



Arrest

nr. 244 998 van 27 november 2020
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

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

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, thans de staatssecretaris voor Asiel en
Migratie

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Bengalese nationaliteit te zijn, op 28 mei 2020 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 24 maart 2020 waarbij een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond 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 ongegrond wordt verklaard en van diens beslissing van dezelfde datum tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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 3 september 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 28 september 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken I. CORNELIS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. HAEGEMAN, die loco advocaat D. ANDRIEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat T. SCHREURS, 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 7 januari 2019 dient verzoeker een aanvraag in om te worden gemachtigd tot een verblijf van meer dan drie maanden op grond 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 (hierna: de Vreemdelingenwet). De gemachtigde van de destijds bevoegde minister beslist op 12 maart 2019 dat de

aanvraag ontvankelijk, maar ongegrond is. Bij arrest van 9 juli 2019 met nummer 223 805 vernietigt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) evenwel deze beslissing tot ongegrondheid. Op 24 maart 2020 neemt de gemachtigde van de destijds bevoegde minister een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, die is gemotiveerd 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
[...]*

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. 12.03.2020)

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.*

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.”

Het advies van een arts-adviseur van 12 maart 2020 waarnaar in de beslissing wordt verwezen en dat verzoeker samen met deze beslissing ter kennis wordt gebracht, en dat bijgevolg kan worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de beslissing, luidt als volgt:

“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. 9-08-2019 van Dr. [A.C.], huisarts, met de volgende informatie:
 - o Diabetes type 2, PTSD, jicht en hypercholesterolemie behandeld met Metformine en Simvastatine, psychiatrisch advies te overwegen*
 - o Geen hospitalisaties*
 - o Regelmatige controle in het kader van de diabetes type 2 (labo, cardioloog, nefroloog, oftalmoloog, neuroloog, dieet)**
- Psychiatrisch attest d.d. 25-07-2019 van Dr. [M.C.], psychiater, dat zegt dat betrokkene last heeft van een PTSD die zich uit in angst, voedingsproblemen en een gemaskeerde depressie, maar met behoud van zijn intellectuele capaciteiten*
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 6-11-2018 van Dr. [A.], huisarts met de volgende informatie:
 - o Diabetes type 2, PTSD en jicht, medicamenteus behandeld met Colchicine, Metformine, 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 39 jaar, afkomstig uit Bangladesh
- Hij is familiaal belast met diabetes type 2 waarbij de diagnose bij hem gesteld werd in augustus 2016
- Bijkomend heeft hij last van een PTSD, zonder medicamenteuze behandeling, wel met psychologische begeleiding, en last van jicht waarvoor hij medicatie neemt
- Er wordt vermeld dat hij regelmatig specialistische controles nodig heeft, maar een bewijs hiervan wordt niet geleverd, uitgezonderd een cardiologisch consult dat normaal was
- Als medicatie weerhouden we:
 - o Colchicine, tegen de jicht
 - o Metformine tegen de diabetes
 - o Simvastatine, tegen de cholesterol

In het dossier is er geen tegenindicatie vermeld voor reizen noch de nood aan mantelzorg. Het voorgelegde medische dossier bevat geen medische indicatie voor werkonbekwaamheid.

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
 - Aanvraag Medcoi van 23-7-2019 met het unieke referentienummer 12580
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, een endocrinoloog en een huisarts verzekerd zijn in Bangladesh voor deze man van 39 jaar. Een psychiater en psychologen zijn eveneens beschikbaar. De noodzakelijke medicatie: Metformine, Colchicine en Simvastatine is 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 Familie welzijn (MOHFW). De meeste aandoeningen kunnen overal verzorgd worden, alleen de tertiaire sector is beperkt tot de steden.

In principe heeft iedereen zonder uitzondering 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.²

De zorg in de publieke sector is in principe gratis, of tegen een zeer lage bijdrage. Opmerking: voor labo-onderzoeken dient betaald te worden.³ De prijs voor een hospitalisatie is eveneens gratis, maar zeer frequent wordt betaald om eerst 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 circuit⁴

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 counseling voor de meer financieel behoeftigen.⁵

De NGO's spitsen zich vooral toe op de meer afgelegen delen van het land en op de eerste lijn⁶

De informele sector spitst zich toe op de levering van medicatie. Ondanks het feit dat er een voorschrift verplicht is voor medicatie, is er veel "over de toonbank" levering met veel misbruik en weinig controle.⁷

Specifiek voor betrokkene:

Betrokkene heeft vooral opvolging nodig en kan zich hiervoor wenden tot de hoger vermelde instanties. Op het 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.⁸

Cardiovasculaire opvolging is toegankelijk via doorverwijzing door de algemene arts. Behandeling tijdens een 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).

Toch dient opgemerkt te worden dat gratis verzorging mogelijk is voor de armen.⁹

Ongeveer 30 publieke en universitaire ziekenhuizen in Bangladesh hebben een psychiatrische afdeling waar zowel hospitalisatie als ambulante zorg en follow-up mogelijk is.¹⁰ In de publieke ziekenhuizen is een consultatie bij een psychiater gratis, enkel het maken van de afspraak dient betaald te worden (BDT 10 = 0,10 EURO). Consultatie bij een psycholoog kost BDT 200 (=2,12 EURO).

De prijs van zowel Simvastine als Metformine bedraagt gemiddeld BDT 300 (=3.18 EURO). De prijs voor Colchicine bedraagt BDT 40 (=0.44 EURO).¹¹

Mr. [K.] legt geen officieel bewijs voor van arbeidsongeschiktheid. Uit de medische verslagen vernemen wij dat hij vroeger werkschoenen droeg wat impliceert dat hij arbeid verrichtte. Aangezien betrokkene al werkervaring heeft opgedaan in zijn herkomstland, lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene er niet meer in zou slagen werk te vinden. Betrokkene kan hierbij beroep doen op het IOM. Het IOM beschikt over een Reïntegratiefonds dat als doel 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 inkomsten genererende 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.¹² Via arbeid kan betrokkene zelf instaan voor de extra kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

In antwoord op het schrijven van de advocaat willen we melden dat Mr. [K.] volgens de aangeleverde attesten geen zware specialistische zorg nodig heeft en dat deze, zoals aangetoond, beschikbaar en toegankelijk is. Bijkomend is voor zijn aandoening een gezonde levenswijze de belangrijkste factor van therapie.

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.¹³

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type 2, de mogelijke PTSD en de jicht bij Mr. [K.] geen reëel risico inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit, noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van terugname, nl. Bangladesh.

1 In het MedCOI-project wordt er informatie verzameld over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst en deze informatie wordt in een niet-publieke databank geplaatst die enkel toegankelijk is voor de partners van dit project. Het MedCOI-project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie-en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), telt heden 15 partner (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door European Asylum, Migration en Integration Fund (AMIF).

Disclaimer: De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst. Er wordt geen informatie over de toegankelijkheid van de behandeling verschaft. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De BMA doet zijn uiterste best om accurate, transparante en actuele informatie te leveren binnen een beperkt tijdsbestek. Echter, dit document heeft niet de pretentie exhaustief te zijn. Geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid kunnen uit de inhoud gepuurd worden.

BMA krijgt informatie van de volgende 3 bronnen:

International SOS is een toonaangevend internationaal bedrijf dat medische hulp en veiligheidsdiensten verleent. Zij heeft kantoren in meer dan 70 landen en beschikt over een wereldwijd netwerk van 27 bijstandscentra, 31 klinieken, 700 externe sites. International SOS heeft zich contractueel verbonden tot het leveren van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld. Meer informatie over deze organisatie is te vinden op de internationale SOS website: <https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance is een wereldwijde reisbijstandsverzekering onderneming. Met hun eigen operationele centra in 34 landen, meer dan 100 correspondenten en 400.000 kwalitatieve dienstverleners, weet de onderneming waar ook ter wereld voor welke specifieke medische aandoening dan ook de juiste medische behandeling te vinden. Allianz Global Assistance heeft zich contractueel verbonden om informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld te verstrekken. Meer informatie over de organisatie kan gevonden worden op de website van Allianz Global Assistance: www.allianz-global-assistance.com

Lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, werden gekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden en over voldoende tijd beschikken om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen worden om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CV's van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zijn vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden.

De medische informatie die door International SOS, Allianz Global Assistance en de lokaal gecontracteerde artsen wordt verstrekt, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA.

2 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 13-15, 4-12-2017.

3 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 19, 4-12-2017.
4 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 20-22, 4-12-2017.
5 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 23-26, 4-12-2017.
6 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 26-29, 4-12-2017.
7 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 29-22, 4-12-2017.
8 Belgian desk of Accessibility, MedCOI Bangladesh FFM report 2016, p. 39, 4-12-2017.
9 Belgian desk of Accessibility, BDA-20161215-BD-6422, 4-12-2017.
10 Belgian Immigration Office, Question & Answer BDA-20170413-BD-6504, 7 June 2017.
11 Belgian desk of Accessibility, BDA-20200114-BD-7161, 28 January 2020.
[...]"

1.2. Eveneens op 24 maart 2020 neemt de gemachtigde van de destijds bevoegde minister de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Dit is de tweede bestreden beslissing, waarvan de motieven luiden als volgt:

"[...]
De heer
[...]/naam : [K.]
[...]/voornaam : [E.]
[...]
[...]/nationaliteit : Bangladesh

[...]
wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,

[...]
binnen 7 dagen na de kennisgeving

[...]
REDEN VAN DE BESLISSING:

[...]
Het bevel om het grondgebied te verlaten wordt afgegeven in toepassing van artikel(en) van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en volgende feiten:

[...]
Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: betrokkene is niet in bezit van een geldig visum."

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een enig middel voert verzoeker de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (hierna: het EVRM), van artikel 47 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (hierna: het Handvest), van artikel 5 van de richtlijn 2008/115/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven (hierna: de Terugkeerrichtlijn), van de artikelen 7, 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), van de rechten van verdediging, van "het recht op een doeltreffende voorziening in rechte", van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de kracht van gewijsde van het arrest van de Raad van 9 juli 2019 met nummer 223 805. Hij betoogt tevens dat er sprake is van een manifeste appreciatiefout.

Hij zet zijn middel uiteen als volgt:

“a. Eerste grief

Volgens artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 moeten de bestuurshandelingen van de besturen uitdrukkelijk worden gemotiveerd en deze motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Er mag niet worden verwezen naar informatie waarvan de betrokkene niet op de hoogte kan zijn vóór of uiterlijk op het moment van kennisgeving van de beslissing. 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 ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Door de uitdrukkelijke motivering op te leggen, is de wet van die aard dat zij de jurisdictionele toetsing van de bestuurshandelingen, die is verankerd in artikel 159 van de Grondwet en georganiseerd in artikel 14 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, versterkt (Arbitragehof - arrest nr. 55/2001 van 8 mei 2001).

Eerzijds bestaat de beslissing uit een dubbele motivering: het medisch verslag van de arts-adviseur en de Medcoi-databanken. Volgens de Raad van State, « La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés » (RvS (13e kamer), 17 juni 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130).

Zoals Uw Raad heeft opgemerkt in zijn arrest nr. 213.722 van 11 december 2018: « 2.4. A cet égard, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions « Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 []. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [..]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles. La Bibliothèque de Droit Administratif. Ed. La Charte 2005. p 44-45. n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 ; C.E., arrêt n° 174 443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; C.E., arrêt n° 228.829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 ; C.E., arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E., arrêt n° 235 763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; C.E., arrêt n° 239 682 du 27 octobre 2017) ».

Zoals Uw Raad in bovengenoemd arrest heeft geoordeeld, is de conclusie van het onderzoek van de antwoorden op de genoemde aanvragen Medcoi niet in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 29 juli 1991: « Au vu du libellé et du contenu des réponses aux « requêtes MedCOI ». le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle. « Le pantoprazole et son équivalent, l'Oméprazole, le paracétamol, et le bisoprolol sont disponibles en Côte d'Ivoire. Les sources suivantes ont été utilisées []: 1 Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [...] », ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis.

Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux «requêtes MedCOI», sur lesquelles se

fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence.

Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester

La circonstance que la partie requérante a pu prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », ainsi que constaté à la lecture du deuxième grief soulevé dans son moyen, n'énervé en rien ce constat. En effet, ces documents n'ayant pas été joints à l'avis du fonctionnaire médecin, ni cités par extraits, ni résumés dans cet avis, le fait que la partie requérante ait pu, ultérieurement à la prise des actes attaqués, consulter le dossier administratif, ne répond pas aux exigences rappelées au point 2.4». In casu concludeert de arts-adviseur van de verwerende partij dat de medische zorgen en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn bijna uitsluitend op basis van de aanvragen Medcoi van 7 juni 2017, 11 oktober 2017, 6 september 2017, 4 december 2017, 6 december 2017, 23 september 2019 en 28 januari 2020. Het medisch verslag waarop de bestreden beslissing verwijst, bevat echter noch de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCoi, noch een samenvatting daarvan. De arts-adviseur beweert eenvoudigweg dat « deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene » (advies van de arts-adviseur, p 1).

Daarnaast worden de artsen die bijdragen aan de Medcoi-databank beschermd door anonimiteit. Daarom zijn noch verzoeker noch Uw Raad in staat om de beweringen van de verwerende partij te verifiëren

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen verwijst het medisch verslag van de arts-adviseur ook naar « IOM International Organization for Migration » (voetnoot nr. 12-13). Er wordt geen echte website vermeld en de relevante passages van die website die de redenen voor de beslissing zouden bevestigen worden niet genoemd. Een eenvoudige verwijzing naar « IOM International Organization for Migration » zonder dat de relevante delen van de website worden geciteerd en gereproduceerd, kan geen toereikende motivering zijn, temeer daar in de regularisatie aanvraag verschillende websites worden genoemd waarvan de relevante passages worden gereproduceerd.

Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de artikelen 9 ter en 62 van de wet van 15 december 1980 niet naar behoren gemotiveerd.

Anderzijds is het voldoende om de regularisatieaanvraag en de eerste beroep van Meneer [K.] (ingediend tegen de eerste beslissing van de verwerende partij waarbij het verzoek 9ter ongegrond werd verklaard) te lezen om op te merken dat Meneer [K.] een schat aan informatie heeft verstrekt over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgen in Bangladesh. Er werd een zorgvuldige studie van het gezondheidsstelsel uitgevoerd en aan de verwerende partij toegezonden voordat de bestreden beslissing werd genomen. In de bestreden beslissing wordt er geen melding gemaakt van deze informatie en er wordt helemaal geen rekening mee gehouden.

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

b. Tweede grief

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: «§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 ».

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 belge. 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'étrangerrisque 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, Hirsijamaa 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 Ta 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. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006. n° 2478/01 p 35 voir également Rapport. Doc. pari., 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*

De arts-adviseur verklaart, uitsluitend op basis van de informatie in de MedCOI- databank, dat de medische opvolging en de aan Meneer [K.] voorgeschreven geneesmiddelen in Bangladesh beschikbaar zijn (medisch verslag van de arts-adviseur, p. 2). In de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat dat echter uitdrukkelijk vermeld dat: « De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst » (medisch verslag van de arts-adviseur, p. 2). Deze disclaimer toont aan dat het MedCOI-project de beschikbaarheid van zorgen in het land van herkomst alleen analyseert op basis van informatie die in het algemeen in één zorginstelling wordt verzameld. Dergelijke informatie doet terecht twijfels rijzen over de serieusheid van deze studie, die bedoeld is om de beschikbaarheid van zorgen op nationaal niveau te beoordelen: het feit dat een medisch centrum over de vereiste zorgen beschikt, betekent niet dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag.

- *Aangaande het Bengalese verzorgingsstelsel*

In zijn regularisatie aanvraag had verzoeker reeds talrijke bronnen genoemd waaruit de onbeschikbaarheid van algemene zorg in Bangladesh blijkt:

« Met betrekking tot het Bengalese gezondheidszorg in het algemeen, in zijn slotopmerkingen bij het eerste verslaguit Bangladesh van 18 april 2018 maakt the Committee on Economie, Social and Cultural Rights zich zorgen over de beperkte publieke middelen die worden toegewezen aan sociale diensten, waaronder sociale zekerheid en gezondheidszorg (§ 19). Bovendien merkt the Committee op dat « the large proportion of the population living in urban informal settlements in poor living conditions, with limited access to basic services, infrastructure, health care and education and under constant threat of eviction due to their lack of legal security of tenure (arts 11-14) » (§61). Hij stelt aan de kaak :« (a) The limited access to affordable health-care services by disadvantaged and marginalized individuals and groups, including residents of informal settlements. Dalits and ethnic minorities; (b) The shortage of medical professionals, many of whom are seeking employment opportunities overseas; (c) 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; (d) The reduced but high incidence of maternal mortality, particularly among adolescent girls due to early marriage and pregnancy (arts. 2 (2). 3, 10 and 12) » (§ 66).

Volgens de officiële website France diplomatie « Les infrastructures médicales au Bangladesh sont insuffisantes. A Dacca, quelques établissements, dont l'ambassade de France pourra fournir une liste à jour, offrent des services médicaux acceptables. Cependant, les problèmes médicaux sérieux nécessitent une évacuation sanitaire vers les hôpitaux de Bangkok ou de Singapour. En province, l'offre médicale est très déficiente, voire inexistante ». Op dezelfde manier onderstreept de Belgische Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken het feit dat 'De medische en gezondheidsinfrastructuur laten veel te wensen over, vooral buiten de hoofdstad Dhaka.

Ten slotte wordt in verschillende bronnen gewezen op het onderontwikkelde en ondergefinancierde karakter van het Bengalese gezondheidszorgstelsel en de slechte spreiding van artsen over het grondgebied :

- Now Health international, « Healthcare System in Bangladesh ». 2018: « For most of the people of Bangladesh, the healthcare system is underdeveloped, under-financed and inconsistent. The majority of citizens live in rural areas, and are catered for by non-qualified village doctors, who make up well over half of all practising healthcare providers; only 6% of the total healthcare workforce is formally trained in medicine.

The Bangladesh government provisions little in financing or structuring for the healthcare system. Two thirds of health expenditure is privately financed, while the remaining third is financed partly by the government and partly through international financial assistance.

There is a large divide between the Quality of healthcare services and facilities between rural and urban areas, though the general state of healthcare is still fairly poor everywhere you go. In hospitals there are qualified doctors and facilities for preventative, diagnostic and curative care, although they can be unreliable. The best hospitals in Bangladesh can be found in the capital Dhaka, including Apollo Hospital, Square Hospital and United Hospital ».

The Daily Star, «Health sector uncared for», 8 juni 2018: « Human resource management remains a major problem Many doctors posted at the rural areas remain absent. Also, many at the public hospitals don't work full-time. It is a question of accountability, " he told this correspondent Even if the government has the drugs and logistics, the healthcare services cannot be reached to the people if health personnel do not play their due role, said Mahbub »».

Deze bronnen dateert uit 2018 en zijn dus recenter dan de MedCOL-gegevens (die bijna allemaal van 2017 zijn). 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). Bovendien 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:

- United News of Bangladesh. « Not all is well with Bagerhat Sadar Hospital », 5 februari 2019 (beschikbaar op <http://www.unb.com.bd/category/Special/not-all-is--well-with-bagerhat-sadar-hospital/12050>): « Thousands of people of the district are unable to have access to its 100-bed Sadar Hospital for lack of medical facilities, doctors and staff. (...) But there has been no initiative since then to fill the designated posts of doctors and the 100-bed hospital keeps providing services with the 50-bed hospitals human resources, endangering the lives of patients.

Sources at the hospital said just 13 doctors have been appointed against 24 stipulated ones, while the 11 other posts have been lying vacant since its opening. On top of that, two doctors have been on leave" from the very next day after joining it in 2017 and 2018 respectively without permission from the authorities concerned.

Marzina Begum, a patient of the hospital, said she came here for the treatment of her eyes, but she did not get any service from it for lack of any specialist doctor. Many patients of different ages said they often have to go beyond the district to receive proper treatment due to specialist doctor crisis at the hospital, which makes healthcare very expensive for them.

Mashiur Rahman, Residential Medical Officer (RMO) of Bagerhat Sadar Hospital, said senior consultant posts at the Department of Orthopaedics, Department of Gynaecology, Department of Surgery, Department of Ophthalmology, Department of Anaesthesia and the consultant post of Department of Neonatal, Department of Radiology, doctor's post at the Department of Pathology and three medical officers are vacant. 'The number of patients at the hospital is increasing day by day, though there's a crisis of doctors and staff. Mashiur added ».

- The Daily Star, « Lack of doctors - Rajbari's lone child hospital lies unused », 27 januari 2019 (beschikbaar op: <https://www.thedailystar.net/country/news/raibaris-lone-child-hospital-lies-unused-1693351>): « The lone children's hospital in Rajbari has remained inoperative for the last one year and four months due to shortage of doctors, much to the suffering of child patients of the district. (...) "There is a shortage of doctors in Rajbari General Hospital, so we cannot appoint a doctor of that hospital to give treatment at the children's hospital, said Rajbari Civil Surgeon Rahim Box ».

- The Daily Star, « Patients the victims ». 4 november 2018 (beschikbaar op: <https://www.thedailystar.net/countrv/shortage-of-doctors-in-kurigram-bangladesh-patients-the-victims-1655752>): « Shortage of doctors, nurses and beds at General Hospital, Kurigram. Patients have been suffering a lot for long as services at the 250-bed General Hospital, Kurigram has deteriorated due to shortage of beds as well as physicians and nurses. The hospital started its journey as 50-bed Kurigram Modern Hospital in 1968 and it was upgraded to a 100-bed one as Kurigram Sadar Hospital in 1999. Later, it was again upgraded to 250-bed as General Hospital, Kurigram in 2010 but patients, physicians and staff are now facing accommodation crisis there. Around 800 patients at outdoor and around 250 patients at indoor departments are given treatment every day. Many indoor patients stay on the veranda due to shortage of beds ».

Ten slotte de afgelopen maanden heeft het dodelijke en zeer besmettelijke Coronavirus zich over de hele wereld verspreid. De medische sector kampt met ernstige tekorten aan gekwalificeerd personeel, infrastructuur en noodzakelijke voorzieningen. Het gezondheidssysteem van Bangladesh is niet voorbereid op een dergelijke epidemie:

- Needs assessment working Group Bangladesh, Covid-19: Bangladesh Multi-Sectoral Anticipatory Impact and Needs Analysis ', 15 april 2020 (beschikbaar op: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COVID_NAWG%20Anticipatory%20Impacts%20and%20Needs%20Analysis.pdf): "Along with the rest of the world, Bangladesh is preparing to undertake a range of measures to protect its population from the COVID-19 and its long-term socio-economic and humanitarian impacts. COVID-19 which was declared a pandemic by WHO on 30 January 2020 has already increased the pressure on an already strained humanitarian system, both globally and in Bangladesh. (. . .)

Anticipated impacts

✓ Increased strain on existing healthcare workers and system, compounded by shortage of healthcare workers, resource and PPE.

✓ Most vulnerable communities are likely to have insufficient information on symptoms and procedures to be followed.

- ✓ Concerns of attending to health facilities due to fears of getting infected. (...)
- ✓ Lack of maintenance of water and sanitation services specially in climate vulnerable areas and urban slums which could lead water borne disease.
- ✓ Community level solid waste management workers could fall into high health risk.
- ✓ Hygiene Products (Soap hand Sanitizer etc) price goes high. (...)

Poverty related vulnerability

- ✓ Household living below the poverty line are not able to access basic services.
- ✓ About 2.2 million people live below the poverty line Severely vulnerable to shocks.
- ✓ This COVID-19 lockdown situation will severely impact their income.
- ✓ Rangpur division has highest number of extreme poor population and Chattogram has second highest (...)

Along with high exposure to natural hazards. Bangladesh is also characterized by low per capita income, and a high population growth rate Specifically, the climate vulnerable regions of the country are also usually more underdeveloped regions, with inadequate education, health and infrastructure facilities and limited employment opportunity for all section of the society, especially for women. Many people from the climate vulnerable regions are also likely to be home at this time, as jobs for internal migrants in Bangladesh have been temporarily halted in major urban areas. In some sectors like RMG, there is an expectation that the jobs will be reduced in the medium term also, resulting in longer term unemployment for many internal migrants who often come from the climate vulnerable areas In addition, large number of returnee migrants from other countries face social stigma due to current nature of the crisis. Lower level of remittance from abroad will also leave many households with lower means to meet daily needs This will further increase the vulnerability of communities in these areas. The COVID 19 crisis is likely to impact the already vulnerable population more gravely due to the following reasons: • Limited access to health facilities and services may prevent timely and appropriate treatment; • /Access of first responders to affected areas, especially climate vulnerable regions are often limited which may prevent timely medical support: • Temporarily higher numbers of internal migrants to be found in climate vulnerable areas as their sources of income in cities and factories are not available: • Availability of fewer safety nets and income generating opportunities in terms of employment and remittances may increase displacements and migration, either forced or voluntary, from climate vulnerable regions, as affected population tend to move to cope with the negative effects; • Existence of any other diseases on top of the possible Covid19 are likely to increase morbidity. • Difficulties in maintaining social distancing and hygienic practices in potential displacement settings like cyclone shelter • Stigma of the community towards internal and international migrants. • Limited understanding and adherence of the community to quarantine and self isolation guidelines”.

- UNDP Bangladesh. “Covid-19: a reality check for Bangladesh's healthcare system”, 3 mei 2020 (beschikbaar op: <https://www.bd.undp.org/content/bangladesh/en/home/stories/a-reality-check-for-bangladesh-s-healthcare-system.html>): “Bangladesh has been entangled in fighting Covid-19 for two months now As of May 4. more than 195.000 people are in quarantine and there are 10.143 confirmed cases and 182 deaths. Worryingly, Bangladesh was among the fastest in the world to reach 2000 cases, reaching the figure in just 40 days after its first case on March 8. Globally, only Italy reached this figure faster. (...)

According to the DGHS National Preparedness and Response Plan for Covid-19, Bangladesh's overall spending on health is around 3% of GDP. However, the government contribution under the current budget is only 1.02%. and more than 70% is out-of-pocket expenditure, the highest in South Asia. According to the Ministry of Finance, the overall allocation for health in the F Y 19-20 budget is 4.9% of the total budget, which is one of the lowest in South Asia. It fails to meet World Health Organization (WHO) standards of 15 percent of total budget (or five per cent of the GDP), and has been stagnating since 2015. An overwhelmed healthcare system is almost giving out. But why is Bangladesh faring poorly? (..)

Furthermore, there is an acute shortage of medical professionals—doctors, nurses and medical staff members According to WHO. Bangladesh 's doctor-to-patient ratio is 5.26 per 10.000 people, the second-lowest in South Asia. Only Bhutan, with a ratio of 3.7 per 10.000 citizens, ranks lower. As a comparison. Georgia's ratio is 50.9 per 10.000 citizens. A leading public health expert also observed that there is a maldistribution of health-sector workers, with 78% of Bangladesh 's population living in rural areas, while 70% of doctors are stationed in urban areas. (...)

