bariatrische ingreep, maligne hypertensie en hypercholesterolemie*
      - o *Huidige pathologie: ernstige aantasting aortaklep en belangrijke mitralisinsufficiëntie met prolaps*
      - o *Er wordt geen melding gemaakt van de functionele toestand van betrokkene*
      - o *Medicatie: Asaflo, Bisoprolol, Forzaten, Inegy*
      - o *Indicatie tot ingreep op korte termijn*
    - *Cardiologisch verslag d.d. 15-10-2018: consultatie wegens kortademigheid en onwel gevoel. Besluit: aortainsufficiëntie 3/4 met stenose, lek mitralisklep 2/4, normale systolische functie, afraden van vliegreis*
- *Uit de aangeleverde medische informatie kunnen we het volgende besluiten:*
  - *Het gaat hier over een man van 45 jaar afkomstig uit Egypte*
  - *Hij is sinds 2009 gekend met kleplijden, volgens de rapportering weinig evolutief, met reeds in 2014 indicatie tot ingreep in zijn thuisland*

- Heden heeft hij een gemengd aortakleplijden met een belangrijk lek en een belangrijke vernauwing met een piekgradiënt van 54, een lek van de mitralisklep dat vrij stabiel blijft over de jaren, heden 2/4 en een bewaarde hartfunctie

- Hij heeft een inspanningsfunctie tot 100 kwatt bij ergometrie zonder afwijkingen, wat behoorlijk is

- Als medicatie neemt hij heden:

o Asaflo, acetylsalicylzuur, bloedverdunner

o Bisoprolol, bètablokker regeling bloeddruk en hartfunctie

o Forzaten: omesartan en amlodipine, tegen hoge bloeddruk

o Inegy ezetimibe en simvastatine, tegen cholesterol

Ondanks de indicatiestelling van de noodzakelijke ingreep in 2014 is er nog steeds niet overgegaan tot een ingreep, waaruit geconcludeerd kan worden dat de aandoening op gebied van symptomatologie weinig evolutief is

Er worden geen bewijzen geleverd van nood aan regelmatige cardiologische follow-up

Tegenindicatie tot reizen:

Ondanks de vermelding dat betrokkene geen vliegreis zou kunnen ondernemen wordt dit niet onderbouwd door objectieve elementen door de attesterende artsen

In de wetenschappelijke literatuur hieromtrent kan deze tegenindicatie niet bevestigd worden, (zie bijlages).

Bijkomend dient vermeld dat betrokkene de aandoening reeds had in 2009 toen hij naar België kwam, dat de aandoening weinig evolutief is en hij zonder problemen de reis kon ondernemen.

De volgende argumenten uit de verschillende publicaties kunnen aangehaald worden:

- In geen enkele studie wordt een hoger risico beschreven voor reizen bij personen met hartfalen zelfs met een beperkte hartfunctie (Air travel Considerations for the patiënt with heart Failure 2014). Vliegtuigreizen zijn veilig ook bij patiënten met hartfalen wanneer correct behandeld en in een stabiele status. (Experience of air travel in patients with chronic heart failure 2012 Int Journal of cardiology)

- In "Cardiovascular disease and airline travel van 2007 gepubliceerd in Heart", wordt een tegenindicatie vermeld wanneer de patiënt in NVHA status IV is. Dit is wanneer de patiënt maximaal behandeld is en nog symptomen vertoont. Dit is niet het geval bij betrokkene. Als voorzorgmaatregel wordt gesteld om eventueel extra zuurstof te voorzien ter preventie

- In een recente review van augustus 2018 wordt gesteld dat het risico van vlieguren minimaal is wanneer de klinische toestand stabiel is. (Guidelines for Flying with Heart disease). Kleplijden zo met minimale klachten en een normale hartfunctie zonder gedocumenteerde ritmestoornissen kunnen zonder verhoogd risico vliegen mits enkele minimale voorzorgsmaatregelen zoals dragen van steunkousen, voldoende drinken tijdens de reis, vermijden van stress

- Aangeraden wordt om de functionele capaciteit van het hart te evalueren. (Cardiology and travel: risk assesment prior to travel, 1996 Journal of travel Medecine) Betrokkene heeft op echografie een normale functie en kan een inspanning van 100 Kwatt aan op inspUit de annual manual anningstest, wat een gemiddelde inspanning is, zonder dat er symptomen van hartfalen of angina optreden

- Uit de medical Manual van de IATA weerhouden we dat zijn aandoening niet weerhouden wordt als tegenindicatie. Hartfalen wordt vermeld en is geen tegenindicatie wanneer de aandoening stabiel is.

