



Arrest

nr. 223 805 van 9 juli 2019
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaten D. ANDRIEN en J. BRAUN
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Bengalese nationaliteit te zijn, op 3 april 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 12 maart 2019 waarbij een aanvraag om machtiging tot verblijf op basis 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 ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

Gezien titel *Ibis*, 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 24 april 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 16 mei 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken I. VAN DEN BOSSCHE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. BRAUN, die *loco* advocaten D. ANDRIEN en J. BRAUN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat C. DECORDIER, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1 Op 17 juli 2018 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9bis van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). Op 4 september 2018 wordt deze aanvraag onontvankelijk verklaard. Op 28 januari 2019, bij arrest nr. 215 818, vernietigt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) deze beslissing.

1.2 Op 7 januari 2019 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.3 Op 12 maart 2019 neemt de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) een beslissing waarbij deze aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die op 20 maart 2019 aan de verzoekende partij ter kennis werd gebracht en die luidt als volgt:

"(...) Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 07.01.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*K(...), E(...) (R.R.: (...))
nationaliteit: Bangladesh
geboren te (...) op (...)
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 K(...) E(...) die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 05.02.2019)

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 medische 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). (...)"

2. Over de rechtspleging

Aan de verzoekende partij werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van de verwerende partij om de kosten van het geding ten laste te leggen van de verzoekende partij.

3. Onderzoek van het beroep

3.1 In een enig middel voert de verzoekende partij onder meer een manifeste appreciatiefout aan, en de schending van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991) en van de zorgvuldigheidsplicht.

Zij zet in haar verzoekschrift in dit verband het volgende uiteen:

"b. Tweede grief : beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige behandeling in Bangladesh

Voor de regularisatieaanvraag ongegrond te hebben verklaard, heeft de tegenpartij erkend dat het ontvankelijk is (artikel 9 ter, §3, 4° a contrario). Ze aanvaardt derhalve dat de pathologie waaraan

Meneer K(...) lijdt is een ziekte als bedoeld in artikel 9 ter, §1er, lid 1, d.w.z. een ziekte die « een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling ». Ze beweert echter dat de zorgen toegankelijk en beschikbaar in Bangladesh zijn.

Volgens artikel 9ter, §1er, lid. 1 van de Vreemdelingenwet: (...)

Zoals het Europees Hof voor de rechten van de mens opmerkt:

« 107. L'interprétation « autonome » de l'article 9ter représente l'actuel état du droit positif beige. Les arrêts précités du CCE (voir paragraphe 106, ci-dessus) envisagent deux hypothèses dans lesquelles une maladie peut justifier l'octroi d'une autorisation de séjour. Soit l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. Soit l'étranger risque de subir un traitement inhumain et dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans le pays de destination. Dans ce dernier cas, même s'il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

« 187. Lorsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, Hirsi Jamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El-Masri, précité, § 213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphe 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade. 188. Ainsi que la Cour l'a rappelé ci-dessus (voir paragraphe 173), se trouve en jeu ici l'obligation négative de ne pas exposer quelqu'un à un risque de mauvais traitements prohibés par l'article 3. Il s'ensuit que les conséquences du renvoi sur l'intéressé doivent être évaluées en comparant son état de santé avant l'éloignement avec celui qui serait le sien dans l'État de destination après y avoir été envoyé. 189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'État de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci-dessus). Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'État de renvoi; il ne s'agit pas, en effet, de savoir si les soins dans l'État de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'État de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'État de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population. 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France [déc.], n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E. O. c. Italie [déc.], précitée) » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

Er werd door Uw Raad beoordeeld dat: «Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le 'traitement adéquat' mentionné dans cette disposition vise 'un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour', et que l'examen de cette question doit se faire 'au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle de la requérante' (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être 'adéquats' au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence des requérants doivent être non seulement 'appropriés' à la pathologie

concernée, mais également 'suffisamment accessibles' aux intéressés dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande» (RvV, arrest n°54648 van 20 januari 2011 ; RvV, arrest n°48809 van 30 september 2010).

In tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert, blijkt uit verschillende en betrouwbare bronnen dat de zorgen die Meneer K(...) nodig heeft zeer slecht beschikbaar en toegankelijk of vaak afwezig in Bangladesh zijn. Bijgevolg maakt de tegenpartij een manifeste appreciatiefout en schendt de in de middelen genoemde bepalingen door te concluderen dat een adequate medische behandeling beschikbaar en toegankelijk in Bangladesh is.

i. Beschikbaarheid van de nodige behandeling in Bangladesh

- *Aangaande de MedCOI-databank (...)*
- *Aangaande het Bengalese verzorgingsstelsel*

In zijn regularisatieaanvraag had verzoeker reeds talrijke bronnen genoemd waaruit de onbeschikbaarheid van algemene zorg in Bangladesh blijkt: (...)

Deze bronnen dateert uit 2018 en zijn dus recenter dan de MedCOI-gegevens (alle vanaf 2017). Bovendien heeft de arts-adviseur op geen enkele wijze rekening gehouden met deze publieke en objectieve informatie en zegt niet op welke manier het niet correct en voldoende zou zijn. Er wordt slechts op zeer algemene wijze melding gemaakt van de verschillende structuren die zorg verlenen (bv. particuliere sector, openbare sector, apotheek, NGO's, enz.) zonder dat de beschikbaarheid ervan in de praktijk wordt gegarandeerd (medische verslag van de arts-adviseur, p.3).

Ten slotte blijkt uit andere zeer recente bronnen dat er in verschillende grote ziekenhuizen in Bangladesh (waaronder het algemene ziekenhuis in de regio van herkomst van de verzoeker) een gebrek aan artsen en medische apparatuur bestaat: (...)

- *Aangaande de beschikbaarheid van behandeling voor diabetes in Bangladesh*

De huidige medische behandeling van Meneer K(...) omvat onder andere het gebruik van Colchicine Opocalcium, van Metformine (drie keer per dag) en Simvastatine (stuk 3). Zoals reeds uitgelegd in het regularisatie aanvraag, volgens The World Health Organizations, is metformine niet beschikbaar in Bangladesh.

Bovendien volgens the International Diabetes Federation: (...)

In dit verband merkt the International Development Research Centre op dat (...)

Ook hier heeft de arts-adviseur op geen enkele wijze rekening gehouden met deze publieke en objectieve informatie en zegt niet op welke manier het niet correct en voldoende zou zijn.

- *Aangaande de beschikbaarheid van psychologische zorgen*

In zijn advies heeft de arts-adviseur op geen enkel moment rekening gehouden met de psychische problemen van Meneer K(...). In tegenstelling tot wat de arts-adviseur beweert (medische verslag van de arts-adviseur, p.4), heeft Meneer K(...) echter de aanwezigheid van een psycholoog nodig, zoals vermeld in de standaard medisch getuigschrift van 6 november 2018 en in de psychologische verklaring van Dr. A(...) (stukken 3 en 5).

Volgens de the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (die al in de regularisatieaanvraag was vermeld), zal het echter niet mogelijk zijn om een psychologische opvolging in Irak te hebben : « The lack of availability of mental health services in the State party due to the lack of infrastructure, including mental health facilities and medical professionals ». Op dezelfde manier, benadrukt Artsen zonder grenzen dat « seule une faible proportion de la population du Bangladesh a actuellement accès à des services de santé mentale spécialisés ».

In dezelfde zin, volgens The Swedish Network for International Health: « In the health system of Bangladesh, unfortunately, there is no specific authority or commission to operate or supervise the

mental health service nationwide and no day treatment facilities for mental health care either. To talk about specialized hospitals, there is only one mental hospital available in the country for a total of 0.4 beds per 100,000 population. So, most of the patients seeking mental health care are managed in the usual health care service delivery system. Depression, schizophrenia and mood disorders are the most prevalent mental disorders there. (...)

Inequity is profound at a large scale in the healthcare of Bangladesh. For example: distribution of beds is a barrier, which prevents the access for rural users and users from other religious, ethnic and linguistic minorities. A study showed that the density of psychiatrists around the largest city is 5 times higher than whole country. In Bangladesh, health care services mostly depend upon out of pocket expenses, so does mental health care; only 0.1% patients get free services. No mental disorder is covered in social insurance schemes either.

Mental health expenditures from government health department are less than 0.5%. Moreover, around 67% of all the expenditures spent on mental health are devoted to mental hospitals and rarely for further research and mental health promotion. Considering human resources, in every 100,000 population, the accompanying number of human resources involved is only 0.49 » (Swedish Network for International Health, « Mental Health Care: a Blind Spot in the Bangladeshi Health System », 3 oktober 2017, beschikbaar op: <https://www.snih.org/mental-health-care-bangladesh/>).

Daarbij in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, heeft de tegenpartij haar beslissing niet rechtsgeldig gemotiveerd.

ii. Toegankelijkheid van de nodige behandeling in Bangladesh

Ten eerste, volgens de arts-adviseur van de vewerende partij, « de zorg in de publieke sector is in principe gratis, of tegen een zeer lage bijdrage » (medische verslag van de arts-adviseur, p.3). Zeer recente bronnen bevestigen echter de aanwezigheid van grote ongelijkheden tussen Bengalezen in de zorgsector:

Hindawi, « Universal Health Coverage in Bangladesh: Activities, Challenges, and Suggestions», 2019 (beschikbaar op: <https://www.hindawi.com/journals/aph/2019/4954095/>): « Catastrophic health expenditure forces 5.7 million Bangladeshis into poverty. Inequity is present in most of health indicators across social, economic, and demographic parameters. (...) Unfortunately, out of pocket (OOP) contributions to health expenditure, one of the most inequitable sources of healthcare financing, in Bangladesh, are among the highest in the world with 67%. Quality of care, another important dimension of UHC, is highly questionable in the public sector. This encourages people to resort to private sector healthcare, which is more expensive. Health expenditure in private health facilities is almost exclusively from OOP payments (93%) ».