The situation is getting worse with Covid-19 more frontline workers are now testing positive. 25% of doctors and 60% of support staff are yet to receive PPE. with reports of substandard PPEs flooding the market, according to a survey by BRAC's James P. Grant School of Public Health in select facilities. According to the Bangladesh Doctors Foundation (BDF). doctors now make up 6.5% of total cases”.

- Dhaka Tribune, "Kurmitola General Hospital soon to treat Covid-19 patients only", 2 april 2020 (beschikbaar op: <https://www.dhakatribune.com/bangladesh/dhaka/2020/04/02/kurmitola-general-hospital-soon-to-treat-covid-19-patients-only>): "There have been multiple reports of patients, despite showing symptoms of coronavirus, being refused by different hospitals in Dhaka including Kurmitola General Hospital (...)

However, there have been multiple reports of patients, despite showing symptoms of coronavirus, being refused by different hospitals in Dhaka including Kurmitola General Hospital.

In one instance, an elderly person aged around 50 with Covid-19 symptoms, died at the Shaheed Suhrawardy Medical College and Hospital early Thursday after being reportedly rejected by Dhaka Medical College Hospital (DMCH) and Kurmitola General Hospital".

- 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 4). Volgens The World Health Organizations, is metformine niet beschikbaar in au Bangladesh.

Bovendien volgens the International Diabetes Federation: « Bangladesh is one of the 6 countries of the IDF SEA region. 425 million people have diabetes in the world and 82 million people in the SEA Region; by 2045 this will rise to 151 million. There were 6.926.300 cases of diabetes in Bangladesh in 2017 ».

In dit verband merkt the International Development Research Centre op dat«- L'augmentation en flèche des maladies non transmissibles (MNT) chroniques, particulièrement chez les pauvres, exacerbe ces défis Selon les estimations, les MNT, qui comprennent le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les cancers, représentent maintenant la moitié de l'ensemble des décès chaque année. Le traitement de ces maladies exige un effort soutenu Malheureusement, le système de santé actuel dépend en grande partie des frais imposés aux particuliers que les pauvres n'ont pas vraiment les moyens d'acquitter.

Les difficultés d'accès à des services de santé de qualité ainsi que les coûts élevés menacent l'élan pris par le Bangladesh en vue d'atteindre la couverture santé universelle.

Une importante pénurie du personnel de la santé qualifié ainsi que la répartition inégale de celui-ci constituent des obstacles majeurs seulement 25% des travailleurs de la santé fournissent des services dans les régions rurales, même si 70% de la population y habite ».

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

- Aangaande de beschikbaarheid van psychologische zorgen

Meneer [K.] heeft een posttraumatische stressstoornis en krijgt psychologische follow-up. Volgens de the Committee on Economie. Social and Cultural Rights, zal het echter niet mogelijk zijn om een psychologische opvolging in Bangladesh 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 Swedisch 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 »(Swedisch 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/>).

Bovendien volgens The World Health Organization, worden mensen met psychische problemen in Bangladesh gestigmatiseerd: In Bangladesh, over 6 million people experience depressive disorders and almost 7 million people have anxiety disorders. It is estimated that more than 10 000 people are dying by suicide in the country. Among students aged 13-17 in Bangladesh, 4% of boys and 6% of girls consider attempting suicide.

Stigma, discrimination and misconceptions about mental disorders have a severe impact on health seeking behavior in Bangladesh. WHO is working closely with the Directorate General of Health Services (DGHS) and National Institute of Mental Health (NIMH) to update and align mental health policies with international human rights legislation, to reduce stigma, and to improve access to mental health services in primary health care” (WHO-Bangladesh, “Mental health , beschikbaar op: <http://www.searo.who.int/bangladesh/mental-health/en/>).

Uit het verslag “Mental disorders in Bangladesh: a systematic review” van augustus 2014 blijkt dat: “This review confirms inadequate care seeking as well as poor service delivery for mental health disorders. Referrals of patient with mental disorders to mental health specialists by the general practitioners or other health care providers are almost non-existent. The referral is also hampered due to superstitious beliefs related to psychiatric disorders. These are seen as triggered by evil influences while this leads to seeking remedies from traditional healers. These potentially harmful practices can be minimized through mass awareness [34.39] and development and implementation of mental health guidelines. This also can be influenced through raising individual level awareness and social mobilization [55], Denial mental health problems is common among the general population as they perceive these conditions as untreatable. Additional constraint is imposed by lack adequately trained general practitioners and health workers at primary care level. There are no structured and organized mental health services available at primary and even at secondary health care level”.

Deze informatie is vandaag de dag nog steeds geldig. Inderdaad volgens het verslag “Pathways to care of patients with mental health problems in Bangladesh” van 18 juli 2018: “Health systems in Bangladesh are not fully organized to provide optimal care services to patients with mental health problems. There is both a lack of resources and a disproportional distribution of the available resources. To design an equitable health system and plan interventions to improve access to care a better understanding of mental health care-seeking behavior and care pathways are crucial”.

De verspreiding van het Coronavirus verergert ook de mentale problemen van de bevolking en toont aan dat mensen met psychische problemen niet in staat zijn om een adequate behandeling en follow-up te krijgen: “Previous outbreaks of the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and the Middle East Respiratory Syndrome (MERS) epidemics were associated with increased mental health issues (Jeong et al., 2016; Lau et al., 2010). This study observed a high prevalence of mental health symptoms in the general population of Bangladesh. The prevalence of mental health conditions of adults were lower (6.5% -31.0%) in pre-COVID-19 Bangladesh (Hossam et al., 2014). Recent studies on COVID-19 similarly suggest that this pandemic may strongly impact mental health outcomes such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (Kazmi et al., 2020; Wang et al., 2020b). Similar to other studies. socio-demographic factors and perceptions on COVID- 19 were found to be associated with mental health conditions' (“The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of the adult population in Bangladesh: A nationwide cross-sectional study”, mei 2020 (beschikbaar op: https://www.Researchgate.net/publication/341607316_The_impact_of_the_COVID-19_pandemic_on_the_mental_health_of_the_adult_population_in_Bangladesh_A_nationwide_cross-sectional_study).

Ten slotte volgens de arts-adviseur van de verwerende partij: “Ongeveer 30 publieke en universitaire ziekenhuis in Bangladesh hebben een psychiatrische afdeling waar zoel hospitalisatie als ambulante zorg en follow-up mogelijk is” (medisch verslag van de arts-adviseur, p.4). Op dit punt is de informatie van de verwerende partij tegenstrijdig, aangezien uit de gegevens van de MedCOI-databank blijkt ook dat: “In majority of cases the medical equipment is not in working condition and there is a lack of qualified technicians, meaning that even when patients are able to see doctors for free they have to go to private institutions for required testing. There are only 2 public specialized mental hospital in Bangladesh, one in Dhaka and one in Pabna” (zien BDA-201704413-BD-6504, p.2).

Volgens de verwerende partij zijn psychologische zorgen onder meer beschikbaar in “The National Institute of Mental Health” Volgens de directeur van dit instituut: “The available mental health services in Bangladesh are inadequate in comparison to the need of the community. (...) National Institute of Mental Health, Dhaka has been established with the objective of development of qualified and trained manpower in psychiatry. providing clinical services to patients with mental disorders is the essential element for conduction of different course, training and research programmers Adequate infrastructure facilities with logistic and manpower support are required to achieve the goal, patients with mental disorders usually cannot afford to admission in paying bed Increasing non-paying beds and reducing paying beds are essential to increase bed occupancy. Vertical extension of the building is essential to have separate

ward for six separate departments. Now Patients from Child psychiatry department are being treated mixed with patients of Adult psychiatry. Occupational therapy unit and rehabilitation unit are integral parts of management of patients. Maintenance of the building by PWD needs improvement. Bathroom, toilets, window grills and glasses, doors, doctors room, nurses room patients Cort and beds need special care. Electricity department of the government has been failing to make Generator functioning. Nursing staffs and doctors are inadequate in the hospital. There are urgent needs of post creation including posts six registrars, one Resident Psychiatrist and one Deputy Director.. Now the institute is having serve academic and administrative problems due to lack of these posts. Ward boys and MLSS are very few in numbers in the institute. Moreover class IV and class II staffs are frequently transferred to other hospital without giving replacement. X-ray machines installed in the institute have not been functioning. Administrative initiative is required to make the MRI machine functioning. There is no Ambulance in the hospital and Car of Director is Out of order. During the recent visits of the Institute honorable Minister. Secretary and Director-General of Ministry of Health welfare directed the concerned authorities to address the issues immediately" (Ministry of Health and Family Welfare. "Health Bulletin 2016 - National Institute of Mental Health", pp. 2 en 41, beschikbaar op: <http://app.dghs.gov.bd/localhealthBulletin2016/publish/publish.php?org=10000010&year=2016&vl=5>). 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). In tegenstelling tot wat de verewerende partij beweert, zal Meneer [K.] geen financiële steun van het 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 » . 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 ».

Bovendien in zijn Bangladesh Corruption Report heeft the Business anti-corruption portal verklaard dat « Bangladesh routinely finds itself among the most corrupt countries in the world. (...) Corruption is pervasive at all levels of society ». In dezelfde zin stelt the Committee on Economic, Social and Cultural Rights de corruptie in de gezondheidssector in Bangladesh aan de kaak: « The Committee is concerned about the pervasiveness of corruption and its devastating impact on the enjoyment of economic, social and cultural rights, particularly by disadvantaged and marginalized individuals and groups. It is particularly concerned at reports of widespread clientelism, which manipulates the allocation of public funding and the provision of public services, and of bribery in the allocation of land and basic services It is further concerned at reports of the inefficacy of the Anti-Corruption Commission in combating corruption (art. 2 (1)) » (§21).

Dit wordt ook bevestigd door de informatie in de verschillende MedCoi aanvragen: 'Insurance policy is not yet introduced by the Government of Bangladesh. Therefore, no such scheme is present in Bangladesh (.) In theory, medicines are free of charge at public hospitals, but as they are not always available, patients buy them out-of-pocket at pharmacies" (zien BDA-20161215-BD-6422. p 3): "There is

no state insurance in Bangladesh; people are entitled to free health care in Public Hospitals. This however is in theory only, in reality patients have to pay staff and middle men at public hospitals to get any form of service. Without these unofficial payments patients will not get appointments, bed, food, medicine. The state of diagnostic and testing is the biggest barrier to receiving treatment" (zien BDA-201704413-BD-6504, p. 2); Health insurance, both national and private, is practically nonexistent. The concept of insuring against the risk of ill health is not very common in Bangladesh. 'No social health insurance scheme in the country covers mental health care' Regarding diabetes, an article published in 2019 states that 'all medical costs come from out of pocket payments, people usually visit doctor when diabetes makes obstacle to their daily living" (zien BDA-20200114-BD-7161, p 2).

Ten tweede heeft Uw Raad herhaald dat: « 4.2 4. Dans Tarrêt Paposhvili contre Belgique, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé que « [l]es 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) » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016. Paposhvili contre Belgique. § 190) » (RvV - arrest nr. 233.818 van 10 maart 2020).

Volgens informatie van de verwerende partij, zouden Metformin en Simvastatin beschikbaar zijn in de apotheek 'Tamanna' (private facility) in Dhaka (MedCOI-aanvraag met nummer 10405). Deze apotheek bevindt zich op bijna 5 uur rijden van de regio van herkomst van verzoeker (stuk 11). De wederpartij kan dan ook niet redelijkerwijs concluderen dat deze geneesmiddelen in het geval van Meneer [K.] beschikbaar zijn. Hetzelfde geldt voor het ziekenhuis met een Laboratoriumonderzoek naar bloedglucose ('United hospital' in Dhaka (Private facility) (stuk 12).

Meneer [K.] heeft ook psychologische, psychiatrische, cardiologische, endocrinologische en oogheelkundige follow-up nodig. Volgens de informatie van de tegenpartij zou deze zorgen alleen binnen "the United hospital" in Dhaka (Private facility), 'the Apollo Hospital Dhaka' (Private facility), 'the Pabna Mental Hospital', 'the National Institute of Mental Health' en 'the Kurmitola General Hospital' beschikbaar zijn. Deze ziekenhuizen bevinden zich op minstens 5 uur rijden van de regio van herkomst van verzoeker (stukken 12-16).

Gezien de geografische afstand tussen de regio van herkomst van verzoeker en deze verschillende instellingen kan de verwerende partij niet redelijkerwijs concluderen dat verzoeker toegang zal hebben tot de zorg die hij nodig heeft om te overleven.

Ten derde, 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 ».

Daarnaast heeft de tegenpartij de informatie in de MedCOI-databank gedeeltelijk gelezen. Uit deze informatie blijkt dat:

- De prijs van Simvastine en Metformine kan oplopen tot respectievelijk BDT 424,80 en BDT 600,05 (zien BDA-20200114-BD-7161, p. 3).
- Als Meneer [K.] kwaliteitsvolle psychologische en psychiatrische zorg wil, moet hij naar privé-instellingen gaan. In deze instellingen ligt de prijs van een consultatie door een psychiater tussen BDT 300 en BDT 2000 (zien BDA- 201704413-BD-6504).
- Een consultatie bij een cardioloog kost BDT 200 in openbare ziekenhuizen en tussen BDT 800 en 1500 in privé-instellingen (zien BDA-20161215-BD-6422, pp. 5-6).