Besluit: Betrokkene kan zonder hoger risico dan de normale populatie, de reis ondernemen. Als voorzorg kan deze reis eventueel onder begeleiding van een arts gebeuren. Voor betrokkene zelf worden een aantal voorzorgen aangeraden zoals het dragen van steunkousen en voldoende drinken tijdens de reis.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is 1:

Aanvraag Medcoi van 29-8-2018 met het unieke referentienummer 11505

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond. Bij sommige combinatie preparaten zijn geen gegevens gekend maar de afzonderlijke bestanddelen zijn beschikbaar.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat betrokkene, een man van 45 jaar van Egyptische origine, zonder problemen in zijn thuisland kan behandeld worden: de beschikbaarheid van cardiologen en de mogelijkheid voor operatie wordt aangetoond in BMA11505. De noodzakelijke medicatie is beschikbaar, namelijk Acetylsalicylzuur, Bisoprolol, een sartaan en Amlodipine voor de bloeddruk, Ezetimibe en Simvastatine voor de cholesterol. De strikte follow-up die vereist is kan gegarandeerd worden.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in slaat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Het doel van de Egyptische regering, uitgeschreven in de nieuwe grondwet van 2014 is een gezondheidszorg aan iedereen te garanderen, ongeacht inkomen, geslacht, woonplaats (art 18) Hiervoor staat het land voor grote uitdagingen.<sup>2</sup>

Het huidig systeem is zeer versnipperd door het aantal instanties die de gezondheidszorg financieren, zowel regeringspartners als parastatalen en de private sector spelen een rol. De rol van de regeringspartner is vooral het verzorgen van de primaire zorg zowel op preventieve als curatieve basis. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van het MOPH (Ministry of Health and Population). De zeer gespecialiseerde zorg in de universitaire centra valt dan weer onder het Ministerie van Onderwijs (Ministry of Higher Education).<sup>3</sup> De parastatale sector bestaat uit organisaties die gecontroleerd worden door het MOHP: de HIO (the Health Insurance Organisation), de CCO (Curative Care Organisation) en de THO (Teaching Hospitals and Institutes Organisation). De parastatale sector heeft meer autonomie en beschikt over een apart budget Als laatste partner dient men de private sector te vermelden. Deze omvat de klassieke private instellingen, de non-profit organisaties de NGO's en de centra verbonden aan een religieuze of liefdadigheidsinstelling. Het Ministerie van Volksgezondheid verzorgt ongeveer 30 tot 35 % van de gezondheidszorgen in het land, het Ministerie van Hogere Onderwijs 30% door de zorgen in de universitaire ziekenhuizen, de andere ministeries waaronder defensie, transport luchtvaart, elektriciteit en binnenlandse zaken, samen met de HIP (health Insurance Organisation) zorgt voor meer dan 10%

Er is geen algemene ziekteverzekering die alles dekt. De regering is een wet aan het voorbereiden om te voorzien in een volledige dekking van de volledige populatie tegen 2035. Voor het ogenblik bestaan 2 officiële schema's: de eerste is de HIO (health Insurance Organisation) die een verzekering voorziet voor alle werknemers in de formele sector en als tweede een stelsel, gebaseerd op belastingen dat een gratis zorg verzekert in publieke hospitalen, en een extra stelsel eveneens gefinancierd door de belastingen dat de kosten van de verzorging verhaalt op de staat.

De Health Insurance Organisation, (HIO) staat in voor de ziekteverzekering van de werknemers en hun pensioenen, zowel van publieke als private sector, de gepensioneerden, de weduwen en pasgeborenen, de schoolplichtige kinderen en de studenten. Het systeem wordt gefinancierd met maandelijkse afdrachten van betrokkenen /arbeiders, bedienden, gepensioneerden) volgens een bepaalde percentrage afdracht van hun maandelijks inkomen. Ongeveer 58% van de populatie is gedekt door het HIO. Van deze populatie is 3/4 schoolkinderen en kinderen onder de 5 jaar.