Dhaka Tribune, « The road to universal health care », 17 februari 2019 (beschikbaar op: <https://www.dhakatribune.com/opinion/op-ed/2019/02/17/the-road-to-universal-health-care>): « There is a lack of fairness regarding how people of different economic status receive health care ~ those with the greatest need in Bangladesh, particularly the poor, are most likely to receive the least benefit. Socio-economically disadvantaged people most often cannot access services from privately-owned health care providers resulting in inequity in overall health care benefits.

The country's health system is struggling to meet basic standards for quality of care because of a shortage of skilled health workers, the large number of unregulated private service providers, irregular supplies of drugs, inadequate public financing, high out-of-pocket expenses, and lack of proper monitoring, and supervision mechanisms ».

Met betrekking tot de behandeling van diabete is het erg duur en de kosten komen voor rekening van de patiënten : « Similar is the case for those suffering from chronic diseases like cancer, cardiovascular and respiratory diseases, diabetes and injuries that need long-term treatments. As such treatments are expensive, these leave the poor in financial hardship. According to Bangladesh National Health Accounts 1997-2015, out of pocket (OOP) health expenditure (private spending) in Bangladesh is 67 percent, which is more than double the global average of 32 percent ».

Bovendien wil de verzoeker echter geen financiële steun van de Bengalese Staat krijgen. Inderdaad, in zijn regularisatie aanvraag had Meneer K(...) al uitgelegd dat er momenteel geen universele

gezondheidsdekking in Bangladesh is: « volgens de minister van Volksgezondheid zal het pas in 2030 worden uitgevoerd »

Ten slotte, in zijn Bangladesh Corruption Report heeft the Business anti-corruption portal verklaard dat (...) (§ 21).

Ten tweede, zoals reeds uitgelegd in het regularisatie aanvraag, wordt Bangladesh regelmatig getroffen door natuurrampen. Dit betekent dat de bevolking die op het platteland woont, naar de grote steden van het land wordt verplaatst. Bengalezen moeten dan in sloppenwijken leven en kunnen geen werk vinden om in hun levensonderhoud te voorzien: « Les gens espèrent trouver un emploi dans l'industrie textile ou la construction. Mais peu de gens parviennent à satisfaire ce rêve. Le marché du travail n'est pas régulé, il n'y a pas de salaire minimum ni la moindre protection du travail. Beaucoup des nouveaux arrivants se retrouvent à travailler dans des fabriques a des conditions exécrables, comme journaliers ou conducteurs de rickshaw, porteurs, ou autres petits jobs précaires et sous-pavés leur permettant tout juste de garder la tête hors de l'eau» De arbeidsmarktsituatie in Bangladesh is zo slecht dat er in 2015 500.000 Bengalezen naar het buitenland zijn vertrokken om een werk te vinden. Meer recentelijk heeft the Welfare Association for the rights of bangladeshi emigrants development foundation het Comité voor de bescherming van de rechten van alle migrerende werknemers en hun gezinsleden herinnerd aan het zeer grote aantal in het buitenland werkende Bangladeshi's¹⁷. Bijgevolg, in tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert (medische verslag van de arts-adviseur, p.3), is het onwaarschijnlijk dat Meneer K(...) een werk zal vinden om zijn medische kosten te betalen.

Ten derde, als het medisch rapport van de arts-adviseur van de tegenpartij aangeeft dat: « Uit het administratief dossier vernemen we dat betrokkene nog familie en sociale contacten heeft in het thuisland, waar hij heden ook nog actief contact mee heeft. Het is du zeer onwaarschijnlijk dat hij niemand zou hebben waar hij kan op terugvallen bij terugkeer naar het thuisland » (medisch verslag van de arts-adviseur, p.4), voert de verwerende partij geen individueel en concreet onderzoek uit naar de sociale situatie van verzoeker in zijn land van herkomst, hetgeen geenszins garandeert dat verzoeker daadwerkelijk voldoende bijstand zal ontvangen om de kosten van zijn behandeling, medische follow-up en de vele noodzakelijke medische onderzoeken te dekken. In dezelfde zin heeft Uw Raad al geoordeeld dat de loutere vermelding van de aanwezigheid van het gezin zonder onderzoek van de financiële situatie van het gezin en de bereidheid om de verzoeker te helpen, niet voldoende is: « La considération selon laquelle la requérante pourrait obtenir une aide de sa famille restée au Cameroun, n'est pas davantage développée en termes de motivation que par la référence à la présence de membres de cette famille au pays d'origine, et paraît ainsi procéder d'une simple pétition de principe, insuffisante en soi à asseoir la conclusion de la partie défenderesse relative à l'accessibilité des traitements requis» (RvV - arrest nr. 96.043 van 29 januari 2013). Daarnaast heeft Meneer K(...) alleen zijn moeder (75 jaar oud), zijn broer (momenteel in de gevangenis) en zijn zus (werkloos) in Bangladesh. Zij zullen derhalve geen financiële steun kunnen verlenen.

Ten vierde, volgens de arts-adviseur, « 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 » (medisch verslag van de arts-adviseur, p. 4). De IOM heeft onlangs echter een financieringsoproep gelanceerd om de intern ontheemden en terugkerende Bangladeshi's te helpen, aangezien de vraag naar hulp te groot is : « IOM is appealing to the international community for USD 136.2 million for 2019 to assist an estimated 1.2 individuals » (IOM, « IOM Bangladesh Appeal - Rohingya humanitarian crisis response - January/december 2019», https://www.iom.int/sites/default/files/country_appeal/file/iom-cxb-appeal.pdf). Ook het feit dat de verwerende partij beweert dat NGO's (het is niet bekend welke) medische zorg verlenen (medische verslag van de arts-adviseur, p.3), betekent niet dat Meneer K(...) er daadwerkelijk toegang toe zal hebben, aangezien de vraag naar zorg veel groter is dan het aanbod van zorg. Wat de Diabetic Association of Bangladesh betreft, voert ze voornamelijk activiteiten uit om diabetes te voorkomen, niet om deze te behandelen (zien Diabetic Association of Bangladesh, "Prevention of Diabetes and its complications", beschikbaar op: https://www.dab-bd.org/sub-page.php?sub_category=15).

In het licht van deze elementen kon de tegenpartij, zonder een manifeste appreciatiefout te begaan of de artikelen 9 ter van de wet van 15 december 1980 en 3 EVRM te schenden, niet besluiten dat Meneer K(...), rekening houdend met zijn gezondheidstoestand en de specifieke follow-up die hij nodig heeft, niet aan onmenselijke en vernederende behandeling zou worden onderworpen in geval van zijn terugkeer naar Bangladesh."

3.2 In haar nota met opmerkingen antwoordt de verwerende partij hierop het volgende:

“Verzoeker stelt een schending voor van artikel 3 EVRM, van artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn, van de artikelen 7, 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van artikel 47 van het Handvest van de Grondrechten van de EU, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Hij betoogt dat het advies en de beslissing niet de relevante uittreksels bevatten uit de geraadpleegde MedCOI. Bovendien zouden de MedCOI documenten niet zijn meegedeeld, waardoor het moeilijk zou zijn om ze te bekritisieren. De zorgen zouden zeer slecht beschikbaar en toegankelijk of vaak afwezig zijn. Hij zou twijfelen aan de “serieusheid” van de informatie van de MedCOI. Hij zou talrijke bronnen hebben vermeld in zijn aanvraag waaruit de algemene onbeschikbaarheid van de algemene zorg in Bangladesh zou blijken. Zijn bronnen zouden van recentere datum zijn. Ook zou blijken dat er in verschillende grote ziekenhuizen een gebrek is aan artsen en medische apparatuur. Metformine zou niet beschikbaar zijn. Er zou geen rekening gehouden zijn met de door hem bijgevoegde informatie van The World Health Organizations. Er zou geen rekening gehouden zijn met zijn psychische problemen. De aanwezigheid van een psycholoog zou noodzakelijk zijn, zoals blijkt uit het attest van 6 november 2018. Recente bronnen zouden de aanwezigheid van grote ongelijkheden tussen Bengalezen in de zorgsector bevestigen. In zijn aanvraag zou hij erop gewezen hebben dat er momenteel geen universele gezondheidsdekking in Bangladesh is. Bangladesh zou regelmatig getroffen worden door natuurrampen. Het zou onwaarschijnlijk zijn dat hij werk zou vinden om zijn medische kosten te betalen. Hij zou er enkel zijn moeder hebben die 75 jaar oud is en zijn broer, die in de gevangenis verblijft, waardoor hij geen financiële steun zal krijgen. Het zou niet zijn aangetoond dat hij daadwerkelijk toegang zal hebben tot de zorgen.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat de artikel 62 van de Wet van 15 december 1980 en de artikelen 2 en 3 van wet van 29 juli 1991 voorzien dat de beslissingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd, dat de motivering de juridische en de feitelijke overwegingen dient te vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat deze motivering afdoende moet zijn.

De uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid deze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Het begrip “afdoende” zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. Een eenvoudige lezing van de bestreden beslissing leert dat het determinerende motief op grond waarvan de beslissing is genomen wordt aangegeven.

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 (R.v.St., nr. 105.103, 26 maart 2002).

De bestreden beslissing werd immers bij toepassing van artikel 9ter ontvankelijk doch ongegrond verklaard en het medisch advies, dat één geheel vormt met de bestreden beslissing, werd aan verzoeker ter kennis gebracht. De stukken waarvan melding werd gemaakt in het advies werden toegevoegd aan het administratief dossier zodat verzoeker er kennis van kan nemen.

Verzoeker kent klaarblijkelijk de motieven van de bestreden beslissing, daar hij ze aanvecht in zijn verzoekschrift. Aan de formele motiveringsplicht werd derhalve voldaan. (...)

Het advies dat de ambtenaar-geneesheer d.d. 5 februari 2019 opstelde luidt onder meer als volgt: (...)

Er werd wel degelijk melding gemaakt van de psychologische problemen zoals vermeld in een door verzoeker bijgebracht standaard medisch getuigschrift. Er werd echter door de ambtenaar-geneesheer terecht opgemerkt dat geen melding werd gemaakt van een specifieke oorzaak of een specifieke behandeling. Dit strookt met het attest waarnaar verzoeker verwijst, namelijk dat van 6 november 2018, nu er enkel gesproken wordt over ‘soutien psychologique’, zonder dat dit verder gepreciseerd wordt. De ambtenaar-geneesheer kan aldus niet verweten worden geen rekening gehouden te hebben met vermeende psychologische problemen.

De stukken waarnaar verwezen werd in het advies van de ambtenaar-geneesheer, werden toegevoegd aan het administratief dossier, zodat zowel de Raad als verzoeker kennis hebben van de inhoud ervan en de bevindingen van de ambtenaar-geneesheer wel degelijk getoetst kunnen worden. Verzoeker kan niet gevolgd worden waar hij eist dat de inhoud van de MedCOI zou moeten worden opgenomen in het advies zelf, te meer nu de MedCOI databank niet publiek toegankelijk is. (...)

Waar verzoeker opmerkt dat hij in zijn aanvraag talrijke bronnen heeft vermeld waaruit de algemene onbeschikbaarheid van de algemene zorg in Bangladesh zou blijken, dient opgemerkt dat de ambtenaar-geneesheer in casu geen onderzoek deed naar de algemene beschikbaarheid van medische zorgen, doch wel naar de zorgen die verzoeker specifiek behoeft, met name, opvolging door een cardioloog, oftalmoloog, endocrinoloog en huisarts en de medicatie metformine, colchicine en simvastatine. De beschikbaarheid van de medicatie, waaronder metformine, kan wel degelijk worden afgeleid uit de bijlage 2, zoals vermeld in het advies van de ambtenaar-geneesheer.

Waar verzoeker er nog op wijst dat hij in zijn aanvraag een zorgvuldige studie heeft gemaakt van de gezondheidssituatie in Bangladesh waarmee geen rekening zou zijn gehouden, dient opgemerkt dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies geenszins verplicht is om alle artikelen en websites die worden aangehaald te bespreken en te weerleggen. Hij is er immers enkel toe gehouden een onderzoek te voeren naar de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de medische zorgen en mag hierbij beroep doen op eigen informatie temeer nu die informatie betrouwbare en objectieve informatie betreft en geverifieerd kan worden op basis van de stukken van het administratief dossier.

Waar hij meent dat het zeer moeilijk zou zijn voor hem om in Bangladesh werk te vinden, beperkt hij zich tot een hypothetische bewering. Hij betwist niet dat hij niet heeft aangetoond arbeidsongeschikt te zijn. Evenmin laat zijn leeftijd toe te vermoeden dat zij geen werk meer zouden kunnen vinden.

De ambtenaar-geneesheer heeft terecht opgemerkt dat verzoeker nog familie en sociale contacten heeft in zijn thuisland waar hij heden nog actief contact mee onderhoudt. Gelet op die informatie en het gebrek aan informatie die het tegenstelde aantoonde, is het geenszins kennelijk onredelijk van de ambtenaar-geneesheer om vast te stellen dat het zeer onwaarschijnlijk is dat verzoeker niemand meer zou hebben in zijn herkomstland waarop hij kan terugvallen. Het loutere feit dat zijn moeder de leeftijd van 75 jaar zou hebben en zijn broer in de gevangenis zou verblijven, doet aan voorgaande geen afbreuk. (...)

Een schending van artikel 3 EVRM, van artikel 5 van richtlijn 2008/115/EG, van de artikelen 9, 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt niet aannemelijk gemaakt.

Het enig middel is niet ernstig."

3.3 De Raad wijst erop dat de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 – net als artikel 62 van de vreemdelingenwet – de administratieve overheid verplichten in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dit op 'afdoende' wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, dit wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. De belangrijkste bestaansredenen van de motiveringsplicht, zoals die wordt opgelegd door de wet van 29 juli 1991, bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, opdat hij met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 9 september 2015, nr. 232.140).

De Raad stelt vast dat de motieven van de bestreden beslissing op eenvoudige wijze in die beslissing kunnen worden gelezen, zodat de verzoekende partij niet kan voorhouden dat de juridische en feitelijke overwegingen die aan de bestreden beslissing ten grondslag liggen, niet in deze beslissing zouden zijn opgenomen. In deze mate maakt zij een schending van de formele motiveringsplicht zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de vreemdelingenwet niet aannemelijk. De verzoekende partij voert echter aan dat omtrent een aantal relevante elementen niet of niet afdoende werd gemotiveerd.

Met haar verwijzing naar een manifeste beoordelingsfout voert de verzoekende partij tevens de schending aan van de materiële motiveringsplicht. Deze houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 5 december 2011, nr. 216.669; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 14 juli 2008, nr. 185.388). De materiële motivering vereist met andere woorden dat voor elke administratieve beslissing rechtens aanvaardbare motieven met een voldoende feitelijke grondslag moeten bestaan.

Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad 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 na te gaan of deze overheid bij de beoordeling 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 (RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Het zorgvuldigheidsbeginsel ten slotte legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

De voorgehouden schending van de formele en materiële motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van de bepaling waarop de bestreden beslissing steunt, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarvan de verzoekende partij eveneens de schending aanvoert en dat luidt als volgt:

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst 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 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 het kader van een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet moet aldus worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong. Dit onderzoek moet geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (*Parl.St.* Kamer, 2005-2006, nr. 51-2478/01, 35 en nr. 51-2478/08, 9). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Het onderzoek naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen omvat ook een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid ervan. Uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat dit onderzoek door de ambtenaar-geneesheer moet worden gevoerd, en bij deze beoordeling moet het redelijkheids criterium in acht worden genomen.

In casu verklaarde de gemachtigde de aanvraag om machtiging tot verblijf ontvankelijk doch ongegrond, aangezien het aangehaalde medisch probleem van de verzoekende partij niet kan worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Hierbij wordt verwezen naar het medisch advies dat de ambtenaar-geneesheer op 5 februari 2019 opstelde met betrekking tot de medische problematiek van de verzoekende partij. De ambtenaar-geneesheer bracht het volgende advies uit:

“(…) NAAM: K(...), E(...) (R.R.: (...))

Mannelijk

nationaliteit: Bangladesh

geboren te (...) op (...)

adres: (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 7-1-2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 6-11 -2018 van Dr. Al(...), huisarts met de volgende informatie:*
 - o *Diabetes type 2, PTSD en jicht, medicamenteus behandeld met Colchicine, Metformine,*
 - o *Simvastatine, en psychologische ondersteuning*
 - o *Geen recente hospitalisaties*
 - o *Controle door cardioloog, oftalmoloog, endocrinoloog en huisarts nodig*
- *Afschrift van aangekochte medicatie*
- *Attest dat betrokkene last heeft van PTSD en dat de kans bestaat op decompensatie*
- *Cardiologisch consult d.d. 2-2-2018:geen afwijkingen*

Uit de aangeleverde documentatie kunnen we het volgende besluiten:

- *Het gaat hier over een man van heden 37 jaar, afkomstig uit Bangladesh*
- *Hij is familiaal belast diabetes type 2 waar hij nu ook aan lijdt*
- *Bijkomend heeft hij een PTSD, zonder vermelding van oorzaak of specifieke behandeling, en jicht waarvoor hij medicatie neemt*
- *Er wordt vermeld dat hij regelmatig specialistische controles nodig heeft, maar bewijs hiervan wordt niet geleverd, uitgezonderd een cardiologisch consult dat normaal was*
- *Als medicatie weerhouden we:*
 - o *Colchicine, tegen de jicht*
 - o *Metformine voor de diabetes*
 - o *Simvastatine, tegen de cholesterol*

In het dossier is er geen tegenindicatie vermeld voor reizen noch de nood aan mantelzorg.

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.