Bangladesh is een zeer arm land. De verspreiding van het Coronavirus zet ook de economie van Bangladesh extra onder druk

- Global Times, "Economie ramifications of Covid-19 in Bangladesh", 11 mei 2020 (beschikbaar op: <https://www.globaltimes.cn/content/1187977.shtml>): ' Bangladesh is being forced to endure lockdowns to tackle the Covid-19 pandemic. These lockdowns are having a crippling effect on workers and businesses across the country. The economy has almost come to a standstill and debilitating effects are being observed in almost all sectors. (. .)

The poor, especially daily wage earners, are the worst sufferers. Economic stagnation is having a terrible effect on lives and livelihoods of those whose incomes hover near poverty level. Large segments of the population - the poor and low income people - are employed in the informal sector and do not have stable incomes. Therefore, the status of these powerless people needs to be considered foremost for gauging the impact of the pandemic.

Around 34 million people, or 20.5 per cent of the population, live below the poverty line, according to Bangladesh Bureau of Statistics (BBS) data. An analysis by Dhaka-based South Asian Network on Economic Modelling (SANEM) shows that this number would rise by 36 million if the income level for poverty line is raised by 1.25 per cent. These 36 million, not officially categorised as poor, can certainly be viewed as economically powerless. Many of them are likely to fall into poverty trap because of the pandemic.

Poverty rate in Bangladesh may rise to 40.9 per cent if Covid-19 causes 25 per cent fall in family incomes, according to the SANEM estimate based on the BBS's income and expenditure survey data. Consequently, the successes in alleviating poverty over the past two decades may fizzle out".

- The World Bank, "Bangladesh must ramp up Covid-19 action to protect its people, revive economy", 12 april 2020 (beschikbaar op: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/04/12/bangladesh-must-act-now-to-lessen-covid-19-health-impacts>): "Bangladesh's economy will be significantly impacted by the COVID-19 pandemic. The decline in national and global demand for manufactured goods, particularly in the garment sector, risks creating unemployment and deepen poverty. The urban poor will be hardest hit while the number of additional poor will be higher in rural areas. The national shutdown will impact private consumption. While growth is expected to recover over the medium term, downside risks remain, particularly from a domestic outbreak of COVID-19 and fragilities in the financial sector".

Zelfs als Meneer [K.] een werk vindt in Bangladesh, zal hij niet alle medische kosten kunnen dekken voor de zorg die hij nodig heeft.

Op dit punt heeft Uw Raad al geoordeeld dat: "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 apotheker. 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." (RvV - arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019).

In haar nieuwe beslissing heeft de tegenpartij nog steeds niet aangetoond dat de geneesmiddelen die Meneer [K.] nodig heeft ook daadwerkelijk toegankelijk zouden zijn. Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de kracht van gewijsde van het arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019.

Ten vierde 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 à des conditions exécrables, comme journaliers ou conducteurs de rickshaw, porteurs, ou autres petits jobs précaires et sous-payés 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's.

Bijgevolg, in tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert (medische verslag van de arts-adviseur, p. 4), is het onwaarschijnlijk dat Meneer [K.] een werk zal vinden om zijn medische kosten te betalen.

Op dit punt heeft Uw Raad al geoordeeld dat: 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. (...)

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" (RvV - arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019).

In haar nieuwe beslissing heeft de tegenpartij nog steeds geen rekening gehouden met de armoede in Bangladesh en de moeilijkheden die de bevolking ondervindt bij het vinden van werk (met een leefbaar loon). Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de kracht van gewijsde van het arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019.

Ten vijfde, 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).

Op dit punt heeft Uw Raad al geoordeeld dat: "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. (...)

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" (RvV - arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019).

In haar nieuwe beslissing geeft de tegenpartij geen informatie om aan te tonen dat de Diabetic Association of Bangladesh zorg verleent aan mensen met diabetes.

Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de kracht van gewijsde van het arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019.

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.

c. Derde grief

De zorgvuldigheidsplicht houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS - arrest van 11 juni 2002, nr.107.624). Volgens het arrest van de Raad van State nr. 216.987 van 21 december 2011: « Le devoir de minutie ressortit aux principes généraux de bonne administration et oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce ».

In casu moet verzoeker het Belgische grondgebied binnen 30 dagen na de kennisgeving van de bestreden beslissingen verlaten. Sinds maart 2020 is de wereld echter geleidelijk aan in een ongekende gezondheidscrisis terechtgekomen.

Op 20 maart 2020 heeft België besloten zijn grenzen te sluiten en de vluchten zijn momenteel grotendeels voor onbepaalde tijd opgeschort. Volgens artikel 7 van het Ministerieel besluit houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het Coronavirus COVID-19 te beperken: "Niet-essentiële reizen vanuit België zijn verboden".

In die omstandigheden zal het, in tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert, voor Meneer [K.], die zich momenteel in België bevindt, onmogelijk zijn om het Belgische grondgebied binnen de gestelde termijn te verlaten.

In het licht van al deze elementen moet worden geconcludeerd dat de verwerende partij de zorgvuldigheidsplicht heeft miskend en haar beslissingen in strijd met artikel 62§2 van de Vreemdelingenwet niet adequaat heeft gemotiveerd."

2.2. Onderzoek van het middel wat de eerste bestreden beslissing betreft

2.2.1. Artikel 62, § 2 van de Vreemdelingenwet en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 verplichten de administratieve overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dit op "afdoende" wijze. Het afdoend 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 voormelde wetsbepalingen, bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan deze werd genomen, opdat hij met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden. De formele motiveringsplicht vereist niet dat de overheid specificeert wat de gronden van haar motieven zijn (RvS 25 januari 2019, nr. 13.148 (c)).

De eerste bestreden beslissing geeft duidelijk de determinerende motieven weer op basis waarvan deze is genomen. In de beslissing wordt zo verwezen naar de juridische grondslag, namelijk artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Ook de feitelijke overwegingen worden weergegeven. Zo wordt gemotiveerd dat de aangehaalde medische problemen van verzoeker niet kunnen worden aanvaard als grond om een verblijfsvergunning te verkrijgen, omdat uit het voorgelegde medisch dossier niet blijkt dat hij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of zijn fysieke integriteit, of aan een ziekte die 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 gewoonlijk verblijft. In de beslissing wordt hiervoor verwezen naar het hoger geciteerde medisch advies van een arts-adviseur van 12 maart 2020.

Een motivering door verwijzing naar een uitgebracht advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel te voldoen aan bepaalde voorwaarden. Vooreerst moet de inhoud van het stuk waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende zijn gemotiveerd en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgetreden door verweerder (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734).

Verzoeker betwist niet dat hij in het bezit is gesteld van het advies en dit hem samen met de eerste bestreden beslissing, onder gesloten omslag, ter kennis is gebracht. Er kan ook worden aangenomen dat het advies van de arts-adviseur in de eerste bestreden beslissing wordt bijgetreden.

In het medisch advies gaat de arts-adviseur verder concreet in op de door verzoeker voorgelegde medische stukken en zijn gezondheidstoestand zoals deze hieruit naar voren komt.

De arts-adviseur oordeelt dat in het voorgelegde medische dossier *“geen tegenindicatie [wordt] vermeld voor reizen noch de nood aan mantelzorg”*. Er blijkt volgens hem evenmin een medische indicatie voor werkonbekwaamheid.

De arts-adviseur duidt vervolgens welke medische zorgen volgens hem noodzakelijk zijn, gelet op de huidige gezondheidstoestand van verzoeker. Hij aanvaardt dat verzoeker verder medicamenteus moet worden behandeld met Colchicine tegen de jicht, Metformine tegen de diabetes en Simvastatine tegen de cholesterol. Ook weerhoudt hij dat verzoeker verder moet worden opgevolgd door een cardioloog, een oftalmoloog, een endocrinoloog en een huisarts en hij verder moet worden begeleid door een psychiater en/of een psycholoog. Met verwijzing naar informatie afkomstig van de MedCOI-databank, waarvan wordt gesteld dat deze wordt toegevoegd aan het administratief dossier, stelt de arts-adviseur vast dat deze medische zorgen beschikbaar zijn in verzoekers herkomstland Bangladesh.

Daarnaast motiveert de arts-adviseur op basis van welke vaststellingen hij besluit dat de noodzakelijke medische zorgen ook toegankelijk zijn voor verzoeker in zijn land van herkomst. Hij duidt telkens de bronnen waaruit hij de door hem gebruikte informatie heeft overgenomen. In dit verband gaat de arts-adviseur allereerst in op de wijze waarop de gezondheidszorg in Bangladesh in het algemeen is georganiseerd. In tweede instantie bespreekt de arts-adviseur concreet de toegankelijkheid van de gezondheidszorgen in het specifieke geval van verzoeker, waarbij hij ingaat op de concrete medische zorgen zoals verzoeker deze nodig heeft, op de vraag bij welke instellingen of organisaties hij deze kan verkrijgen en op de kostprijs hiervan. De arts-adviseur aanvaardt dat verzoeker via arbeid zelf kan instaan voor de (extra) kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp, dit nu hij arbeidsgeschikt is, hij reeds werkervaring heeft opgedaan in zijn land van herkomst waardoor het onwaarschijnlijk is dat hij er niet meer in zou slagen werk te vinden en hij een beroep kan doen op de ondersteuning van de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) voor een re-integratie op de arbeidsmarkt in Bangladesh. Hij duidt nog dat de IOM ook ondersteuning kan geven voor de terugreis en huisvesting.

Verzoeker betoogt dat de motivering inzake de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen in Bangladesh niet afdoende is, waar hierin wordt verwezen naar verschillende bronnen die niet publiek beschikbaar zijn en waarvan volgens hem de relevante uittreksels noch worden gereproduceerd noch worden samengevat.

De Raad stelt evenwel vast dat de arts-adviseur in zijn advies de informatie van de MedCOI-databank zoals hij deze heeft gebruikt om tot zijn advies te komen wel degelijk heeft opgenomen. Zo wordt geduid welke concrete medicatie beschikbaar is en welke andere te dezen relevante vormen van medische zorg beschikbaar zijn. Ook heeft de arts-adviseur telkens de informatie uit de gehanteerde documenten op basis waarvan hij besluit tot de toegankelijkheid van de voor verzoeker noodzakelijke medische zorgen in diens land van herkomst in zijn advies opgenomen.

De Raad benadrukt dat het volstaat dat in het kort het voorwerp en de inhoud van de stukken worden vermeld, zonder dat het nodig is deze stukken in extenso over te nemen of deze als bijlage te voegen. Immers, de formele motiveringsplicht heeft als bestaansreden dat de rechtsonderhorige zou weten waarom een te zijnen opzichte genomen ongunstige beslissing werd genomen en dit, onder meer, teneinde hem in staat te stellen eventueel op nuttige wijze daartegen op te komen. Hiertoe volstaat het dat in de bestreden beslissing duidelijk, maar desnoods bondig, wordt aangegeven op welke gronden zij berust (RvS 29 juni 1993, nr. 43.526; RvS 30 juni 1993, nr. 43.596). Verweerder moet enkel uitleggen op basis van welke vaststellingen uit de geconsulteerde bronnen hij tot een bepaald besluit komt. De precieze inlichtingen die werden teruggevonden en die van belang zijn worden in casu vermeld en op grond hiervan wordt een argumentatie opgebouwd. Verzoeker heeft de nodige informatie om zich te verweren. In het advies staat bovendien uitdrukkelijk vermeld dat de niet-openbare informatie aan het administratief dossier van verzoeker wordt toegevoegd. Het stond verzoeker dan ook vrij, in het kader van de openbaarheid van bestuur, inzage te vragen in het administratief dossier. Verzoeker kon dus ook kennis nemen van het gebruikte bronnenmateriaal. In de uiteenzetting van zijn middel gaat verzoeker trouwens ook concreet in op de inhoud van verschillende van de gehanteerde MedCOI-documenten, waaruit duidelijk blijkt dat hij beschikte over deze documenten.

Verzoeker maakt verder niet duidelijk op grond waarvan aan de wettelijke toelaatbaarheid en waarachtigheid van de informatie van de MedCOI-databank in zoverre deze afkomstig is van lokale artsen

zou moeten worden getwijfeld, louter omdat de identiteit van de artsen wordt beschermd. Bovendien wordt in de eerste voetnoot in het advies het volgende uiteengezet: *“Lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, werden uitgekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden en over voldoende tijd beschikken om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen wordt om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CV's van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zijn vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden.”* En ook: *“De medische informatie die door International SOS, Allianz Global Assistance en de lokaal gecontracteerde artsen wordt verstrekt, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA.”* Nu de arts-adviseur de informatie verkregen van deze artsen in het kader van het MedCOI-project waarop hij zich steunt verkort heeft opgenomen in zijn medisch advies, kan verzoeker deze ook toetsen aan de informatie zoals deze hem is gekend of hem ter beschikking staat.

Ook waar verzoeker opmerkt dat niet wordt verwezen naar de website van de IOM en de relevante passages van deze website niet worden geciteerd en gereproduceerd, merkt de Raad op dat de arts-adviseur in zijn advies zelf heel precies heeft toegelicht voor welke concrete ondersteuning verzoeker terecht kan bij deze organisatie. Er blijkt niet dat deze motivering niet kan volstaan in het kader van de formele motiveringsplicht. Uit de verdere uiteenzetting van het middel blijkt trouwens nog dat verzoeker de website van deze organisatie kent. Hij toont niet aan dat hij geen toegang kon hebben tot de nodige informatie om de motivering hieromtrent te verifiëren.

Verzoeker wijst verder nog op zeer algemene wijze op de informatie inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in Bangladesh zoals hij deze voorafgaand aan het nemen van de beslissing heeft aangebracht, maar zonder concreet aan te geven dat omtrent enig aspect in dit verband ten onrechte geen (verdere) motivering is opgenomen.