Het tweede verzekeringssysteem is gefinancierd door de belastingen. Dit systeem garandeert de gratis verzorging in de publieke instellingen alsook voor de speciale behandelingen die door de staat gefinancierd worden. De voorwaarde voor dit laatste luik zijn niet duidelijk en zou instaan voor dure tertiaire zorg zowel voor verzekerden als niet-verzekerde burgers en eventueel ook instaan voor zorg in het buitenland. De toekenning gebeurt per casus. In theorie is de gezondheidszorg gratis voor elke burger in Egypte maar heden wordt 72% van de verzorging door de patiënt of de familie zelf gedragen.<sup>5</sup>

In de grondwet werd ook een artikel in kader van sociale zekerheid ingebouwd (art 17). Hier verplicht de regering zich tot het garanderen van een fatsoenlijke levensstandaard aan iedereen, ook aan dezen die niet in staat zijn om te werken, door ziekte of werkloosheid en voor ouderen.<sup>6</sup> Pensioenen en andere uitkeringen zijn voorhanden maar zijn verbonden aan vroegere afdrachten aan één of ander systeem.<sup>7</sup> Bijkomend zijn er wel uitkeringen zoals "old age settlement" voor diegenen die niet in aanmerking komen voor het klassieke pensioen.

Specifiek voor betrokkene:

*De verzorging en opvolging in een publieke instelling zijn gratis. Doch een kleine toeslag kan verwacht worden van ongeveer EGP 50 (€2) per consultatie, in een universitair ziekenhuis loopt de kost op van EGP 60 (€ 2.5) tot EGP 150 (€7) De medicamenteuze therapie is ten laste van betrokkene.<sup>8</sup> De cardiologische zorg was toegankelijk voor betrokkene gezien in het dossier bewijzen zijn van opvolging door een cardioloog voor zijn komst naar België Voor de specifieke ingreep die betrokken eventueel dient te ondergaan weten we dat ook de meer gespecialiseerde behandelingen zoals open hartchirurgie gedekt worden door de HIO.<sup>9</sup> Indien betrokkene geen toegang zou hebben omwille van het niet verzekerd zijn kan hij beroep doen op de Aswan Heart centre, een ngo die zich richt op het verstrekken van gespecialiseerde zorg voor cardiale patiënten evenals operaties volgens de nieuwste moderne standaard procedures.*

*Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Gezien de medische toestand is er voor lichte arbeid geen tegenindicatie. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Door arbeid te verrichten draagt betrokkene eveneens bij tot de sociale zekerheid wat een garantie op medische verzorging biedt.*

*Betrokkene heeft nog familie in het thuisland, namelijk een echtgenote, ouders, broer en zussen die eventueel opvang en ondersteuning kunnen bieden.*

*Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doe! heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.<sup>12</sup>*

*Conclusie; Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de cardiale pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Egypte Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Egypte”*

2.3.3. Verzoeker voert in wat als een eerste onderdeel van het enig middel kan worden beschouwd aan dat de arts-adviseur in haar advies regelrecht ingaat tegen de medische attesten van de behandelende artsen. Zij meent dat de aandoening op gebied van symptomatologie weinig evolutief is, terwijl uit de voorgelegde medische verslagen blijkt dat er in 2014 werd vastgesteld dat aortaklepchirurgie waarschijnlijk noodzakelijk is in de toekomst, dat in 2016 een mild aortakleplijden en aortaklepinsufficiëntie was maar dit thans is geëvolueerd naar een ernstig aortakleplijden en belangrijke aortaklepinsufficiëntie. Verzoeker meent dat er dus wel degelijk een evolutie is. Verzoeker merkt op dat hoewel de hartproblemen worden gelinkt aan overgewicht, het allerminst zo is dat maatregelen op vlak van voeding en lichaamsbeweging volstaan om te genezen: hoewel verzoeker intussen vermagerd is, wordt jaarlijkse follow-up noodzakelijk geacht. Ook werd in 2014 nog melding gemaakt van de mogelijkheid tot reizen, maar in 2016 werd een poging tot verwijdering door de verwerende partij stopgezet wegens de medische toestand van verzoeker. In het laatste medisch getuigschrift van 15 oktober 2018 stelt de cardioloog eveneens dat elke vorm van vliegen wordt afgeraden, gezien de hoge risico's op complicaties. Inzake de ingreep die nog niet heeft plaatsgevonden, stelt verzoeker dat dit niet betekent dat de aandoening niet zou zijn geëvolueerd en dat dit niet betekent dat de ingreep in de toekomst niet zou moeten worden uitgevoerd. Verzoeker stelt dat de gedachtegang van de arts-adviseur moet worden gemotiveerd.