- *Aanvraag Medcoi van 11-10-2017 met het unieke referentienummer 10168*
- *Aanvraag MedCoi van 6-12-2017 met het unieke referentienummer 10405*
- *Aanvraag Medcoi van 6-9-2017 met het unieke referentienummer 10057*

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de opvolging door een cardioloog, een oftalmoloog, en endocrinoloog en een huisarts verzekerd zijn in Bangladesh voor deze man van 38 jaar. Zo nodig zijn psychologen eveneens beschikbaar. De noodzakelijke medicatie van Metformine, Colchicine en Simvastatine zijn beschikbaar.

Vanuit het standpunt van de beschikbaarheid van de zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar het thuisland.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel 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 afgegeven worden. 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 staat 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.

De gezondheidszorg van Bangladesh kent vier belangrijke partners in de zorgverlening namelijk de regering, de NGO's, de private sector en de informele sector. Als vijfde kan ook de zorgverlening door geloofsgemeenschappen erkend worden.

De regering is door de grondwet verplicht om de Gezondheidszorg te organiseren. De publieke sector staat dan ook in voor alle geledingen over het land heen. Zij verzorgen de curatieve zorg, de preventie, gezondheidspromotie en de revalidatie. De eerste lijn wordt verzorgd door het Ministerie van Lokale Besturen, Landelijke Ontwikkeling en Coöperatieven (MOLGRDC). De andere geledingen worden verzorgd door het Ministerie van Gezondheidszorg en Familiaal Welzijn (MOHFW). De meeste aandoeningen kunnen overal verzorgd worden, alleen de tertiaire sector is beperkt tot de steden. In principe heeft iedereen toegang tot de gezondheidszorg. De niet-gouvernementele organisaties (NGO's) werken complementair en niet parallel aan de publieke sector. Zij verzorgen vooral de basiszorgen in meer afgelegen delen van het land en in gebieden die niet prioritair zijn voor de regering. Er is een goede samenwerking tussen de twee partners. De derde partner de private sector, kent een explosieve groei in de zorg. Deze sector wordt als beter gepercipieerd omwille van de garantie van de beschikbaarheid van de zorg en de medicatie. De vierde partner, de informele sector, spitst zich toe op apotheken, "medecineshops" en traditionele geneeskunde.

De zorg in de publieke sector is in principe gratis, of tegen een zeer lage bijdrage. Opmerkelijk: voor labo onderzoeken dient betaald te worden. De prijs voor een hospitalisatie is eveneens gratis, maar zeer frequent wordt betaald om eerst of prioritair behandeld te worden bij tekort aan hospitalisatiebedden. Medicatie en chirurgische materialen zijn eveneens gratis, maar bij ontbreken dienen ze door de patiënt zelf aangeschaft te worden via het private circuit. De private sector is zeer sterk vertegenwoordigd in de tertiaire sector. Voor deze zorg was er vroeger de noodzaak om naar het buitenland te gaan. Zij voeren actieve campagnes voor de verzorging in eigen land met als een van de voornaamste argumenten de mogelijkheid van actieve opvolging. Zij bieden ook zorg aan verlaagde tarieven tot eventuele gratis voor meer financieel behoeftigen. De NGO's spitsen zich vooral toe op de meer afgelegen delen van het land en op de eerste lijn. De informele sector spitst zich toe op de medicatie levering. Ondanks het feit dat er een voorschrift verplicht is voor medicatie is er "veel over de toonbank" levering met veel misbruik en weinig controle.

Specifiek voor betrokkene:

Betrokkene heeft vooral opvolging nodig en kan zich hiervoor wenden tot hoger vermelde instanties. Op gebied van de diabetes bestaat de Diabetic Association of Bangladesh Diabetic Somiti dat een non-profit organisatie is die over het ganse land de verzorging van diabetici aanbiedt en zich zowel op onderzoek als verzorging en behandeling toespitst. De verzorging is grotendeels gratis of soms tegen een kleine vergoeding.

Cardiovasculaire opvolging is toegankelijk via doorverwijzing van de algemene arts. Behandeling tijdens hospitalisatie is gratis, eveneens de medicatie. Voor ambulante zorg dient ook in de private sector een kleine bijdrage betaald te worden. In de gemengde sector geldt ongeveer dezelfde regel, alleen ligt de persoonlijke bijdrage iets hoger (30 i.p.v. 10 BDT (= 0.30-0.10 euro) in de eerste lijn en 200 (- 2 euro) voor de specialist)

Zuiver privaat lopen de kosten natuurlijk op. Toch dient opgemerkt te worden dat soms de mogelijkheid tot gratis verzorging mogelijk is voor armen. De nodige medicatie gratis voorzien in publieke instellingen.

Betrokken legt geen officieel bewijs voor van arbeidsongeschiktheid. Uit de medische verslagen vernemen wij dat hij vroeger werkschoenen droeg wat impliceert dat hij arbeid verrichtte. Dit laat ons toe te concluderen dat hij arbeidsgeschikt is en zo nodig toegang heeft tot de arbeidsmarkt in zijn thuisland. Hij zou derhalve kunnen instaan voor de extra kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Uit het administratief dossier vernemen we dat betrokkene nog familie en sociale contacten heeft in het thuisland, waar hij heden ook nog actief contact mee heeft. Het is dus zeer onwaarschijnlijk dat hij niemand zou hebben waar hij kan op terugvallen bij terugkeer naar het thuisland.

In antwoord op het schrijven van de advocaat willen we melden dat betrokkene volgens de aangeleverde attesten geen zwaar specialistische zorg nodig heeft en dat deze zoals aangetoond wordt beschikbaar en toegankelijk is.

Bijkomend is voor zijn aandoening een gezonde levenswijze de belangrijkste factor van therapie. De nood voor psychologische ondersteuning wordt niet onderbouwd door het medisch dossier, vermits er geen bewijs geleverd wordt van deze specifieke zorg, evenmin van specialistische opvolging voor de diabetes.

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 Reintegratiefonds dat als doet heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn 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 Bangladesh.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Bangladesh. (...)"

Dit advies werd onder gesloten omslag aan de verzoekende partij overhandigd en naar dit advies wordt expliciet verwezen in de motivering van de bestreden beslissing, waarvan het een integraal deel uitmaakt.

De verzoekende partij betwist in haar verzoekschrift zowel de beschikbaarheid als de toegankelijkheid van de zorgen.

Voorafgaandelijk wijst de Raad erop dat de ambtenaar-geneesheer bij het beoordelen van het in artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet genoemde risico weliswaar over een ruime beoordelingsbevoegdheid beschikt en dat hij deze beoordeling niet mag maken in de plaats van de ambtenaar-geneesheer. De Raad moet echter wel in staat worden gesteld om na te gaan waarop de ambtenaar-geneesheer zich gebaseerd heeft om te besluiten dat de zorgen en opvolging toegankelijk zijn in het land van herkomst. De Raad benadrukt dat de beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer niet betekent dat diens vaststellingen steeds volstaan als motieven voor een beslissing tot weigering van verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet (RvS 18 september 2013, nr. 224.723). Het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer een arts is, impliceert ook niet dat er op hem bij het verlenen van zijn advies conform artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet, geen of een verminderde motiveringsplicht zou rusten. Indien zou blijken dat aan het advies van de ambtenaar-geneesheer een motiveringsgebrek kleeft en de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard op basis van dit advies, dan zal het motiveringsgebrek in dit advies bijgevolg noodzakelijkerwijze leiden tot de vernietiging van de beslissing waarin de verblijfsaanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard. Het is de verzoekende partij derhalve toegelaten om de onwettigheden die aan dit advies kleven aan te voeren tegen de uiteindelijk door de gemachtigde genomen beslissing waarbij de verblijfsaanvraag als ongegrond wordt geweigerd (cf. RvS 28 juni 2011, nr. 214.213; RvS 5 juli 2007, nr. 173.201; RvS 13 oktober 2006, nr. 163.590).

In de eerste plaats voert de verzoekende partij een uitgebreid betoog met betrekking tot de onbeschikbaarheid van algemene zorg in Bangladesh. Zij verwijst daarbij naar een aantal bronnen (waaronder krantenartikelen) en geeft aan dat deze dateren van 2018 en dus recenter zijn dan de MedCOI-gegevens (die dateren van 2017). Zij stelt tevens dat de ambtenaar-geneesheer op geen enkele wijze rekening heeft gehouden met deze publieke en objectieve informatie en niet zegt op welke manier "het niet correct en voldoende zou zijn". Volgens de verzoekende partij wordt er slechts op zeer algemene wijze melding gemaakt van de verschillende structuren die zorg verlenen, zonder dat de beschikbaarheid ervan in de praktijk wordt gegarandeerd. Daarnaast geeft de verzoekende partij met

verwijzing naar krantenartikels van 2019 nog aan dat er in verschillende grote ziekenhuizen in Bangladesh (waaronder het algemene ziekenhuis in de regio van herkomst van de verzoekende partij) een gebrek aan artsen en medische apparatuur bestaat.

De Raad wijst er vooreerst op dat mediaberichten zoals krantenartikels geen internationale gezaghebbende rapporten zijn, doch slechts persoonlijke weergaves door journalisten van interviews, verklaringen en situaties. Bovendien hebben ook de andere bronnen waarop de verzoekende partij zich steunt, slechts betrekking op de algemene situatie in Bangladesh en gaan ze niet in op de beschikbaarheid van de concrete zorgen die de verzoekende partij nodig heeft. Deze algemene bronnen over de Bengalese gezondheidszorg in het algemeen, ook al zijn de door de verzoekende partij aangehaalde bronnen recenter dan de MedCOI-informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich beroept, kunnen op zich geen afbreuk doen aan deze laatste informatie. Deze heeft immers specifiek betrekking op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft.