Verzoeker toont niet aan dat en om welke redenen de eerste bestreden beslissing, samen gelezen met het medisch advies, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht. De motieven van deze bestreden beslissing kunnen er op eenvoudige wijze in worden gelezen, zodat verzoeker er kennis van heeft kunnen nemen en heeft kunnen nagaan of het zin heeft deze beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover hij in rechte beschikt.

Met betrekking tot de door verzoeker aangevoerde rechtspraak van de Raad kan het volstaan op te merken dat in de continentale rechtstraditie arresten geen precedentswaarde hebben en dat verzoeker niet aantoonde dat de feitelijke omstandigheden die aanleiding gaven tot het door hem geciteerde arrest identiek zijn aan deze in voorliggende zaak. Het voldaan zijn aan de formele motiveringsplicht dient voor elke voorliggende zaak afzonderlijk te worden nagegaan (cf. RvS 15 januari 2020, nr. 246.625; RvS 25 januari 2019, nr. 13.148 (c)).

Een schending van de uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62, § 2 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt niet aangetoond.

2.2.2. In de mate dat verzoeker aangeeft niet akkoord te kunnen gaan met de motivering van de eerste bestreden beslissing en hij hiertegen inhoudelijke argumenten ontwikkelt, wordt het middel onderzocht vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

De Raad is bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is bij de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij haar beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624; RvS 28 oktober 2002, nr. 111.954).

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid verder 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 derhalve 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.

2.2.3. Deze beginselen van behoorlijk bestuur worden onderzocht in het licht van de toepassing van de bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Dit wetsartikel voorziet in zijn § 1 als volgt:

“De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont 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.”

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Indien de ingeroepen ziekte een voldoende ernst heeft om onder het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet te vallen, moet worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong of van verblijf en dit onderzoek dient 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 noodzakelijke medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst of verblijf en de individuele omstandigheden van het betrokken individu.

Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet volgt nog dat het advies van de arts-adviseur, waarin deze vaststelt dat de ziekte niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1 van deze bepaling, beslissend is voor het ongegrond verklaren van de aanvraag om machtiging tot verblijf.

2.2.4. Verzoeker betwist op zich niet dat de arts-adviseur zijn huidige gezondheidstoestand correct heeft weergegeven in zijn advies.

2.2.5. Wat het eerste toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet betreft, met name de vraag of er sprake is van een ziekte waardoor de vreemdeling actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of een aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, geeft verzoeker op zich ook niet aan de beoordeling van de arts-adviseur te betwisten dat dit niet het geval is. Hij betwist de

vaststellingen van de arts-adviseur niet dat er voor hem geen medische contra-indicatie om te reizen is en er evenmin nood is aan mantelzorg.

2.2.6. Inzake het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet erkent de arts-adviseur verder dat de ziekte-toestand van verzoeker een voldoende ernst heeft om hieronder te vallen, ofwel dat er een reëel risico op onmenselijke of vernederende behandelingen kan bestaan indien hij bij een terugkeer naar zijn land van herkomst de nodige medische zorgen niet meer kan genieten. Het onderzoek spitst zich dan ook toe op de vraag of verzoeker voor zijn gezondheidsproblemen ook de nodige adequate medische zorgen kan verkrijgen in zijn land van herkomst. De arts-adviseur heeft geoordeeld dat de nodige adequate medische zorgen voor verzoeker ook beschikbaar en toegankelijk zijn in zijn land van herkomst, beoordeling die verzoeker betwist.

2.2.7. De Raad bespreekt allereerst verzoekers kritiek met betrekking tot de vastgestelde beschikbaarheid van de vereiste medische zorgen in zijn land van herkomst.

Zoals reeds werd aangestipt, stelt de arts-adviseur – met verwijzing naar verschillende documenten van de MedCOI-databank – vast dat Colchicine, Metformine en Simvastatine, opvolging door een cardioloog, een oftalmoloog, een endocrinoloog en een huisarts en ten slotte ook begeleiding door een psychiater en/of een psycholoog beschikbaar zijn in Bangladesh.

Verzoeker wijst allereerst op de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project, waarin wordt gesteld dat *“[d]e geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling”*. Hij stelt dat dit vragen doet rijzen naar de ernst van deze studie, nu het feit dat een medisch centrum de vereiste zorgen kan verstrekken niet betekent dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag.

Het gegeven dat de geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, laat evenwel niet toe om de betrouwbaarheid of ernst van deze informatie in vraag te stellen. Het gegeven dat in de MedCOI-aanvragen veelal enkel wordt verwezen naar de beschikbaarheid van de behandeling in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling betekent trouwens ook geenszins dat deze niet ruimer beschikbaar is. Dit gegeven zoals aangebracht door verzoeker kan hooguit de vraag doen rijzen naar de reële toegankelijkheid van de medische behandeling voor de betrokken vreemdeling, bijvoorbeeld rekening houdend met de regio in het herkomstland vanwaar hij afkomstig is. De arts-adviseur heeft de toegankelijkheid van de medische zorgen voor verzoeker evenwel afzonderlijk onderzocht, aan de hand van bijkomende bronnen die weliswaar ook veelal afkomstig zijn van de MedCOI-databank maar die zich niet beperken tot de vaststelling van de beschikbaarheid in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en waarin wel degelijk ruimere informatie over de toegankelijkheid van de medische zorgen kan worden teruggevonden. Dit betoog van verzoeker vermag de motivering van de arts-adviseur inzake de beschikbaarheid van de medische zorgen niet onderuit te halen.

Vervolgens voert verzoeker een uitgebreid betoog met betrekking tot de, volgens hem, onbeschikbaarheid van algemene zorg in Bangladesh. Hij verwijst daarbij naar een aantal bronnen (waaronder een krantenartikel) en geeft aan dat deze dateren van 2018 en dus recenter zijn dan de MedCOI-gegevens die *“bijna allemaal”* dateren van 2017. Hij stelt tevens dat de arts-adviseur op geen enkele wijze rekening houdt met deze publieke en objectieve informatie en niet zegt op welke manier *“het niet correct en voldoende zou zijn”*. Volgens verzoeker 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 verzoeker met verwijzing naar krantenartikels van 2019 nog aan dat er in verschillende grote ziekenhuizen in Bangladesh (waaronder het algemene ziekenhuis in zijn regio van herkomst) een gebrek aan artsen en medische apparatuur bestaat.

Wat dit betoog betreft, wees de Raad er in zijn eerdere arrest van 9 juli 2019 met nr. 223 805 reeds op dat mediaberichten zoals krantenartikels geen internationale gezaghebbende rapporten zijn, maar slechts persoonlijke weergaves door journalisten van interviews, verklaringen en situaties. Ook stelde de Raad reeds dat ook de andere bronnen waarop verzoeker zich steunt, slechts betrekking hebben op de algemene situatie in Bangladesh en ze niet ingaan op de beschikbaarheid van de concrete zorgen die hij nodig heeft. De Raad oordeelde dat deze algemene bronnen over de Bengalese gezondheidszorg in het algemeen, ook al zijn de door verzoeker aangehaalde bronnen recenter dan de MedCOI-informatie waarop de arts-adviseur zich beroept, op zich geen afbreuk kunnen doen aan deze laatste informatie. Deze heeft immers specifiek betrekking op de medische zorgen die verzoeker nodig heeft. In dit

verband heeft de arts-adviseur intussen trouwens ook nog bijkomend verwezen naar meer recente MedCOI-informatie die dateert van juli 2019, voor wat betreft de beschikbaarheid van psychiatrische en psychologische ondersteuning. Deze eerdere beoordeling van de Raad blijft gelden.

Verzoeker wijst er nog op dat het gezondheidssysteem in Bangladesh, dat kampt met ernstige tekorten aan gekwalificeerd personeel, infrastructuur en noodzakelijke voorzieningen, niet is voorbereid op de coronapandemie. Hij verwijst hiervoor naar een *“needs assessment”* van 27 april 2020, een artikel van 3 mei 2020 en een krantenartikel van 2 april 2020. Deze documenten dateren alle van na het nemen van de eerste bestreden beslissing op 24 maart 2020. Er blijkt dan ook niet dat deze informatie verweerder als dusdanig reeds gekend kon zijn bij het nemen van deze beslissing; verzoeker toont zulks alvast niet aan. Bijgevolg kan in het kader van de voorliggende procedure niet worden vastgesteld dat deze informatie ten onrechte niet in rekening is gebracht. Verzoeker toont aan de hand van de aangehaalde informatie ook nog niet aan dat actueel de medische zorgen zoals hij deze nodig heeft niet langer beschikbaar zouden zijn in zijn land van herkomst.

Vervolgens gaat verzoeker wel concreet in op de specifieke behandeling die hij voor zijn diabetes nodig heeft. Hij stelt met verwijzing naar informatie van de Wereldgezondheidsorganisatie dat metformine niet beschikbaar is in Bangladesh. Voor het overige verwijst hij opnieuw naar algemene informatie in verband met de behandeling van diabetes en de toegang tot gezondheidszorg in het algemeen. Deze argumenten van verzoeker werden door de Raad in zijn eerdere arrest van 9 juli 2019 met nr. 223 805 ook reeds beantwoord. Er wordt andermaal vastgesteld dat de arts-adviseur in zijn medisch advies uitdrukkelijk stelt dat uit de aangehaalde MedCOI-documenten blijkt dat de noodzakelijke medicatie (waaronder dus ook 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 Wereldgezondheidsorganisatie waarnaar verzoeker 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 arts-adviseur zich heeft gebaseerd. Verder moet ook andermaal worden vastgesteld dat verzoeker met de aangehaalde algemene informatie geen afbreuk kan doen aan de specifieke informatie waarop de arts-adviseur zich steunt. Om beide bovenstaande redenen kan verzoeker met dit onderdeel van zijn betoog niet aannemelijk maken dat de arts-adviseur er op onjuiste wijze is van uitgegaan dat metformine en de nodige medische zorgen voor de behandeling en opvolging van diabetes beschikbaar zijn in zijn land van herkomst. De kwestie van de toegankelijkheid van deze medische zorgen wordt afzonderlijk besproken.

Nog gaat verzoeker in op de beschikbaarheid van psychologische zorgen in Bangladesh. Hij wijst erop dat hij een posttraumatische stressstoornis heeft en psychologisch wordt opgevolgd. Hij is echter van mening dat het niet mogelijk zal zijn om psychologisch te worden opgevolgd in Bangladesh en verwijst hierbij naar meerdere bronnen. Deze dateren echter allemaal van 2018 of vroeger, terwijl de arts-adviseur zich voor de beschikbaarheid van de psychologische zorgen baseert op de recente MedCOI-aanvraag van 23 juli 2019 met het unieke referentienummer 12580. Hierin wordt aangegeven dat ambulante behandeling en opvolging door zowel een psycholoog als een psychiater beschikbaar zijn. Verzoeker toont, met bronnen die dateren van voor de genoemde MedCOI-informatie, aldus geenszins aan dat er een probleem bestaat inzake de beschikbaarheid van de psychische zorgen.

In de aangehaalde MedCOI-aanvraag van 6 september 2017 met nummer 10057 werd trouwens ook reeds ingegaan op de beschikbaarheid van behandeling voor PTSD in Bangladesh. Er wordt hierin aangegeven dat ambulante behandeling en opvolging door een psycholoog en een psychiater beschikbaar zijn. Ook een psychiatrische behandeling van PTSD door middel van EMDR, cognitieve gedragstherapie en *“narrative exposure therapy”* zijn beschikbaar.

Door opnieuw te verwijzen naar algemene informatie met betrekking tot de mentale gezondheidszorg in Bangladesh, weerlegt verzoeker de concrete, recente informatie waarop de arts-adviseur zich baseerde om te besluiten dat de nodige psychologische zorgen actueel beschikbaar zijn nog niet.

Verzoeker acht de informatie waarop de arts-adviseur zich heeft gebaseerd nog tegenstrijdig. Dit waar enerzijds hij in zijn medisch advies bij de bespreking van de toegankelijkheid van de medische zorgen stelt dat *“[o]ngeveer 30 publieke en universitaire ziekenhuizen in Bangladesh [...] een psychiatrische afdeling [hebben] waar zowel hospitalisatie als ambulante zorg en follow-up mogelijk is”* en anderzijds in dezelfde bron, namelijk BDA-201704413-BD-6504, ook het volgende wordt gesteld: *“There are only 2 public specialized mental hospital in Bangladesh, one in Dhaka and one in Pabna.”* Uit het betreffende

document van de MedCOI-databank, dat werd opgenomen in het administratief dossier, blijkt dat de aangehaalde informatie telkens afkomstig is van dezelfde lokale arts. Het gegeven dat verschillende publieke en universitaire ziekenhuizen een psychiatrische afdeling hebben enerzijds en er maar twee publieke gespecialiseerde mentale ziekenhuizen zijn in Bangladesh anderzijds, is niet noodzakelijk tegenstrijdig en eerder een kwestie van verschil in specialisatie. Hiermee toont verzoeker andermaal nog niet aan dat een adequate behandeling en opvolging door een psychiater en psycholoog actueel niet beschikbaar zijn in zijn land van herkomst, rekening houdend met de door de arts-adviseur hiervoor specifiek gebruikte informatie, die hiervoor inderdaad ook verwijst naar de publieke gespecialiseerde ziekenhuizen in Dhaka en Pabna (MedCOI-aanvraag van juli 2019).