Verzoeker stelt dat, ook al zou er geen negatieve evolutie zijn, dit niet betekent dat er geen noodzaak zou zijn tot toegang tot de nodige zorgen. Verzoeker stelt dat zijn ziekte in België min of meer stabiel kan worden gehouden maar dat bij een terugkeer naar Egypte zijn toestand zou verergeren, wat de noodzaak van verdere behandeling in België bewijst. Verzoeker stelt dat uit het feit dat de ziekte reeds zou bestaan hebben in Egypte en dat er geen negatieve evolutie is, onmogelijk kan worden afgeleid dat de ziekte niet ernstig zou zijn en dat er geen noodzaak zou zijn aan de nodige zorgen in België. Om te weten of de ziekte ernstig is, moet de ziekte zelf worden beoordeeld en niet de datum van het manifesteren of de evolutie.

Verzoeker wijst erop dat de attesten vermelden dat cardiologische follow-up strikt noodzakelijk is, maar dat de arts-adviseur stelt dat daaraan geen nood is zonder te verklaren hoe zij tot dergelijk afwijkend besluit is gekomen.

Verzoeker stelt dat de arts-adviseur meent dat er geen tegenindicatie zou zijn tot reizen, terwijl de behandelende arts en de centrumarts tot het besluit zijn gekomen dat vliegen sterk wordt afgeraden. De arts-adviseur verwijst voor haar standpunt wel naar bepaalde studies maar daarin staat dat er bij milde hartproblemen geen probleem is om te vliegen, bij ernstig hartfalen mogen patiënten niet vliegen. Het besluit van de arts-adviseur steunt bijgevolg op de verkeerde premisse dat het om een milde aandoening zou gaan.

2.3.4. Uit het advies van de arts-adviseur van 20 december 2018 blijkt dat zij uit de aangeleverde medische informatie onder meer het volgende besluit: *“Heden heeft hij een gemengd aortakleplijden met een belangrijk lek en een belangrijke vernauwing met een piekgradiënt van 54, een lek van de mitralisklep dat vrij stabiel blijft over de jaren, heden 2/4 en een bewaarde hartfunctie” en “Ondanks de indicatiestelling van de noodzakelijke ingreep in 2014 is er nog steeds niet overgegaan tot een ingreep, waaruit geconcludeerd kan worden dat de aandoening op gebied van symptomatologie weinig evolutief is.”*

Hieruit blijkt dat de arts-adviseur erkent dat verzoeker een gemengd aortakleplijden heeft met *“een belangrijk lek en een belangrijke vernauwing”* en een *“lek van de mitralisklep”*. In tegenstelling tot wat verzoeker beweert, lijkt de arts-adviseur de aandoening van verzoeker niet te minimaliseren.

Daarnaast is het niet kennelijk onredelijk om te oordelen dat, nu reeds in 2014 in Egypte door een arts werd vastgesteld dat verzoeker nood heeft aan een operatie (dit steunt op de stukken van het administratief dossier) en nu blijkt dat deze operatie nog steeds niet heeft plaatsgevonden ondanks de vier tot vijf jaren behandeling in België, de aandoening op gebied van symptomatologie weinig evolutief is.

Waar verzoeker aanvoert dat het feit dat de ingreep nog niet werd uitgevoerd, niet betekent dat deze in de toekomst niet zou moeten worden uitgevoerd, kan hij worden gevolgd, maar dit neemt niet weg dat de in 2014 nodig geachte ingreep inmiddels nog steeds niet heeft plaatsgevonden.

Verzoeker stelt dat de arts-adviseur stelt dat er geen nood is aan cardiologische follow-up. Vooreerst wordt opgemerkt dat de arts-adviseur in haar advies stelt dat er *“geen bewijzen geleverd”* worden *“van nood aan cardiologische follow-up”* maar verder in het advies in het kader van de beschikbaarheid van de zorgen en de opvolging in het land van herkomst wel melding maakt van *“De strikte follow-up die vereist is kan gegarandeerd worden”*. Dit wordt vermeld als conclusie van het onderzoek dat de arts-adviseur gedaan heeft naar de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst, in het kader waarvan zij onderzocht of cardiologen beschikbaar zijn in Egypte en de operatie er mogelijk is. Haar conclusie is dat dit het geval is, en dat ook de noodzakelijke medicatie beschikbaar is. Verzoeker heeft dus geen belang bij het bekritisieren van de zinsnede dat er geen bewijzen geleverd worden voor de nood aan cardiologische follow-up, gezien de arts-adviseur verder in het advies een strikte follow-up wel vereist acht en na onderzoek vaststelt dat deze aanwezig is in Egypte. Verzoeker betwist deze beschikbaarheid niet.