In een volgend onderdeel gaat de verzoekende partij wel specifiek in op de specifieke behandeling die zij voor haar diabetes nodig heeft. Zij wijst erop dat zij drie geneesmiddelen nodig heeft, maar stelt met verwijzing naar informatie van de World Health Organization (hierna: WHO) dat metformine niet beschikbaar is in Bangladesh. De Raad wijst erop dat de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies van 5 februari 2019 uitdrukkelijk stelt dat uit de drie opgesomde MedCOI-aanvragen blijkt dat de noodzakelijke medicatie (waaronder aldus metformine) beschikbaar is in Bangladesh. De Raad stelt vast dat uit het administratief dossier blijkt dat uit de MedCOI-aanvraag van 6 december 2017 met nummer 10405 inderdaad blijkt dat metformine beschikbaar is. De informatie van de WHO waarnaar de verzoekende partij verwijst en waarin wordt gesteld dat metformine niet beschikbaar is in "*primary care facilities*" dateert van 2016 en is bijgevolg minder recent dan de informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd. Voor het overige verwijst de verzoekende partij opnieuw naar algemene informatie in verband met de behandeling van diabetes en de toegang tot gezondheidszorg in het algemeen. Hoger heeft de Raad reeds vastgesteld dat de verzoekende partij met deze algemene informatie geen afbreuk kan doen aan de specifieke informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich steunt. Om de beide bovenstaande redenen kan de verzoekende partij met dit onderdeel van haar betoog niet aannemelijk maken dat de ambtenaar-geneesheer er op onjuiste wijze is van uitgegaan dat metformine beschikbaar is in het land van herkomst.

Vervolgens gaat de verzoekende partij in op de beschikbaarheid van psychologische zorgen. Zij stelt dat op geen enkel moment rekening werd gehouden met haar psychische problemen en dat zij, in tegenstelling tot wat de ambtenaar-geneesheer beweert, de aanwezigheid van een psycholoog nodig heeft. Zij verwijst hierbij naar het standaard medisch getuigschrift van 6 september 2018 en de psychologische verklaring van dr. A. Vervolgens verwijst zij opnieuw naar algemene informatie met betrekking tot de mentale gezondheidszorg in Bangladesh. De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer in het onderdeel met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst inderdaad stelt dat de nood voor psychologische ondersteuning niet wordt onderbouwd door het medisch dossier, vermits er geen bewijs wordt geleverd van deze specifieke zorg. Dit neemt echter niet weg dat de ambtenaar-geneesheer op basis van de aangeleverde documentatie heeft besloten dat de verzoekende partij PTSD heeft (zonder vermelding van oorzaak of specifieke behandeling) en dat hij in het onderdeel met betrekking tot de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst wel degelijk aangeeft dat psychologen, zo nodig, beschikbaar zijn. De Raad stelt vast dat de MedCOI-aanvraag van 6 september 2017 met nummer 10057 ingaat op de behandeling voor PTSD. Er wordt hierin aangegeven dat ambulante verzorging en opvolging door een psycholoog beschikbaar zijn (in tegenstelling tot "*inpatient treatment by a psychologist*"), net als ambulante verzorging en opvolging door een psychiater, psychiatrische behandeling van PTSD door middel van EMDR, cognitieve gedragstherapie en "*narrative exposure therapy*", en psychiatrische behandeling door middel van psychotherapie zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie. Aangezien de ambtenaar-geneesheer de beschikbaarheid van psychologische (en psychiatrische) hulp wel degelijk heeft onderzocht, maakt de verzoekende partij niet duidelijk welk belang zij in dit kader heeft bij haar kritiek gericht tegen de voormelde zinsnede in het onderdeel van het medisch advies met betrekking tot de beschikbaarheid van de zorgen en opvolging.

Gelet op het voorgaande kan de Raad slechts vaststellen dat de verzoekende partij met haar betoog niet aannemelijk kan maken dat de ambtenaar-geneesheer in het kader van zijn onderzoek naar de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst niet afdoende of onjuist zou hebben gemotiveerd, of kennelijk onredelijk of onzorgvuldig zou hebben gehandeld.

In een volgend onderdeel gaat de verzoekende partij in op de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst. Zij wijst erop dat de ambtenaar-geneesheer aangeeft dat de zorg in de publieke sector in principe gratis is, of tegen een zeer lage bijdrage, maar dat zeer recente bronnen de aanwezigheid van grote ongelijkheden tussen Bengalezen in de zorgsector bevestigen. Zij verwijst in dit verband onder meer naar een onderzoeksartikel, gepubliceerd op 3 maart 2019 in het tijdschrift *“Advances in Public Health”*, waarin onder meer wordt gesteld dat de *‘out of pocket’* (hierna: ook OOP)-bijdrages in de gezondheidsuitgaven, een van de meest onbillijke bronnen van financiering van gezondheidszorg, met 67% bij de hoogste in de wereld zijn. Er wordt nog aangegeven dat de gezondheidszorg in de private sector duurder is en dat de gezondheidsuitgaven in private gezondheidsinstellingen bijna exclusief (met name 93%) van OOP-betalingen afkomstig zijn. De verzoekende partij voert verder aan dat de behandeling van diabetes duur is en dat de kosten voor rekening van de patiënten komen en dat er geen universele gezondheidsdekking in Bangladesh is. Ten slotte wijst zij op corruptie in de gezondheidszorg.

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies uiteenzet dat de gezondheidszorg in Bangladesh vier belangrijke partners kent, met name de regering, de NGO's, de private sector en de informele sector. Als vijfde partner kan volgens de ambtenaar-geneesheer ook de zorgverlening door geloofsgemeenschappen worden erkend. Vervolgens wordt uiteengezet welke zorg door welke partner wordt geboden. Hierbij wordt onder meer gesteld dat de NGO's niet parallel, maar complementair aan de publieke sector werken, en dat de private sector een explosieve groei in de zorg kent en als beter wordt gepercipieerd, omwille van de garantie van de beschikbaarheid van de zorg en de medicatie. Daarnaast geeft de ambtenaar-geneesheer inderdaad aan dat de zorg in de publieke sector gratis is, of tegen een zeer lage bijdrage. Er wordt ook gesteld dat medicatie en chirurgische materialen gratis zijn, maar dat ze bij ontbreken door de patiënt zelf moeten worden aangeschaft in het private circuit. Daarbij wordt aangegeven dat *“zij”* ook zorg aan verlaagde tarieven tot eventueel gratis bieden voor meer financieel behoeftigen. Met betrekking tot de NGO's wordt in het advies gesteld dat deze zich vooral toespitsen op de meer afgelegen delen van het land en op de eerste lijn. Ten slotte wordt ingegaan op de informele sector, die zich toespitst op de medicatielevering en waarbij wordt aangegeven dat, ondanks het feit dat een voorschrift voor medicatie verplicht is, er veel *“over de toonbank”*-levering is met veel misbruik en weinig controle.

In een volgend onderdeel van het medisch advies gaat de ambtenaar-geneesheer in op de specifieke situatie van de verzoekende partij. Hij stelt dat zij vooral opvolging nodig heeft en zich hiervoor kan wenden tot *“hoger vermelde instanties”*. Vervolgens verwijst hij op gebied van diabetes naar de *“Diabetic Association of Bangladesh Diabetic Somiti”*, een non-profitorganisatie die over het ganse land de verzorging van diabetici aanbiedt en zich zowel op onderzoek als verzorging en behandeling toespitst. Volgens de ambtenaar-geneesheer is de verzorging grotendeels gratis of soms tegen een kleine vergoeding. Met betrekking tot de cardiovasculaire opvolging stelt de ambtenaar-geneesheer dat deze toegankelijk is via doorverwijzing van de algemene arts, en dat behandeling en medicatie tijdens hospitalisatie gratis zijn. Voor ambulante zorg moet ook in de private sector een kleine bijdrage worden betaald en in de gemengde sector, geldt ongeveer dezelfde regel, alleen ligt de persoonlijke bijdrage iets hoger. De ambtenaar-geneesheer geeft vervolgens aan dat zuiver privaat de kosten natuurlijk oplopen, maar dat toch moet worden opgemerkt dat soms de mogelijkheid tot gratis verzorging mogelijk is voor de armen. Ten slotte stelt hij dat de nodige medicatie gratis wordt voorzien in publieke instellingen.