Verzoeker wijst verder op verklaringen van de directeur van het publieke gespecialiseerde ziekenhuis in Dhaka uit 2016. De directeur maakte concreet melding van moeilijkheden voor patiënten om een bed in deze instelling te betalen en een nood aan uitbreiding van het gebouw en beter onderhoud. Er was nog sprake van een tekort aan dokters en verpleegkundigen en een tekort aan bepaald materiaal zoals functionerende machines en ambulances. In dit verband betwist verzoeker evenwel niet dat hij enkel nood heeft aan ambulante behandeling en opvolging door een psychiater en/of psycholoog. Deze informatie spreekt verder nog niet tegen dat deze behandeling en opvolging in dit ziekenhuis beschikbaar zijn, zoals dit duidelijk wordt bevestigd in de meer recente informatie van de MedCOI-databank. Een tekort aan (gekwalficeerd) personeel in de instelling in Dhaka toont verder op zich nog niet aan dat de nodige zorgen sowieso niet beschikbaar zijn of dat de verstrekte gezondheidszorg niet als adequaat is te beschouwen. In dit verband blijkt trouwens geenszins dat dit probleem zich actueel nog stelt, en al zeker niet wat de specifieke gezondheidszorgen betreft die verzoeker nodig heeft. De Raad herhaalt dat volgens de meer recente MedCOI-informatie die de arts-adviseur gebruikte, blijkt dat de nodige medische zorgen wel degelijk beschikbaar zijn, onder meer in deze instelling.

Voor zover verzoeker nog stelt dat de Covid-19 pandemie de mentale problemen van de bevolking verergert en maakt dat mensen met psychische problemen niet in staat zijn om een adequate behandeling en opvolging te krijgen, merkt de Raad allereerst op dat hij hiervoor verwijst naar een studie die werd gepubliceerd in mei 2020. Andermaal betreft het dus informatie die niet voorlag bij het bestuur op het ogenblik van het nemen van de eerste bestreden beslissing en waarvan niet blijkt dat deze het bestuur reeds gekend kon zijn. Daarenboven merkt de Raad op dat er geen harde cijfers worden vooropgesteld, maar het eerder gaat om verwachtingen, waarmee nog niet aannemelijk wordt gemaakt dat de informatie waarop de arts-adviseur zich steunde achterhaald is. Uit de geciteerde informatie blijkt niet dat een adequate psychische zorgverlening niet beschikbaar is in Bangladesh.

Gelet op de voorgaande bespreking stelt de Raad vast dat verzoeker met zijn betoog niet aannemelijk kan maken dat de arts-adviseur zich in het kader van zijn onderzoek naar de beschikbaarheid van de medische zorgen in het land van herkomst heeft gesteund op onjuiste feitelijke gegevens, of kennelijk onredelijk of onzorgvuldig heeft gehandeld.

2.2.8. De Raad bespreekt vervolgens verzoekers kritiek met betrekking tot de vastgestelde toegankelijkheid van de nodige medische zorgen in het land van herkomst.

In zijn medisch advies gaat de arts-adviseur allereerst in op de wijze waarop de gezondheidszorg in Bangladesh in het algemeen is georganiseerd. De arts-adviseur zet uiteen dat de gezondheidszorg vier belangrijke partners kent, met name de regering, de NGO's, de private sector en de informele sector. Als vijfde partner kan volgens de arts-adviseur ook de zorgverlening door geloofsgemeenschappen worden erkend. Vervolgens wordt uiteengezet welke zorg door welke partner wordt geboden. De arts-adviseur wijst erop dat de publieke gezondheidssector over het hele land instaat voor de curatieve zorg, preventie, gezondheidspromotie en revalidatie en de meeste aandoeningen overal kunnen worden verzorgd. Enkel de tertiaire sector is beperkt tot de steden. Hij stelt nog dat in principe iedereen zonder uitzondering toegang heeft tot de gezondheidszorg. Hij wijst er verder op dat de NGO's complementair, en niet parallel, aan de publieke sector werken en vooral de basiszorg verzorgen in meer afgelegen delen van het land of in gebieden die niet prioritair zijn voor de regering. Verder motiveert hij dat de private sector een explosieve groei kent in de zorg en als beter wordt gepercipieerd omwille van de garantie van de beschikbaarheid van de zorg en de medicatie. Zij zijn sterk vertegenwoordigd in de tertiaire sector. De informele sector, zo duidt hij nog, is toegespitst op onder meer apotheken en op de levering van medicatie. De arts-adviseur wijst er verder op dat de zorg in de publieke sector in principe gratis is of tegen een zeer lage bijdrage. Voor labo-onderzoeken dient wel te worden betaald. Hij stelt dat een hospitalisatie eveneens gratis is, maar dat er vaak wordt betaald om sneller te worden behandeld. Hij merkt op dat medicatie en chirurgisch materiaal ook gratis zijn, maar dat als deze

ontbreken de patiënt deze zelf via het private circuit moet aankopen. In de private sector is er ook een aanbod van zorg aan verlaagde tarieven tot eventuele gratis ‘*counseling*’ voor de financieel behoeftigen.

In tweede instantie gaat de arts-adviseur concreet in op de toegankelijkheid van de gezondheidszorgen in het specifieke geval van verzoeker. Hij benadrukt hierbij dat verzoeker vooral opvolging nodig heeft, waarvoor hij zich kan wenden tot de hoger genoemde instanties, en geen zware specialistische zorg. Hij benadrukt bijkomend nog dat een gezonde levenswijze voor verzoekers aandoening de belangrijkste factor van therapie is.

Wat de medische zorgen voor verzoekers diabetes betreft, wijst de arts-adviseur op het bestaan van de “*Diabetic Association of Bangladesh*”, een NGO die over het hele land verzorging voor diabetici aanbiedt en zich toespitst op zowel onderzoek als verzorging en behandeling. Hij wijst erop dat de verzorging grotendeels gratis is of soms wordt verstrekt tegen een kleine vergoeding. Hij stelt verder dat de prijs voor zowel Metformine als Simvastine gemiddeld 300 BDT bedraagt. In dit verband stelt hij nog vast dat cardiovasculaire opvolging toegankelijk is na doorverwijzing door de algemene arts en behandeling tijdens een hospitalisatie gratis is, evenals de medicatie. Voor ambulante zorg dient een kleine bijdrage te worden betaald. In de gemengde sector geldt ongeveer dezelfde regel, maar ligt de persoonlijke bijdrage iets hoger (in de eerste lijn 30 in plaats van 10 BDT en voor een specialist 200 BDT). Er is wel gratis verzorging mogelijk voor armen.

Wat de nodige psychiatrische of psychologische begeleiding betreft, wijst de arts-adviseur erop dat er ongeveer 300 publieke en universitaire ziekenhuizen zijn met een psychiatrische afdeling waar zowel hospitalisatie als ambulante zorg en opvolging mogelijk zijn. In de publieke ziekenhuizen is de consultatie bij een psychiater gratis en moet enkel worden betaald voor het maken van een afspraak (10 BDT). Hij duidt verder de prijs van een consultatie bij een psycholoog (200 BDT).

De prijs van de door verzoeker benodigde medicatie tegen jicht, Colchicine, bedraagt volgens de arts-adviseur ten slotte 40 BDT.

De arts-adviseur aanvaardt dat verzoeker via arbeid zelf kan instaan voor de (extra) kosten die gepaard gaan met het verkrijgen van de noodzakelijke medische zorgen. Hij wijst erop dat geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voorligt. Verder stelt hij vast dat verzoeker al werkervaring heeft opgedaan in zijn land van herkomst, zodat het onwaarschijnlijk is dat hij er niet meer in zou slagen om werk te vinden. Nog stelt hij dat verzoeker hiervoor de ondersteuning kan inroepen van de IOM, die beschikt over een re-integratiefonds dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Dit kan het volgende omvatten: beroepsopleidingen, het opstarten van kleine zaken-projecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen en kosten om informatie te krijgen over beschikbare jobs, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus. De arts-adviseur wijst er nog op dat de IOM ook ondersteuning kan bieden voor de terugreis en huisvesting.

In zijn middel betoogt verzoeker dat de noodzakelijke medische zorgen voor hem zowel om financiële als geografische redenen niet toegankelijk zullen zijn.

Verzoeker betoogt dat hij geen toegang zal hebben tot de voor hem noodzakelijke medische zorgen omwille van de geografische afstand tussen zijn regio van herkomst en de verschillende instellingen waar hij terecht kan die zijn gelegen in Dhaka en/of Pabna. Hij stelt dat hij hiervoor ongeveer vijf uur moet rijden.

De Raad herinnert verzoeker eraan dat in de MedCOI-aanvragen enkel een voorbeeld wordt gegeven van de mogelijke instellingen waar de zorg beschikbaar is. Hieruit blijkt geenszins dat de noodzakelijke zorgen enkel in deze instellingen zijn te vinden. Daarnaast blijkt uit het “*Fact finding mission report Bangladesh 29/11/2015 - 10/12/2015*” dat veel van de zorgen in instellingen doorheen het land zijn te vinden. Ook blijkt uit de door de arts-adviseur gehanteerde informatie dat de “*Diabetic Association of Bangladesh*” werkzaam is in heel Bangladesh. Er liggen evenmin aanwijzingen voor dat de medicatie enkel beschikbaar zou zijn in apotheken in steden als Dhaka of Pabna. Verzoeker toont geenszins aan dat hij niet in de mogelijkheid zal zijn om aan medicijnen te komen in zijn regio van herkomst zelf. Bovendien maakt verzoeker ook niet aannemelijk dat hij, die niet betwist dat hij geen zware specialistische zorg nodig heeft en kan reizen, op regelmatige tijdstippen niet de reis naar Dhaka of Pabna zal kunnen maken. In dit verband wordt trouwens nog opgemerkt dat verzoeker volgens zijn paspoort afkomstig is uit Rajbari, gelegen tussen Dhaka en Pabna, niet uit Razbari uttar chakla, dat

trouwens volgens het door verzoeker geconsulteerde Google Maps eerder een winkel blijkt te zijn in een ander gebied in Bangladesh.

In ieder geval maakt verzoeker verder in geen geval aannemelijk dat hij zich bij een terugkeer naar het land van herkomst ook niet kan vestigen in bijvoorbeeld de hoofdstad Dhaka. In het kader van zijn eerdere verzoeken om internationale bescherming verklaarde verzoeker onder meer reeds in Dhaka, alsook in de omgeving van deze stad, te hebben gewoond en gaf hij nog aan dat zijn moeder in Dhaka woonde (zie bijvoorbeeld de gehoren op de Dienst Vreemdelingenzaken van 17 november 2011 en 13 december 2011). In deze situatie kan van verzoeker toch minstens worden verwacht dat hij, indien hij van mening is dat hij zich niettemin niet in deze stad kan vestigen, hiervoor dan de nodige concrete argumentatie zou aanbrengen, wat geenszins het geval is.

In de voorliggende omstandigheden toont verzoeker de relevantie in zijn specifieke geval niet aan van de informatie over een ongelijke verdeling van de beschikbare medische zorgen over het grondgebied, waarbij deze eerder is geconcentreerd in de (grotere) steden zoals Dhaka, en de moeilijke toegang tot de gezondheidszorg voor mensen in afgelegen en/of rurale gebieden die dit met zich meebrengt.

Verzoeker betwist vervolgens dat de noodzakelijke medische zorgen voor hem financieel toegankelijk zijn. Hij wijst er in de eerste plaats op dat de arts-adviseur weliswaar aangeeft dat de zorg in de publieke sector in principe gratis is, of verkrijgbaar tegen een zeer lage bijdrage, maar dat er in Bangladesh momenteel geen universele gezondheidsdekking is en recente bronnen de aanwezigheid bevestigen van grote ongelijkheden tussen Bengalezen in de (toegang tot de) zorgsector. Hij 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’*-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 *‘out of pocket’*-betalingen afkomstig zijn. Verzoeker wijst ook op corruptie in de gezondheidszorg. Hij stelt dat deze informatie wordt bevestigd in de verschillende MedCOI-documenten.

De Raad stelt vast dat de arts-adviseur weliswaar stelt dat de publieke zorgverlening in principe gratis is, maar hij terzelfdertijd wel degelijk erkent dat het niet altijd mogelijk is om steeds een beroep te doen op deze zogezegd gratis medische zorg en er voor verzoeker wel degelijk extra kosten zullen zijn die gepaard gaan met het effectief verkrijgen van de medische zorgen. In het specifieke geval van verzoeker is de arts-adviseur voor de medische zorgen die hij nodig heeft voor zijn diabetes, jicht en psychische problemen verder telkens nagegaan wat de concrete kosten ongeveer zijn die met deze zorgen gepaard gaan. Er blijkt dus geenszins dat de arts-adviseur blind is geweest voor het gegeven dat het daadwerkelijk verkrijgen van de noodzakelijke gezondheidszorgen voor verzoeker wel degelijk gepaard zal gaan met bepaalde kosten, of zulks ten onrechte niet in rekening is gebracht. De arts-adviseur was van oordeel dat de extra kosten die gepaard gaan met het verkrijgen van de noodzakelijke medische zorgen door verzoeker kunnen worden gedragen. Door het louter wijzen op algemene informatie die het belang van de eigen bijdragen bij het laten verstrekken van de noodzakelijke medische zorgen benadrukt, weerlegt verzoeker de beoordeling van de arts-adviseur nog niet.

Ook het louter op algemene wijze betogen dat de behandeling van diabetes duur is in Bangladesh en dat de kosten voor rekening van de patiënt komen, kan niet volstaan om aan te tonen dat de toegankelijkheid ervan voor hem persoonlijk problematisch is of de arts-adviseur ten onrechte heeft geoordeeld dat in het geval van verzoeker kan worden aangenomen dat hij de kosten hiervan kan dragen.