Inzake de mogelijkheid tot reizen wordt in het advies van de arts-adviseur het volgende overwogen:

*“Tegenindicatie tot reizen:*

*Ondanks de vermelding dat betrokkene geen vliegreis zou kunnen ondernemen wordt dit niet onderbouwd door objectieve elementen door de attesterende artsen*

*In de wetenschappelijke literatuur hieromtrent kan deze tegenindicatie niet bevestigd worden, (zie bijlages).*

*Bijkomend dient vermeld dat betrokkene de aandoening reeds had in 2009 toen hij naar België kwam, dat de aandoening weinig evolutief is en hij zonder problemen de reis kon ondernemen.*

*De volgende argumenten uit de verschillende publicaties kunnen aangehaald worden:*

*- In geen enkele studie wordt een hoger risico beschreven voor reizen bij personen met hartfalen zelfs met een beperkte hartfunctie (Air travel Considerations for the patiënt with heart Failure 2014).*

Vliegtuigreizen zijn veilig ook bij patiënten met hartfalen wanneer correct behandeld en in een stabiele status. (*Experience of air travel in patients with chronic heart failure 2012 Int Journal of cardiology*)

- In "Cardiovascular disease and airline travel van 2007 gepubliceerd in Heart", wordt een tegenindicatie vermeld wanneer de patiënt in NVHA status IV is. Dit is wanneer de patiënt maximaal behandeld is en nog symptomen vertoont. Dit is niet het geval bij betrokkene. Als voorzorgmaatregel wordt gesteld om eventueel extra zuurstof te voorzien ter preventie

- In een recente review van augustus 2018 wordt gesteld dat het risico van vlieguren minimaal is wanneer de klinische toestand stabiel is. (*Guidelines for Flying with Heart disease*). Kleplijden zo met minimale klachten en een normale hartfunctie zonder gedocumenteerde ritmestoornissen kunnen zonder verhoogd risico vliegen mits enkele minimale voorzorgsmaatregelen zoals dragen van steunkousen, voldoende drinken tijdens de reis, vermijden van stress

- Aangeraden wordt om de functionele capaciteit van het hart te evalueren. (*Cardiology and travel: risk assesment prior to travel, 1996 Journal of travel Medecine*) Betrokkene heeft op echografie een normale functie en kan een inspanning van 100 Kwatt aan op inspuit de annual manual anningstest, wat een gemiddelde inspanning is, zonder dat er symptomen van hartfalen of angina optreden

- Uit de medical Manual van de IATA weerhouden we dat zijn aandoening niet weerhouden wordt als tegenindicatie. Hartfalen wordt vermeld en is geen tegenindicatie wanneer de aandoening stabiel is."

Uit deze motieven blijkt dat de arts-adviseur duidelijk de redenen weergeeft waarom zij meent dat er geen tegenindicatie is tot reizen: in de wetenschappelijke literatuur hieromtrent wordt de tegenindicatie tot reizen niet bevestigd, verzoeker had de aandoening reeds in 2009 toen hij naar België kwam, de aandoening is weinig evolutief. Inzake de wetenschappelijke literatuur wordt op concrete wijze verwezen naar vier artikelen en de arts-adviseur verwijst ook naar de "Guidelines for Flying with heart disease" van 2018 en naar de "Medical manual" van de IATA (Internationale luchtvaartorganisatie). Door de verwijzing naar deze artikelen en richtlijnen blijkt dat de arts-adviseur niet zonder meer of "zomaar" tot een andere conclusie komt dan de behandelende artsen. Waar verzoeker verwijst naar de mening van de centrumarts, wordt vastgesteld dat het stopzetten van een repatriëringspoging wegens medische redenen dateert van in 2016, zodat niet zonder meer kan gesteld worden dat dit opnieuw het geval zal zijn.

Vervolgens stelt verzoeker dat het besluit van de arts-adviseur is gesteund op de verkeerde premisse dat het om een milde stabiele aandoening zou gaan, wat *in casu* niet het geval is, het is een ernstige aandoening met noodzaak tot medische ingreep op korte termijn.

Er wordt herhaald dat de arts-adviseur in haar advies stelt dat de ingreep reeds noodzakelijk werd geacht in 2014 maar nog steeds niet heeft plaatsgevonden, zodat het niet kennelijk onredelijk is om te oordelen dat de aandoening weinig evolutief is en dus eerder stabiel. Wat de ernst van de aandoening betreft, wordt herhaald dat de arts-adviseur stelt dat verzoeker een gemengd aortakleplijden heeft met "een belangrijk lek en een belangrijke vernauwing" en een "lek van de mitralisklep" en verder aanvaardt dat een strikte follow-up vereist is en de toegankelijkheid daarvan heeft onderzocht. In het advies wordt ook verwezen naar de minimale voorzorgsmaatregelen van de "Guidelines for Flying with Heart disease". Verzoeker kan niet gevolgd worden waar hij meent dat de arts-adviseur uitgaat van een verkeerde veronderstelling wat betreft haar onderzoek naar de tegenindicatie tot reizen.