De Raad stelt in de eerste plaats vast dat de ambtenaar-geneesheer zich voor alle bovenstaande vaststellingen, met uitzondering van de eventuele mogelijkheid tot gratis verzorging voor de armen in de zuiver private zorg, baseert op één bron, met name het MedCOI Bangladesh FFM Report 2016 (hierna: het FFM-rapport), van of geraadpleegd op 4 december 2017 (dit blijkt niet duidelijk uit het medisch advies). De Raad stelt echter vast dat dit rapport zich niet in het administratief dossier bevindt. Het betreft mogelijk het *“Fact finding mission report Bangladesh 29/11/2015 - 10/12/2015”*, maar van dit rapport bevinden zich slechts vier bladzijden in het administratief dossier, met name het voorblad, een disclaimer, de inleiding en een deel van de inhoudstafel. Uit deze vier bladzijden kan niet met zekerheid worden afgeleid dat het om hetzelfde rapport gaat als het rapport waarnaar in het medisch advies verwezen worden. Zelfs als het om hetzelfde rapport zou gaan, hetgeen mogelijk lijkt op basis van een vergelijking van de pagina's waarnaar in het medisch advies wordt verwezen en hun onderwerp volgens de gedeeltelijke inhoudstafel, kan de Raad door het ontbreken van het rapport, op de vier voormelde bladzijden na, niet nagaan of de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer beantwoorden aan hetgeen in het betrokken rapport wordt gesteld. Bijgevolg is het voor de Raad onmogelijk om na te gaan of de verzoekende partij terecht de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen en opvolging betwist.

De Raad benadrukt dat de MedCOI-informatie, zoals in het medisch advies ook uitdrukkelijk wordt aangegeven, enkel beschikbaar is in een niet-publieke databank. Het is voor de Raad dan ook niet mogelijk om MedCOI-bronnen te raadplegen via de online link die in het medisch advies is opgenomen. Aangezien het bestuur de voormelde determinerende informatie niet ter beschikking van de Raad heeft gesteld, maakt het de wettigheidscontrole op zijn beslissing onmogelijk (cf. RvS 1 oktober 2001, nr. 99.323; RvS 16 december 1998, nr. 77.657; RvS 17 februari 1998, nr. 71.867; RvS 9 oktober 1997, nr. 68.784). Alleen al om deze reden moet de bestreden beslissing worden vernietigd.

Daarnaast maakt de ambtenaar-geneesheer nog gebruik van één andere bron, met name een MedCOI-document van 1 februari 2017 met als nummer BDA-20161215-BD-6422. Uit dit document, dat zich al dan niet volledig in het administratief dossier bevindt, zou moeten blijken dat er soms een mogelijkheid is tot gratis verzorging voor de armen (in de zuiver private sector). De ambtenaar-geneesheer geeft echter niet aan op welke bladzijde van het betrokken document dit gegeven terug te vinden is en de Raad vindt de betrokken informatie niet terug op de vier bladzijden waarover hij ook bij dit document beschikt. Bijgevolg kan niet worden nagegaan of deze vaststelling van de ambtenaar-geneesheer juist is. In dit document is wel terug te vinden dat Bangladesh geen ziekteverzekering vanuit de overheid kent, maar voor meer informatie over ziekteverzekering in Bangladesh wordt verwezen naar een ander MedCOI-document, dat zich niet in het administratief dossier bevindt, en naar het Fact Finding Mission (FFM) rapport van 2016. Dit is vermoedelijk het rapport waarnaar de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies verwijst en dat zich niet of minstens onvolledig in het administratief dossier bevindt. Ook voor algemene informatie over de kost van medicatie in Bangladesh wordt naar de voormelde twee bronnen verwezen. Er wordt wel toegevoegd, zoals de ambtenaar-geneesheer nog aangeeft, dat medicijnen gratis zijn in publieke ziekenhuizen, maar dat patiënten, omdat ze niet altijd beschikbaar zijn, ze “out-of-pocket” kopen in apotheken. Ten slotte verwijst dit MedCOI-document ook voor informatie van de kosten van zorg in de publieke en private sector naar de twee voormelde bronnen, waarover de Raad aldus niet beschikt.

Zoals hoger reeds aangegeven, stelt de ambtenaar-geneesheer specifiek voor de situatie van de verzoekende partij dat zij zich voor de opvolging voor haar diabetes kan wenden tot “*hoger vermelde instanties*”. In de mate dat hij hiermee verwijst naar de vier eerder aangehaalde partners in de zorgverlening, wijst de Raad er echter op dat uit de voormelde MedCOI-aanvragen met nummers 10405 en 10168, twee van de bronnen waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd om de beschikbaarheid van de zorgen na te gaan, blijkt dat alle zorg die de verzoekende partij nodig heeft, slechts beschikbaar is in private instellingen. Ook voert de verzoekende partij terecht aan dat de ambtenaar-geneesheer niet aangeeft bij welke NGO's de verzoekende partij terecht zou kunnen en of zij daadwerkelijk toegang zou hebben. De ambtenaar-geneesheer stelt weliswaar vast dat de verzoekende partij onderzoek, verzorging en behandeling kan krijgen van de “*Diabetic Association of Bangladesh Diabetic Somiti*”, maar dit wordt door de verzoekende partij betwist. Zij verwijst in dit verband naar een webpagina van de voormelde organisatie en stelt dat deze organisatie voornamelijk activiteiten uitvoert om diabetes te voorkomen. De Raad stelt vast dat uit de betrokken webpagina niet met zekerheid kan worden afgeleid of de betrokken organisatie inderdaad voornamelijk focust op preventie. Hij moet met betrekking tot dit onderdeel van het medisch advies echter hoe dan ook opnieuw vaststellen dat hij door de onvolledigheid van het administratief dossier niet kan nagaan of de verzoekende partij de nodige opvolging kan krijgen van deze organisatie, en dan bovendien gratis of soms tegen een kleine vergoeding.

Vervolgens gaat de ambtenaar-geneesheer, zoals hoger reeds vastgesteld, in op de cardiovasculaire opvolging voor de verzoekende partij. Hij verwijst in dit kader naar zowel de publieke, de private als de gemengde zorg, maar zelfs als zijn uiteenzetting beantwoordt aan de informatie die blijkt uit het voor de Raad niet-beschikbare FFM-rapport, doen de verwijzingen naar de publieke en gemengde sector *in casu* niet ter zake. De beschikbaarheid van de zorgen is op grond van de voormelde twee MedCOI-aanvragen immers slechts aangetoond in private instellingen. De ambtenaar-geneesheer stelt met betrekking tot de zuiver private zorg zelf (weliswaar niet-controleerbaar) dat de kosten “*natuurlijk*” oplopen. Hij voegt wel toe dat er soms een mogelijkheid tot gratis verzorging voor de armen is, maar wegens de onvolledigheid van de bron waarop deze vaststelling is gesteund, is het voor de Raad niet mogelijk om na te gaan onder welke voorwaarden en voor welke zorg deze gratis verzorging mogelijk is en of de verzoekende partij aldus daadwerkelijk van deze gratis verzorging zou kunnen genieten. Hetzelfde geldt voor de vaststelling van de ambtenaar-geneesheer in het algemene deel met betrekking tot de toegankelijkheid, waarin hij wijst op zorg aan verlaagde tarieven tot eventueel gratis voor meer financieel behoeftigen in de private sector.

Zelfs als zou worden aangenomen dat de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer beantwoorden aan de informatie in het niet-beschikbare FFM-rapport, kan dan ook slechts worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer niet op zorgvuldige wijze is nagegaan of de slechts in private instellingen beschikbare opvolging voor diabetes en cardiovasculaire opvolging, daadwerkelijk toegankelijk is voor de verzoekende partij. Door louter te stellen dat de kosten zuiver privaat natuurlijk kunnen oplopen, maar dat er soms een mogelijkheid is tot gratis (of goedkopere) verzorging, maakt de ambtenaar-geneesheer op geen enkele manier duidelijk wat de daadwerkelijke kostprijs specifiek voor de verzoekende partij zou zijn. Voor de mogelijke behandeling bij de in het advies genoemde non-profitorganisatie heeft de Raad reeds vastgesteld dat hij in dit verband, door de onvolledigheid van het administratief dossier, niet kan nagaan of de verzoekende partij daadwerkelijk bij deze organisatie terecht kan voor de opvolging van haar diabetes, en zo ja, tegen welke kostprijs.

Verder wijst de Raad erop dat ook twee van de drie geneesmiddelen die de verzoekende partij moet nemen, met name metformine en simvastatine, slechts beschikbaar zijn in private instellingen. De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies enkel voorhoudt dat de nodige medicatie gratis is/wordt voorzien in publieke instellingen, hetgeen beantwoordt aan de informatie die blijkt uit het voormelde MedCOI-document van 1 februari 2017. Uit ditzelfde document blijkt dat medicatie, wanneer die niet beschikbaar is (in publieke ziekenhuizen), door de patiënten 'out of pocket' wordt betaald in de apotheek. Deze situatie is bijgevolg op minstens twee van de drie voor de verzoekende partij noodzakelijke medicijnen van toepassing. De Raad herhaalt in dit verband nogmaals dat de ambtenaar-geneesheer zelf aangeeft dat de kosten zuiver privaat natuurlijk oplopen, weliswaar zonder dat de Raad in dit kader zijn wettigheidstoetsing kan doen. In dit verband kan wel opnieuw worden gewezen op het feit dat de verzoekende partij in haar verzoekschrift heeft verwezen naar een recente bron van maart 2019 waarin wordt vastgesteld dat de uitgaven in private gezondheidsinstellingen voor 93% door OOP-betalingen worden gedekt. Wat deze beide noodzakelijke geneesmiddelen betreft, kan de Raad reeds op basis van de informatie die wel in het administratief dossier terug te vinden is, niet anders dan vaststellen dat de ambtenaar-geneesheer niet op een zorgvuldige manier is nagegaan of de voor de verzoekende partij noodzakelijke medicatie wel degelijk financieel toegankelijk is. Uit het medisch advies blijkt immers op geen enkele manier wat de precieze kost van deze medicatie is.