Verzoeker betoogt vervolgens dat de arts-adviseur de informatie van de MedCOI-databank maar gedeeltelijk heeft gelezen.

In dit verband stelt hij allereerst dat de prijs van Simvastatine en Metformine kan oplopen tot respectievelijk 424,80 en 600,05 BDT. Evenwel, de arts-adviseur stelt in zijn advies duidelijk dat hij het heeft over de gemiddelde prijs van deze medicatie. Uit het betreffende MedCOI-document (BDA-20200114-BD-7161) blijkt dat de prijzen variëren naargelaten de merknaam, de dosering en de hoeveel medicatie in de verpakking. Er blijkt niet dat verzoeker verplicht zal zijn om het duurste merk van deze medicatie te nemen of de overige merken niet evenzeer adequaat zijn. Met zijn betoog toont verzoeker de incorrectheid van de in het medische advies opgenomen informatie nog niet aan dat verzoeker voor rond de 300 BDT zowel Simvastatine als Metformine kan aankopen in de apotheken.

Verder betoogt verzoeker dat hij, als hij kwaliteitsvolle psychologische en psychiatrische zorg wil, naar een privé-instelling moet kunnen gaan en hier de prijs van consultatie bij een psychiater tussen 300 en 2000 BDT ligt. In dit verband heeft de arts-adviseur evenwel als uitgangspunt genomen dat verzoeker voor behandeling en opvolging door een psychiater wel degelijk ook terecht kan in de publieke ziekenhuizen, waar de consultatie in beginsel gratis is en enkel moet worden betaald voor het maken van een afspraak (10 BDT). Verder hield hij er rekening mee dat voor een consultatie bij een psycholoog 200 BDT moet worden betaald. Verzoeker toont niet concreet aan dat de geboden gezondheidszorg in de publieke ziekenhuizen niet adequaat is, minstens niet deze in de reeds genoemde publieke gespecialiseerde ziekenhuizen in Dhaka en Pabna zoals deze worden vermeld in de MedCOI-aanvraag van juli 2019. Het gegeven dat de psychische zorgen in de private sector als beter staan aangeschreven, volstaat in dit verband nog niet. Uit dit document blijkt duidelijk dat alle psychische zorgen zoals verzoeker deze nodig heeft beschikbaar zijn in een publieke instelling. Er blijkt geenszins dat deze ziekenhuizen geen nieuwe patiënten zouden aannemen en verzoeker er op geen enkele wijze terecht zal kunnen. Verzoeker toont niet aan dat hij voor “goede” en “gespecialiseerde” psychische zorgen enkel terecht kan in private instellingen. Bijgevolg kan niet worden aangenomen dat het onderzoek van de arts-adviseur onvolledig was of dat hij ook de prijzen van consultatie bij een psychiater in de privésector had moeten betrekken bij zijn advies.

Verzoeker toont ook niet concreet aan dat hij persoonlijk door stigmatisering zal zijn verhinderd in zijn toegang tot de mentale gezondheidszorg in zijn land van herkomst, te meer nu niet blijkt dat hij zich niet kan vestigen in een grote stad als Dhaka. Het is de Raad ook niet mogelijk na te gaan van wanneer de aangehaalde informatie precies dateert, zodat het actueel karakter ervan onvoldoende vaststaat.

Verzoeker betoogt nog dat de consultatie bij een cardioloog in de openbare ziekenhuizen 200 BDT kost en in de privé-instellingen tussen 800 en 1500 BDT. Dit betoog heeft betrekking op het MedCOI-document BDA-20161215-BD-6422. De vaststelling dringt zich op dat de weergave van dit document door verzoeker niet volledig correct is. Zo blijkt uit dit document dat in een publieke instelling de patiënt, na doorverwijzing, voor een ambulante consultatie terecht kan bij een cardioloog voor tussen de 10 en 20 BDT. In een gemengd privaat-publieke instelling, waar men ook terecht kan zonder eerst te zijn doorverwezen, kost een ambulante consultatie bij een specialist 200 BDT. In een volledig private instelling is er inderdaad sprake van een prijs tussen de 800 en 1500 BDT voor een eerste consultatie, nadien tussen de 600 en 1200 BDT. Ook hier toont verzoeker evenwel nog niet aan dat de cardiologische opvolging in de publieke of publiek-private instellingen niet adequaat is, zodat andermaal niet blijkt dat het gevoerde onderzoek niet volstond of bepaalde informatie ten onrechte niet in rekening is gebracht.

Daarenboven wijst de Raad er nog op dat, zelfs indien verzoeker zich voor enkele noodzakelijke medische zorgen zou willen laten opvolgen/behandelen in een private instelling, hij niet aantoonde dat hij niet in staat zou zijn om deze bijkomende kosten te dragen. Bovendien wordt in het advies, dat gebaseerd is op de MedCOI-informatie, duidelijk gesteld dat in sommige gevallen arme patiënten tegen korting worden behandeld in private instellingen, dan wel volledig gratis. Verzoeker weerlegt dit niet.

Verzoeker geeft nog aan te betwisten dat hij voor onderzoek, verzorging en behandeling van zijn diabetes terecht kan bij de ngo ‘*Diabetic Association of Bangladesh*’. Hij verwijst in dit verband naar een webpagina om te stellen dat deze organisatie voornamelijk activiteiten uitvoert om diabetes te voorkomen. Uit het FFM-rapport waarnaar de arts-adviseur verwijst, blijkt echter dat het gaat om een organisatie die op twee niveaus werkt, namelijk onderzoek en behandeling. De organisatie is werkzaam in het gehele land en werkt samen met 64 verenigingen. Uit de door verzoeker aangehaalde webpagina blijkt nog niet dat de ‘*Diabetic Association of Bangladesh*’ enkel activiteiten uitvoert om diabetes te voorkomen. Verzoeker toont niet aan dat de arts-adviseur op onzorgvuldig of kennelijk onredelijke wijze tot zijn conclusie komt dat “[o]p het gebied van de diabetes de Diabetic Association of Bangladesh [...] bestaat 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.” Hij weerlegt deze vaststellingen alleszins niet.

Verzoeker kan niet redelijkerwijs verwachten dat de noodzakelijke zorgen hem volledig gratis worden gegeven. In het advies wordt er ook duidelijk gesteld dat “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 [kan] worden. [...] 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." Bovendien stelt de arts-adviseur in zijn advies dat verzoeker door te werken de (extra) kosten voor de noodzakelijke zorgen kan betalen. Hij stelt vast dat verzoeker arbeidsgeschikt is. Hij wijst er verder op dat verzoeker reeds werkervaring heeft in zijn land van herkomst, wat niet wordt betwist, en dat het dus onwaarschijnlijk is dat hij er niet opnieuw in zal slagen om werk te vinden. Bovendien wordt erop gewezen dat verzoeker hiervoor een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Ook kan hij bij de IOM terecht voor ondersteuning bij een terugreis en voor huisvesting. Verzoeker betwist deze informatie niet, maar wijst erop dat de IOM in 2019 een oproep lanceerde bij de internationale gemeenschap voor extra fondsen voor Bangladesh. Hiermee toont verzoeker echter nog niet aan dat hij bij een terugkeer geen beroep zal kunnen doen op het reïntegratiefonds of de ondersteuning door de IOM.

Verzoeker betoogt dat Bangladesh een zeer arm land is en de verspreiding van het coronavirus de economie in het land extra onder druk zet, waarvan in het bijzonder de armen en de dagloners het grootste slachtoffer zijn. De in dit verband aangehaalde informatie dateert andermaal van na het nemen van de eerste bestreden beslissing, zodat niet blijkt dat deze in rekening kon worden gebracht door de arts-adviseur. Voor het overige wordt nog verwezen naar wat volgt.

De door verzoeker aangebrachte informatie dat armoede voor veel personen een probleem is in Bangladesh, dat er een ongelijkheid bestaat in de toegang tot de gezondheidszorg in dit land naargelang personen al dan niet de financiële middelen hebben om te betalen voor de gezondheidszorg en dat veel Bengalezen naar het buitenland gaan om te werken, wordt op zich niet betwist. Deze informatie geeft echter geenszins aan dat de toegang tot de arbeidsmarkt en/of gezondheidszorg voor eenieder in dit land onrealistisch is, zodat van verzoeker mag worden verwacht dat hij voldoende concrete, op zijn persoonlijke situatie betrokken gegevens naar voor brengt waaruit blijkt dat hij persoonlijk niet zal kunnen werken en zal kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de medische zorgverstrekking.

Zoals reeds werd aangehaald, betwist verzoeker niet dat hij al werkervaring heeft opgedaan in zijn land van herkomst. Hij toont verder op zich niet aan dat hij, net gelet op zijn eerdere werkervaring, niet langer perspectieven heeft op werk bij een terugkeer naar het land van herkomst, ook rekening houdend met de coronapandemie. In het kader van zijn derde verzoek om internationale bescherming verklaarde verzoeker op 27 april 2017 dat hij in Bangladesh een kippenbedrijf had en dat hij hiervoor werknemers had. Hij maakt niet aannemelijk dat hij bij een terugkeer geen concrete mogelijkheden heeft om dit bedrijf opnieuw te doen draaien, voor zover dit niet langer het geval is, en hiermee voor zichzelf in een inkomen te voorzien waarmee hij tevens kan instaan voor de medische kosten. Hij beperkt zich tot een loutere bewering dat hij, zelfs als hij werk zou kunnen vinden, niet alle medische kosten zal kunnen dragen, zonder dit concreet aannemelijk te maken. Hij beperkt zich in dit verband ook tot een verwijzing naar algemene landeninformatie inzake een moeilijke arbeidssituatie of een probleem van armoede in zijn land van herkomst, zonder deze op concrete wijze te betrekken op zijn persoonlijke situatie. Gelet op verzoekers afkomst uit Rajbari en waar ook niet blijkt dat hij zich niet eventueel kan vestigen in Dhaka, blijkt ook niet dat de situatie van plattelandsbewoners die bij natuurrampen worden verplaatst naar de grote steden, op zijn concrete geval van toepassing is. Hij toont de relevantie van deze informatie in zijn specifieke situatie niet concreet aan. Rekening houdend met het gegeven dat verzoeker in het verleden dan blijkbaar wel economisch actief kon zijn in Bangladesh, mag van hem toch wel worden verwacht dat hij zich niet louter beperkt tot algemene landeninformatie en een louter algemene bewering dat hij er geen werk zal kunnen vinden. Hij maakt aan de hand van de aangehaalde algemene informatie nog niet aannemelijk dat voor hem persoonlijk de kansen op een tewerkstelling momenteel beperkt zouden zijn, ondanks de eerdere werkervaring en de ondersteuning die hij hiervoor kan genieten van de IOM. Hij weerlegt het motief niet dat hij bij deze organisatie terecht kan voor daadwerkelijke steun om in Bangladesh opnieuw een economische activiteit op te starten waarmee hij in een inkomen kan voorzien. Hij toont verder ook niet aan dat het gemiddeld maandloon zoals hij dit in Bangladesh redelijkerwijze kan verdienen niet kan volstaan om alle (extra) kosten van de medische zorg die hij nodig heeft te kunnen betalen. Verzoeker toont niet aan dat hij persoonlijk zal worden getroffen door de door hem aangehaalde ongelijkheid in de toegang tot de gezondheidszorg.

Verzoeker maakt met zijn uiteenzetting niet aannemelijk dat bij de beoordeling van de toegankelijkheid van de medische zorgverstrekking in Bangladesh enig aspect ten onrechte niet in rekening is gebracht of nog dat deze beoordeling steunt op onjuiste feitelijke gegevens of op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze is tot stand gekomen.

2.2.9. Besluitend stelt de Raad vast dat verzoeker met zijn uiteenzetting niet aantoont dat de arts-adviseur, bij het opstellen van zijn advies, is uitgegaan van een incorrecte feitenvinding of dat hij hierbij kennelijk onredelijk of onzorgvuldig handelde of in strijd met artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Hij toont niet aan dat enig concreet gegeven ten onrechte niet in de beoordeling is betrokken. Verzoeker maakt dan ook evenmin aannemelijk dat verweerder zich in de eerste bestreden beslissing niet kon steunen op dit medisch advies om te besluiten dat geen verblijfsmachtiging op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet kan worden toegestaan.

2.2.10. Een manifeste beoordelingsfout of een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet of nog van de materiële motiveringsplicht of het zorgvuldigheidsbeginsel wordt niet aangetoond.