Verzoeker toont niet aan dat de hier aangevochten motieven van de bestreden beslissing, waarvan het advies van de arts-adviseur deel uitmaakt, steunen op een foutieve feitenvinding of kennelijk onredelijk zijn. De schending van de materiële motiveringsplicht in dit verband kan niet worden aangenomen, evenmin als een schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

2.3.5. In wat als een tweede onderdeel van het enig middel kan worden beschouwd, uit verzoeker kritiek op de motieven inzake de toegankelijkheid van de zorgen. Verzoeker stelt dat hij op vandaag niets heeft aan de plannen om te voorzien in een volledige dekking van de bevolking tegen 2035 en dat de arts-adviseur impliciet toegeeft dat verzoeker op heden niet onder een ziekteverzekering valt. Verzoeker stelt dat inzake het systeem van gratis verzorging er geen zekerheid is en dat de toekenning gebeurt per casus. Verzoeker stelt dat in werkelijkheid 72% van de verzorging door de patiënt zelf of door zijn familie wordt gedragen en dat andere uitkeringen altijd verbonden zijn aan vroegere afdrachten aan één of ander systeem. Verzoeker verblijft sinds jaren in België en heeft in Egypte geen toegang tot de nodige zorgen. Hij zou eerst werk moeten vinden vooraleer verzekerd te kunnen worden via de ziekteverzekering voor werknemers. Hij moet dan al meteen werk vinden en hij kan gelet op zijn aandoening enkel lichtere arbeid verrichten. Verzoeker zal buiten het systeem van de gezondheidszorg vallen. Verzoeker meent dat de stelling van de arts-adviseur dat verzoeker vroeger reeds toegang had

tot cardiologische zorg niet opgaat. Het feit dat hij vroeger een arts kon raadplegen bewijst op geen enkele manier dat hij thans de nodige middelen of verzekeringen zou hebben om de noodzakelijke behandelingen te ondergaan. Verzoeker wijst erop dat de arts-adviseur stelt dat de medicamenteuze behandeling ten laste van verzoeker is, er wordt dus erkend dat hij zijn medicatie zelf zal moeten betalen maar verzoeker meent dat hij niet de middelen heeft om deze te bekostigen.

2.3.6. Over de toegankelijkheid van de zorgen wordt het volgende gesteld in het advies van de arts-adviseur van 20 december 2018:

*“Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:*

*Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in slaat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.*

*Het doel van de Egyptische regering, uitgeschreven in de nieuwe grondwet van 2014 is een gezondheidszorg aan iedereen te garanderen, ongeacht inkomen, geslacht, woonplaats (art 18) Hiervoor staat het land voor grote uitdagingen.<sup>2</sup>*

*Het huidig systeem is zeer versnipperd door het aantal instanties die de gezondheidszorg financieren, zowel regeringspartners als parastatalen en de private sector spelen een rol. De rol van de regeringspartner is vooral het verzorgen van de primaire zorg zowel op preventieve als curatieve basis. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van het MOPH (Ministry of Health and Population). De zeer gespecialiseerde zorg in de universitaire centra valt dan weer onder het Ministerie van Onderwijs (Ministry of Higher Education).<sup>3</sup> De parastatale sector bestaat uit organisaties die gecontroleerd worden door het MOHP: de HIO (the Health Insurance Organisation), de CCO (Curative Care Organisation) en de THO (Teaching Hospitals and Institutes Organisation). De parastatale sector heeft meer autonomie en beschikt over een apart budget Als laatste partner dient men de private sector te vermelden. Deze omvat de klassieke private instellingen, de non-profit organisaties de NGO's en de centra verbonden aan een religieuze of liefdadigheidsinstelling. Het Ministerie van Volksgezondheid verzorgt ongeveer 30 tot 35 % van de gezondheidszorgen in het land, het Ministerie van Hogere Onderwijs 30% door de zorgen in de universitaire ziekenhuizen, de andere ministeries waaronder defensie, transport luchtvaart, elektriciteit en binnenlandse zaken, samen met de HIP (health Insurance Organisation) zorgt voor meer dan 10%*