Het derde geneesmiddel, met name colchicine, is blijkens de bijlage 2 waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst, beschikbaar, maar het is voor de Raad niet mogelijk om na te gaan of dit geneesmiddel in een publieke of een private instelling beschikbaar is. De volledige MedCOI-aanvraag waaruit dit zou moeten blijken, met name een aanvraag van 22 mei 2018 met nummer 11166, is in de betrokken bijlage immers niet weergegeven. Bijgevolg kan de Raad voor dit laatste geneesmiddel niet nagaan welke door de ambtenaar-geneesheer naar voren geschoven informatie met betrekking tot de kostprijs van medicatie in het voorliggende geval relevant is. Bijgevolg kan de Raad ook voor dit geneesmiddel slechts vaststellen dat geen zorgvuldig onderzoek naar de daadwerkelijke toegankelijkheid ervan werd gevoerd.

Vervolgens stelt de Raad vast dat de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies niet concreet ingaat op de toegankelijkheid van de psychologische zorgen. Hoger heeft de Raad reeds vastgesteld dat de beschikbaarheid van deze zorgen wel degelijk werden onderzocht in het medisch advies. Met betrekking tot de psychologische ondersteuning stelt de ambtenaar-geneesheer in het onderdeel over de toegankelijkheid van de zorgen en opvolging dat specifiek op de verzoekende partij betrekking heeft, dat de nood voor psychologische ondersteuning niet wordt onderbouwd door het medisch dossier, vermits er geen bewijs wordt geleverd van deze specifieke zorg. De verzoekende partij heeft in haar verzoekschrift met betrekking tot de beschikbaarheid van de psychologische zorgen erop gewezen dat zowel uit het standaard medisch getuigschrift (hierna: SMG) van 6 november 2018 als uit de psychologische verklaring van dr. A. (eveneens van 6 november 2018) blijkt dat zij de aanwezigheid van een psycholoog nodig heeft. De Raad stelt vast dat uit het administratief dossier inderdaad blijkt dat in het voormelde SMG bij de huidige behandeling "*soutien psychologique*" wordt aangegeven en als bijzondere noden qua medische behandeling tevens "*suivi médecine générale/psy 1x/mois minimum*". In de voormelde verklaring stelt dr. A. dat de verzoekende partij belangrijke en ernstige symptomen van posttraumatische stress vertoont, dat een risico op decompensatie bestaat en dat een aangepaste medische ondersteuning onontbeerlijk is. Beide documenten werden voorgelegd bij de aanvraag van 7 januari 2019 en de ambtenaar-geneesheer verwijst ook uitdrukkelijk naar beide stukken in zijn opsomming van de medische stukken waarvan hij voor het opstellen van het advies gebruik heeft gemaakt. De ambtenaar-geneesheer besluit uit de aangeleverde informatie ook wel degelijk dat de verzoekende partij een PTSD heeft, "*zonder vermelding van oorzaak of specifieke behandeling*". Vervolgens heeft hij, zoals reeds meermaals gesteld, wel degelijk de beschikbaarheid van psychologen

onderzocht. De ambtenaar-geneesheer maakt in zijn uiteenzetting met betrekking tot de toegankelijkheid van psychologische ondersteuning niet duidelijk op grond waarvan hij aanneemt dat de nood hiertoe *“niet [wordt] onderbouwd door het medisch dossier, vermits er geen bewijs wordt geleverd van deze specifieke zorg”*. Dat geen specifieke behandeling wordt vermeld (of geen melding wordt gemaakt van de oorzaak van de PTSD), neemt niet weg dat het SMG wel degelijk melding maakt van psychologische ondersteuning als huidige behandeling en dat erin aangegeven wordt dat de verzoekende partij nood heeft aan psychologische opvolging, en dit minstens één keer per maand. De ambtenaar-geneesheer zet niet uiteen, en de Raad ziet niet in, waarom dit niet volstaat om de nood voor psychologische ondersteuning te onderbouwen. Bovendien heeft de ambtenaar-geneesheer het zelf noodzakelijk geacht om de beschikbaarheid van psychologen te onderzoeken en heeft hij vastgesteld dat deze *“zo nodig”* beschikbaar zijn. Het is in de gegeven omstandigheden dan ook kennelijk onredelijk van de ambtenaar-geneesheer om vervolgens niet ook de toegankelijkheid van de door psychologen geboden zorgen te onderzoeken.

In dit verband benadrukt de Raad nogmaals dat de verzoekende partij met betrekking tot de psychologische zorgen slechts een uiteenzetting in haar verzoekschrift opneemt onder de hoofding *“aangaande de beschikbaarheid van de psychologische zorgen”*. In haar uiteenzetting verwijst zij echter onder meer naar een rapport van *The Swedish Network for International Health* van 3 oktober 2017, waarin ook wordt ingegaan op de toegankelijkheid van mentale gezondheidszorg. Er wordt aangegeven dat de medische gezondheidszorg (zoals gezondheidszorg in het algemeen) in Bangladesh voornamelijk afhankelijk is van *‘out of pocket’*-uitgaven, en dat slechts 0,1% van de patiënten gratis diensten krijgt. Volgens dit rapport is ook geen enkele mentale stoornis gedekt door sociale zekerheidsprogramma's. Ten slotte wordt aangegeven dat de uitgaven voor mentale gezondheidszorg door het departement gezondheid van de overheid minder dan 0,5% bedraagt. Uit het voorgaande moet worden vastgesteld dat de verzoekende partij minstens een begin van bewijs naar voren brengt dat zich op vlak van de toegankelijkheid van de psychologische zorgen problemen kunnen voordoen. De ambtenaar-geneesheer heeft de toegankelijkheid van deze zorgen echter niet onderzocht, zodat ook op dit vlak een gebrek aan zorgvuldigheid kan worden vastgesteld.

Vervolgens geeft de ambtenaar-geneesheer nog aan dat de verzoekende partij geen bewijs voorlegt van arbeidsongeschiktheid en dat hij uit de medische verslagen heeft vernomen dat zij vroeger werkschoenen droeg, hetgeen volgens hem impliceert dat zij arbeid verrichtte. Hij concludeert dat de verzoekende partij arbeidsgeschikt is en zo nodig toegang heeft tot de arbeidsmarkt in haar thuisland, en derhalve zou kunnen instaan voor de extra kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Nog los van het gegeven dat de Raad hoger reeds heeft vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer niet op zorgvuldige wijze is nagegaan wat de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp precies zijn (of minstens dat de wettigheidstoetsing door de Raad onmogelijk is gemaakt), stelt de Raad vast dat de verzoekende partij in haar huidig verzoekschrift terecht aanvoert dat zij reeds in haar aanvraag van 7 januari 2019 heeft gewezen op problemen op de arbeidsmarkt in Bangladesh en de moeilijkheden om aldaar werk te vinden. Zij heeft daarbij verwezen naar een rapport van de Wereldbank van 30 juli 2017 en informatie van de *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights* (OHCHR) van 3 april 2017. De ambtenaar-geneesheer gaat in zijn medisch advies echter slechts in op de vraag of de verzoekende partij al dan niet arbeidsgeschikt zijn, maar hij laat na te antwoorden op de elementen die de verzoekende partij naar voren heeft geschoven met betrekking tot de concrete mogelijkheid om in Bangladesh werk te vinden. Op dit vlak is het medisch advies dan ook niet afdoende gemotiveerd.

Ten slotte verwijst de ambtenaar-geneesheer nog naar het gegeven dat hij uit het administratief dossier heeft vernomen dat de verzoekende partij nog familie en sociale contacten heeft in het thuisland, waarmee hij heden ook nog actief contact heeft. Volgens de ambtenaar-geneesheer is het dus zeer onwaarschijnlijk dat zij niemand zou hebben waarop zij kan terugvallen bij terugkeer naar het thuisland. Nog los van het gegeven dat het ook in dit kader relevant is wat de eigenlijke kosten zijn die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en waarvoor de verzoekende partij dus op haar *“familie en sociale contacten”* zou kunnen terugvallen, kan de verzoekende partij worden gevolgd waar zij stelt dat de ambtenaar-geneesheer geen individueel en concreet onderzoek naar haar sociale situatie in het land van herkomst heeft uitgevoerd, hetgeen geenszins garandeert dat zij daadwerkelijk voldoende bijstand zal ontvangen om de kosten van haar behandeling, medische follow-up en de vele noodzakelijke medische onderzoeken te dekken. De Raad kan slechts vaststellen dat de ambtenaar-geneesheer slechts algemeen verwijst naar *“familie en sociale contacten”*, zonder zelfs aan te geven op wie hij precies doelt en op grond waarvan hij aanneemt dat deze personen de verzoekende partij zouden kunnen en willen bijstaan in de (onbekende) kosten van de noodzakelijke zorgen en opvolging. De

verzoekende partij geeft nog aan dat zij alleen haar moeder van 75 jaar oud, haar broer in de gevangenis en haar werkloze zus in Bangladesh heeft, die derhalve geen financiële steun kunnen verlenen. De Raad stelt vast dat de verzoekende partij nalaat dit te staven, maar dit doet geen afbreuk aan het feit dat de ambtenaar-geneesheer zijn stelling dat de verzoekende partij op familie en sociale contacten in het thuisland kan terugvallen, in het geheel niet onderbouwt. Nochtans is het aan hem om op zorgvuldige wijze te onderzoeken of de noodzakelijke zorgen en opvolging toegankelijk zijn in het land van herkomst. Het medisch advies is op dit vlak dan ook niet afdoende gemotiveerd.