*Er is geen algemene ziekteverzekering die alles dekt. De regering is een wet aan het voorbereiden om te voorzien in een volledige dekking van de volledige populatie tegen 2035. Voor het ogenblik bestaan 2 officiële schema's: de eerste is de HIO (health Insurance Organisation) die een verzekering voorziet voor alle werknemers in de formele sector en als tweede een stelsel, gebaseerd op belastingen dat een gratis zorg verzekert in publieke hospitalen, en een extra stelsel eveneens gefinancierd door de belastingen dat de kosten van de verzorging verhaalt op de staat.*

*De Health Insurance Organisation, (HIO) staat in voor de ziekteverzekering van de werknemers en hun pensioenen, zowel van publieke als private sector, de gepensioneerden, de weduwen en pasgeborenen, de schoolplichtige kinderen en de studenten. Het systeem wordt gefinancierd met maandelijkse afdrachten van betrokkenen /arbeiders, bedienden, gepensioneerden) volgens een bepaalde percentage afdracht van hun maandelijks inkomen. Ongeveer 58% van de populatie is gedekt door het HIO. Van deze populatie is 3/4 schoolkinderen en kinderen onder de 5 jaar.*

*Het tweede verzekeringssysteem is gefinancierd door de belastingen. Dit systeem garandeert de gratis verzorging in de publieke instellingen alsook voor de speciale behandelingen die door de staat gefinancierd worden. De voorwaarde voor dit laatste luik zijn niet duidelijk en zou instaan voor dure tertiaire zorg zowel voor verzekerden als niet-verzekerde burgers en eventueel ook instaan voor zorg in het buitenland. De toekenning gebeurt per casus. In theorie is de gezondheidszorg gratis voor elke burger in Egypte maar heden wordt 72% van de verzorging door de patiënt of de familie zelf gedragen.<sup>5</sup>*

*In de grondwet werd ook een artikel in kader van sociale zekerheid ingebouwd (art 17). Hier verplicht de regering zich tot het garanderen van een fatsoenlijke levensstandaard aan iedereen, ook aan dezen die niet in staat zijn om te werken, door ziekte of werkloosheid en voor ouderen.<sup>6</sup> Pensioenen en andere uitkeringen zijn voorhanden maar zijn verbonden aan vroegere afdrachten aan één of ander systeem.<sup>7</sup> Bijkomend zijn er wel uitkeringen zoals "old age settlement" voor diegenen die niet in aanmerking komen voor het klassieke pensioen.*

*Specifiek voor betrokkene:*

*De verzorging en opvolging in een publieke instelling zijn gratis. Doch een kleine toeslag kan verwacht worden van ongeveer EGP 50 (€2) per consultatie, in een universitair ziekenhuis loopt de kost op van EGP 60 (€ 2.5) tot EGP 150 (€7) De medicamenteuze therapie is ten laste van betrokkene.<sup>8</sup> De cardiologische zorg was toegankelijk voor betrokkene gezien in het dossier bewijzen zijn van opvolging door een cardioloog voor zijn komst naar België Voor de specifieke ingreep die betrokken eventueel dient te ondergaan weten we dat ook de meer gespecialiseerde behandelingen zoals open hartchirurgie gedekt worden door de HIO.<sup>9</sup> Indien betrokkene geen toegang zou hebben omwille van het niet verzekerd zijn kan hij beroep doen op de Aswan Heart centre, een ngo die zich richt op het verstrekken van gespecialiseerde zorg voor cardiale patiënten evenals operaties volgens de nieuwste moderne standaard procedures.*

*Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Gezien de medische toestand is er voor lichte arbeid geen tegenindicatie. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Door arbeid te verrichten draagt betrokkene eveneens bij tot de sociale zekerheid wat een garantie op medische verzorging biedt.*

*Betrokkene heeft nog familie in het thuisland, namelijk een echtgenote, ouders, broer en zussen die eventueel opvang en ondersteuning kunnen bieden.*

*Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doe! heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.<sup>12</sup>*

Uit het middel blijkt dat verzoeker hoofdzakelijk kritiek uit op de algemene uiteenzetting over de toegankelijkheid van de zorgen in Egypte. Verzoeker gaat grotendeels voorbij aan de paragraaf "Specifiek voor betrokkene". Verzoeker ontkent niet dat de verzorging en opvolging in een publieke instelling gratis zijn, weliswaar met een kleine toeslag. Hij voert wel aan dat er geen zekerheid is dat dit systeem op hem zal toegepast worden omdat de toekenning per casus gebeurt. In dit verband wordt opgemerkt dat er inderdaad geen zekerheid is, maar dat ook niet zomaar vooraf uitgesloten kan worden dat dit systeem op hem kan worden toegepast. Bovendien wordt in dit onderdeel van het advies ook verwezen naar het "Aswan Heart Centre" een NGO die zich richt op het verstrekken van gespecialiseerde zorg voor cardiale patiënten. Verzoeker ontkent dit niet.