Gelet op het bovenstaande stelt de Raad vast dat het medisch advies van 5 februari 2019, waarop de bestreden beslissing van 12 maart 2019 uitdrukkelijk is gesteund, is aangetast door meerdere zorgvuldigheids- en motiveringsgebreken, met name wat betreft de toegankelijkheid van de zorgen en de opvolging in het land van herkomst. De vaststelling van de ambtenaar-geneesheer dat deze zorgen en opvolging toegankelijk zijn in het land van herkomst kan dan ook niet overeind blijven. Bijgevolg kan ook de conclusie van de ambtenaar-geneesheer niet overeind blijven dat vanuit medisch standpunt kan worden besloten dat de pathologie van de verzoekende partij, hoewel dit kan worden beschouwd 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, aangezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Bangladesh. Zodoende moet de bestreden beslissing, die op dit advies steunt en waarvan dit advies integraal deel uitmaakt, worden vernietigd. Dit advies is immers, gelet op het bepaalde in artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet en zoals hoger reeds gesteld, beslissend voor het ongegrond verklaren van de aanvraag om machtiging tot verblijf van de verzoekende partij.

Daarnaast heeft de Raad ook vastgesteld dat hij met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen en de opvolging in het land van herkomst op meerdere vlakken zijn wettigheidstoetsing niet kan doorvoeren, aangezien de verwerende partij heeft nagelaten een volledig administratief dossier aan de Raad ter beschikking te stellen. Zoals hoger reeds vastgesteld, volstaat dit op zich reeds om de bestreden beslissing te vernietigen.

In haar nota met opmerkingen stelt de verwerende partij dat wel degelijk melding wordt gemaakt van de psychologische problemen zoals vermeld in een door de verzoekende partij bijgebracht SMG. De verwerende partij stelt dat de ambtenaar-geneesheer echter terecht opmerkt dat geen melding wordt gemaakt van een specifieke oorzaak of een specifieke behandeling en dat dit strookt met het feit dat in het SMG enkel over "*soutien psychologique*" wordt gesproken. De verwerende partij maakt met dit betoog echter net zo min als de ambtenaar-geneesheer duidelijk waarom het niet vermelden van een specifieke oorzaak of specifieke behandeling afbreuk doet aan het gegeven dat het SMG duidelijk als huidige behandeling "*soutien psychologique*" opsomt. Bovendien lijkt de verwerende partij uit het oog te verliezen dat in datzelfde SMG ook gewezen op een "*suivi psy*" minstens een keer per maand als bijzondere nood qua medische behandeling. Met dit betoog kan de verwerende partij dan ook geen afbreuk doen aan de vaststellingen van de Raad in dit verband.

Vervolgens stelt de verwerende partij dat de stukken waarnaar werd verwezen in het advies van de ambtenaar-geneesheer werden toegevoegd aan het administratief dossier, zodat zowel de Raad als de verzoekende partij kennis hebben van de inhoud ervan en de bevindingen van de ambtenaar-geneesheer getoetst kunnen worden. Hoger heeft de Raad echter vastgesteld dat het administratief dossier op dit vlak onvolledig is. De Raad benadrukt dat de verwerende partij overigens zelf erkent dat de MedCOI-databank niet publiek toegankelijk is.

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen kan de verwerende partij gevolgd worden waar zij stelt dat de ambtenaar-geneesheer niet (zonder meer) verplicht is om alle artikelen en websites die in de aanvraag om machtiging tot verblijf worden aangehaald te bespreken en te weerleggen. Zoals de verwerende partij verder aangeeft, is hij er inderdaad enkel toe gehouden een onderzoek te voeren naar de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de medische zorgen, en mag hij daarbij beroep doen op eigen informatie, temeer nu die informatie betrouwbare en objectieve informatie betreft die geverifieerd kan worden op basis van de stukken van het administratief dossier. De Raad wijst er nogmaals op dat deze verificatie *in casu* echter niet mogelijk is. Bovendien gaat de verwerende partij niet concreet in op de specifieke elementen die de verzoekende partij met betrekking tot de toegankelijkheid naar voren heeft gebracht. Bijgevolg kan de verwerende partij geen afbreuk doen aan de vaststellingen van de Raad in dit verband.

Met betrekking tot de aangehaalde moeilijkheden om werk te vinden, voert de verwerende partij aan dat de verzoekende partij zich beperkt tot een hypothetische bewering, dat zij niet betwist arbeidsongeschikt te zijn en dat haar leeftijd evenmin doet vermoeden dat zij geen werk meer zou kunnen vinden. De verwerende partij gaat echter voorbij aan het feit dat de ambtenaar-geneesheer moet onderzoeken in welke mate sprake is van een daadwerkelijke toegankelijkheid van de adequate behandeling in het land van herkomst. Wanneer de ambtenaar-geneesheer stelt dat de verzoekende partij in het land van herkomst kan werken, omdat zij niet arbeidsongeschikt is, terwijl de verzoekende partij in haar aanvraag een aantal rapporten naar voren heeft gebracht met betrekking tot de situatie op de arbeidsmarkt, mag van de ambtenaar-geneesheer worden verwacht dat hij op dit specifieke element ingaat, en zich niet beperkt tot een loutere vaststelling dat de verzoekende partij niet heeft aangetoond arbeidsongeschikt te zijn. In de mate dat de verwerende partij meent dat de verzoekende partij zich heeft beperkt tot een hypothetische bewering en ook verwijst naar de leeftijd van de verzoekende partij, stelt de Raad vast dat dit een *a posteriori*-motivering betreft. Hiermee kan de verwerende partij het onzorgvuldig gevoerde onderzoek in het medisch advies niet herstellen.

Met betrekking tot de familie en sociale contacten in het herkomstland waarop de verzoekende partij zou kunnen terugvallen, gaat de verwerende partij niet in op het betoog van de verzoekende partij dat geen individueel en concreet onderzoek werd gevoerd. De verwerende partij meent dat het geenszins kennelijk onredelijk is om op basis van de informatie waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst en het gebrek aan informatie die het tegengestelde aantoon, vast te stellen dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de verzoekende partij niemand meer zou hebben in haar herkomstland om op terug te vallen. De verwerende partij gaat ook in dit verband voorbij aan het feit dat het de ambtenaar-geneesheer is die ervan uitgaat dat de verzoekende partij kan terugvallen op sociale contacten en familie, en dat hij dan ook concreet en individueel moet onderbouwen dat dit inderdaad het geval is. Zelfs al kan worden aangenomen dat het niet kennelijk onredelijk is te stellen dat de verzoekende partij nog familie en kennissen in Bangladesh heeft, maakt de verwerende partij nog steeds niet duidelijk op grond waarvan het kennelijk redelijk is van de ambtenaar-geneesheer om zonder meer te veronderstellen dat deze personen in staat zouden zijn om bij te dragen in de (zoals reeds herhaaldelijk aangegeven, onbekende) kosten van de noodzakelijke zorgen en opvolging.

Met haar betoog in de nota met opmerkingen kan de verwerende partij geen afbreuk doen aan de hoger gemaakte vaststellingen van de Raad.

3.4 Het enig middel is in de aangegeven mate gegrond. Deze vaststelling leidt tot de vernietiging van de bestreden beslissing. De overige aangevoerde schendingen behoeven geen verder onderzoek. Bovendien moet de bestreden beslissing ook worden vernietigd, aangezien de Raad zijn wettigheidstoetsing op meerdere vlakken niet heeft kunnen doorvoeren.

In dit kader wijst de Raad er nog op dat de bestreden beslissing een beslissing betreft waarbij de verblijfsaanvraag van 7 januari 2019 "*ontvankelijk doch ongegrond*" wordt verklaard. De aanvraag om machtiging tot verblijf van de verzoekende partij werd op eenzelfde ogenblik dan ook onvankelijk en ongegrond verklaard. Uit de bewoordingen van de bestreden beslissing blijkt duidelijk dat de ontvankelijkheid van de aanvraag echter niet ter discussie staat. Zo stelt de bestreden beslissing in haar motivering onder meer uitdrukkelijk dat het aangehaalde medische probleem niet kan worden weerhouden "*als grond om een verblijfsvergunning te bekomen*". Ook in de nota met opmerkingen wordt de ontvankelijkheid van de betrokken aanvraag in het geheel niet betwist. Er is bijgevolg geen reden om, naast de vaststelling dat het onderdeel van de bestreden beslissing dat de ongegrondheid betreft, niet overeind kan blijven, eveneens vast te stellen dat ook het onderdeel met betrekking tot de ontvankelijkheid zou komen te vervallen. De in de bestreden beslissing vervatte ontvankelijkheidsbeslissing kan dan ook overeind blijven.

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden ongegrondheidsbeslissing. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 12 maart 2019 waarbij een aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negen juli tweeduizend negentien door:

mevr. I. VAN DEN BOSSCHE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

I. VAN DEN BOSSCHE