Waar verzoeker stelt dat het feit dat hij vroeger een arts kon raadplegen, niet bewijst dat hij thans de nodige middelen of verzekeringen zou hebben om de noodzakelijke behandelingen te ondergaan, kan hij worden gevolgd. In het advies wordt dit echter niet gesteld. In het advies wordt alleen maar gesteld dat "de cardiologische zorg (...) toegankelijk (was) voor betrokkene gezien in het dossier bewijzen zijn



van opvolging door een cardioloog voor zijn komst naar België". Dit wil zeggen dat verzoeker in het verleden toegang had tot een cardioloog, zodat te verwachten valt dat hij dit opnieuw zal hebben. Dit is niet kennelijk onredelijk, omdat dit niet handelt over de specifieke ingreep die verzoeker moet ondergaan. Het advies bevat daarover een volgend motief, namelijk dat de meer gespecialiseerde behandelingen zoals open hartchirurgie gedekt worden door de Health Insurance Organisation en indien verzoeker geen toegang heeft tot deze verzekering voor werknemers, hij een beroep kan doen op de NGO "Aswan Heart centre". Verzoekers kritiek beperkt zich tot de opmerking dat het niet zeker is dat hij werk zal vinden, gelet op de werkloosheid en gelet op zijn aandoening, zodat hij mogelijk geen toegang heeft tot deze verzekering. Verzoeker betwist niet dat hij een beroep kan doen op de NGO "Aswan Heart centre" waarover in het advies ook nog gesteld wordt dat deze ook operaties verstrekt als gespecialiseerde zorg.

Verzoeker ontkent ook niet dat hij ooit nog lichte arbeid zou kunnen verrichten, hij beperkt zich tot de weerlegging dat hij niet snel genoeg werk zal vinden, dat er werkloosheid is en dat hij enkel lichte arbeid kan uitvoeren. Verzoeker ontkent evenwel niet dat hij in tussentijd een beroep zou kunnen doen op de NGO "Aswan Heart centre".

Waar verzoeker erop wijst dat erkend wordt dat de medicamenteuze behandeling ten laste van hemzelf is, gaat hij niet in op het motief in het advies waarin er wordt gewezen op de aanwezigheid van familie in Egypte, namelijk een echtgenote, ouders, een broer en zussen die eventueel opvang en ondersteuning kunnen bieden. Er wordt ook herhaald dat verzoeker niet ontkent dat hij op termijn nog lichte arbeid kan verrichten.

Verzoeker gaat evenmin in op het motief inzake de hulp geboden door de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM), die ook beschikt over een re-integratiefonds dat mensen bijstaat in het vinden van inkomens genererende activiteiten.

Verzoeker slaagt er niet in aan te tonen dat deze motieven steunen op een foutieve feitenvinding of kennelijk onredelijk zijn. Een schending van de materiële motiveringsplicht wordt niet aangetoond, evenmin als een schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

2.3.7. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde van de staatssecretaris bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken. Verzoeker slaagt er niet in aan te tonen dat er *in casu* werd uitgegaan van een foutieve feitenvinding, zodat de schending van de zorgvuldigheidsplicht niet kan worden aangenomen.

De keuze die een bestuur in de uitoefening van een discretionaire bevoegdheid maakt, schendt slechts het redelijkheidsbeginsel wanneer men op zicht van de opgegeven motieven zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot het maken van die keuze is kunnen komen. Met andere woorden, om het redelijkheidsbeginsel geschonden te kunnen noemen, moet men voor een beslissing staan waarvan men ook na lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk genomen is, wat *in casu* niet het geval is. Gelet op voorgaande analyse blijkt dat verzoeker met zijn betoog geen schending van het redelijkheidsbeginsel aannemelijk maakt.

Het enig middel is in al zijn onderdelen ongegrond.

### 3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen.

**OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:**

**Enig artikel**

De vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring worden verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zevenentwintig maart tweeduizend negentien door:

mevr. A. DE SMET,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

A. DE SMET