2.2.11. Verzoeker kan verder ook niet worden gevolgd waar hij betoogt dat de eerste bestreden beslissing is genomen met miskenning van het gezag van gewijsde van het arrest van de Raad van 9 juli 2019 met nummer 223 805. De Raad stipt aan dat het gezag van gewijsde van het vernietigings-arrest van 9 juli 2019 zich enkel uitstrekt tot het dictum en de daarmee onlosmakelijk verbonden motieven (RvS 4 december 2012, nr. 221 611; RvS 10 juni 2010, nr. 205 000). Het genoemde vernietigingsarrest heeft een eerdere beslissing aangaande de aanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voornamelijk vernietigd omdat niet alle informatie waarop de arts-adviseur zijn advies had gebaseerd beschikbaar was in het administratief dossier. De Raad kon aldus zijn wettigheidstoetsing niet doorvoeren. In de thans gevoerde procedure zit echter wel alle informatie in het administratief dossier. Zo ook het (volledige) zogenaamde FFM rapport op basis waarvan de arts-adviseur de gedane vaststellingen omtrent de *'Diabetic Association of Bangladesh'* heeft gedaan. Bovendien heeft de arts-adviseur in het thans voorliggende advies wel degelijk de nodige bijkomende opzoekingen gedaan naar de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen voor verzoeker in Bangladesh en heeft hij hieromtrent ook uitvoeriger en concreter gemotiveerd. Zo heeft de arts-adviseur in het thans voorliggende medisch advies een meer precieze raming gemaakt van de kostprijs van de medicatie die verzoeker nodig heeft. Het MedCOI-document BDA-20200114-BD-7161 van 14 januari 2020 blijkt in dit verband zelfs specifiek te zijn opgesteld voor verzoeker, om de werkelijke kosten te kennen van onder meer zijn medicamenteuze behandeling. De arts-adviseur is dus duidelijk tegemoet gekomen aan de bemerking van de Raad in zijn eerdere vernietigingsarrest dat "[u]it het medisch advies [...] op geen enkele manier [blijkt] wat de precieze kost van deze medicatie is". Ook is de arts-adviseur dit keer wel ingegaan op de toegankelijkheid van de psychische gezondheidszorg. Verder blijkt niet dat de arts-adviseur zich in zijn thans voorliggende advies, waarin hij besluit dat verzoeker kan instaan voor de kosten die gepaard gaan met het verkrijgen van de medische zorgen, nog steeds heeft beperkt tot de vaststelling dat verzoeker arbeidsgeschikt is zonder het door verzoeker in zijn aanvraag aangevoerde te beoordelen dat hij geen concrete mogelijkheid zal hebben om werk te vinden in Bangladesh. Hij heeft er in dit verband op gewezen dat verzoeker reeds werkervaring heeft opgedaan in zijn land van herkomst, zodat het onwaarschijnlijk is dat hij er niet opnieuw in zal slagen om werk te vinden. Nog wees hij op de concrete ondersteuning door de IOM die verzoeker hiervoor kan krijgen. Hiermee heeft de arts-adviseur, minstens impliciet, geantwoord op de door verzoeker in dit verband in zijn aanvraag aangebrachte informatie over problemen op de arbeidsmarkt in Bangladesh en verzoeker toont niet concreet aan dat dit antwoord dit keer niet kon volstaan. Aldus toont verzoeker niet aan dat het gezag van gewijsde van het aangehaalde vernietigingsarrest van 9 juli 2019 wordt miskend.

2.2.12. Artikel 3 van het EVRM bepaalt dat *"Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen."* Deze bepaling bekrachtigt een van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, § 218).

De Raad wenst allereerst te benadrukken dat de eerste bestreden beslissing geen verwijderingsmaatregel is. In zoverre de vaststelling zich opdringt dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet minstens ten dele overeenstemt met de inhoud van artikel 3 van het EVRM (RvS 29 januari 2014, nr. 226.251), wordt verder nog opgemerkt wat volgt.

Er wordt benadrukt dat volgens het EHRM socio-economische of humanitaire omstandigheden in het land van bestemming enkel aanleiding kunnen geven tot een non-refoulement verplichting in zeer uitzonderlijke omstandigheden waar de humanitaire redenen tegen verwijdering klemmend zijn (EHRM 2 april 2013, nr. 27725/10, Samsam Mohammed Hussein e.a. v. Nederland en Italië (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 9 april 2013, nr. 70073/10 en 44539/11, H. en B. v. Verenigd Koninkrijk, par. 114). Dezelfde hoge drempel wordt gehanteerd met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in het land van terugkeer, waarbij het EHRM oordeelt dat enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, een schending van artikel 3 EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42). Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat daarbij allereerst dient vast te staan dat het een medische aandoening betreft die een voldoende ernst heeft, met name een ernstige, van oorsprong natuurlijke fysieke of mentale ziekte die lijden, pijn en een verminderde levensverwachting kan veroorzaken. Het EHRM heeft in zijn arrest Paposhvili t. België van 13 december 2016 (Grote Kamer) verder verduidelijkt dat deze *“zeer uitzonderlijke gevallen”* zich niet enkel kunnen voordoen wanneer er sprake is van een imminente dood, zoals in de zaak D t. het Verenigd Koninkrijk, maar ook in die gevallen waarin bij uitwijzing van een ernstig zieke vreemdeling er substantiële gronden zijn om aan te nemen dat hij of zij, hoewel er geen imminent levensgevaar is, bij gebrek aan beschikbaarheid of toegankelijkheid van een adequate behandeling in het ontvangende land dreigt te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang in zijn of haar gezondheidstoestand die resulteert in intens lijden of een ernstige beperking van de levensverwachting. Wat betreft het vereiste onderzoek in het licht van artikel 3 van het EVRM, moet volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze na de transfer zou evolueren in de ontvangende staat. Het risico op een schending van artikel 3 van het EVRM moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie aldaar en de individuele omstandigheden van de betrokken persoon. Daarbij moet voor elke afzonderlijke zaak worden nagegaan of de zorg, algemeen beschikbaar in de ontvangende Staat, in de praktijk voldoende en geschikt is voor de behandeling van de ziekte van de betrokken persoon om te vermijden dat hij wordt blootgesteld aan een behandeling in strijd met artikel 3 van het EVRM. Tevens moet de mate waarin de betrokken persoon daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg in de ontvangende Staat worden onderzocht. In dit kader wijst het EHRM erop dat men bij dit toegankelijkheidsonderzoek oog moet hebben voor de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk en de reisafstand tot de benodigde zorgen.

In het voorliggende geval blijkt niet dat de vereiste dwingende humanitaire redenen voorliggen. Verzoeker weerlegt de vaststellingen van de arts-adviseur niet dat geen medische tegenindicatie om te reizen blijkt en dat een adequate medische behandeling en opvolging voor hem ook beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst. Zoals blijkt uit de voorgaande bespreking moet worden aangenomen dat hierbij een voldoende individueel en grondig onderzoek heeft plaatsgevonden in het licht van zowel de algemene situatie in Bangladesh als verzoekers persoonlijke situatie. Ernstige geografische of financiële hinderpalen voor het verkrijgen van de voorhanden zijnde en noodzakelijke medische zorgen blijken niet. Verzoeker blijft in gebreke aan de hand van concrete argumenten de gedane vaststellingen onderuit te halen. Rekening houdend met het gegeven dat de voorliggende medische stukken alsook de verklaringen van verzoeker tijdens zijn verzoeken om internationale bescherming aangeven dat verzoeker er nog een verloofde heeft en hij nog contact bleek te hebben met zijn moeder, vrienden en werknemers in Bangladesh, blijkt ook geenszins dat hij geen enkel familiaal en sociaal netwerk meer zou hebben in zijn land van herkomst. In de voorliggende omstandigheden kan geen schending van artikel 3 van het EVRM worden vastgesteld.

2.2.13. Overeenkomstig artikel 51 van het Handvest zijn de bepalingen van dit Handvest gericht tot de instellingen en organen van de Unie met inachtneming van het subsidiariteitsbeginsel en tot de lidstaten, uitsluitend wanneer zij het recht van de Unie ten uitvoer brengen. In de voorliggende zaak blijkt niet dat de eerste bestreden beslissing is genomen in toepassing van het Unierecht. Een beslissing genomen in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet – bepaling die geen omzetting vormt of toepassing is van Unierecht noch anderszins aanknoopt bij het Unierecht – valt niet binnen de werkingssfeer van het Unierecht (cf. HvJ 26 februari 2013, C-617/10, Akerberg, ptn. 22-23; zie HvJ (GK) 18 december 2014, C-542/13, M'Bodj, ptn. 27, 41 en 45-46, en HvJ (GK) 18 december 2014, C-562/13, Abdida, pt. 33). Er blijkt dan ook geenszins dat verzoeker zich thans dienstig kan beroepen op een miskennis van het aangehaalde artikel 47 van het Handvest.

Verzoeker toont trouwens ook geenszins concreet aan waarom hij dan verstoken zou blijven van een doeltreffende voorziening in rechte, laat staan dat hij hiermee dan enige onwettigheid of onregelmatig-

heid zou aantonen die het bestuur heeft begaan bij het nemen van de eerste bestreden beslissing. Ook waar verzoeker zich beroept op een miskenning van de rechten van verdediging toont hij dit niet met concrete argumenten aan. In zoverre verzoeker in dit verband doelt op de volgens hem onafdoende motivering van de eerste bestreden beslissing, volstaat een verwijzing naar de eerdere bespreking hieromtrent. Uit de uiteenzetting van het middel blijkt heel duidelijk dat verzoeker zich heeft kunnen verweren tegen de motieven van de eerste bestreden beslissing, dit met kennis van de door de arts-adviseur gehanteerde bronnen.

2.2.14. Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, ongegrond in zoverre het is gericht tegen de eerste bestreden beslissing.

2.3. Onderzoek van het beroep wat de tweede bestreden beslissing betreft

2.3.1. Wat betreft de formele motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62, § 2 van de Vreemdelingenwet, bepaling die stelt dat de administratieve beslissingen met redenen worden omkleed, merkt de Raad op dat de tweede bestreden beslissing zowel de juridische als de feitelijke overwegingen vermeldt die ertoe hebben geleid dat verzoeker bevel wordt gegeven om het grondgebied te verlaten. Zo wordt toepassing gemaakt van artikel 7, eerste lid, 1° van de Vreemdelingenwet en wordt vastgesteld dat verzoeker in het Rijk verblijft zonder houder te zijn van de bij artikel 2 van deze wet vereiste documenten, met name een geldig visum. Bijgevolg kan worden aangenomen dat verweerder is tegemoet gekomen aan de verplichting in artikel 62, § 2 van de Vreemdelingenwet om de tweede bestreden beslissing formeel te motiveren. Een schending van deze wetsbepaling blijkt niet.

2.3.2. In zoverre verzoeker zich beroept op een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en het in de tweede bestreden beslissing toegepaste artikel 7, eerste lid, 1° van de Vreemdelingenwet, merkt de Raad op dat dit wetsartikel stelt als volgt:

“Onverminderd meer voordelige bepalingen vervat in een internationaal verdrag, kan de minister of zijn gemachtigde of, in de in 1°, 2°, 5°, 9°, 11° of 12° bedoelde gevallen, moet de minister of zijn gemachtigde een bevel om het grondgebied binnen een bepaalde termijn te verlaten afgeven aan de vreemdeling die noch gemachtigd noch toegelaten is tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk of om er zich te vestigen :

1° wanneer hij in het Rijk verblijft zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten.”

Verzoeker betwist geenszins dat hij valt onder de toepassing van artikel 7, eerste lid, 1° van de Vreemdelingenwet en dat verweerder een bevel om het grondgebied te verlaten kon afgeven.

Verzoeker betoogt wel dat hij omwille van de Covid-19 pandemie niet tijdig, dit is binnen de dertig dagen, gevolg kon geven aan het hem gegeven bevel om het grondgebied te verlaten. Hij stelt dat België op 20 maart 2020 besliste om zijn grenzen te sluiten, dat vluchten ‘*momenteel*’ grotendeels en voor onbepaalde tijd zijn opgeschort en dat enkel nog essentiële reizen zijn toegelaten.

Verzoeker maakt echter niet aannemelijk dat – wat betreft het verbod op niet-essentiële reizen dat in België is ingegaan bij ministerieel besluit van 23 maart 2020 – een terugkeer naar het herkomstland waarvan hij de nationaliteit heeft moet worden beschouwd als een niet-essentiële reis en derhalve verboden was. Uit zijn stelling dat de vluchten grotendeels werden opgeschort, blijkt ook nog niet dat verzoeker onmogelijk tijdig gevolg kon geven aan de tweede bestreden beslissing.

De Raad wijst er nog op dat, zelfs indien verzoeker alsnog zou kunnen aantonen dat hij omwille van de Covid-19 pandemie onmogelijk op korte termijn gevolg kon geven aan het bestreden bevel, dan nog het hem vrij stond en staat om met toepassing van artikel 74/14, § 1, derde lid van de Vreemdelingenwet, dat luidt: *“Indien de onderdaan van een derde land een gemotiveerd verzoek indient bij de minister of diens gemachtigde, wordt de termijn, vermeld in het eerste lid, en die is toegekend om het grondgebied te verlaten, verlengd, op grond van het bewijs dat de vrijwillige terugkeer niet kan worden gerealiseerd binnen de toegekende termijn”*, een verlenging van de termijn voor vrijwillig vertrek te vragen.

De maatregelen die worden genomen in het kader van de coronapandemie zijn tijdelijke maatregelen en hebben niet tot gevolg dat de tweede bestreden beslissing onwettig is genomen, te meer nu verzoeker niet betwist illegaal op het grondgebied te verblijven.

Rekening houdend met hetgeen voorafgaat, blijkt niet dat de tweede bestreden beslissing steunt op een incorrecte feitenvinding of dat deze op onzorgvuldige wijze is tot stand gekomen.

Verzoeker toont met zijn uiteenzetting geen schending van artikel 7 van de Vreemdelingenwet of van het zorgvuldigheidsbeginsel aan.

2.3.3. In zoverre verzoeker ten slotte nog de schending aanvoert van artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn, wordt vastgesteld dat hij op geen enkele wijze toelicht waarom hij van oordeel is dat dit artikel wordt geschonden. Er blijkt trouwens ook niet dat hij zich nog rechtspreeks op deze bepaling uit de richtlijn kan beroepen. Dit onderdeel van het middel is, om deze redenen, onontvankelijk.

2.3.4. Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, ongegrond in zoverre het is gericht tegen de tweede bestreden beslissing.

3. Korte debatten

Verzoeker heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen 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.

4. Kosten

Verzoeker werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat geen standpunt dient te worden ingenomen inzake de kosten van het geding.

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 november tweeduizend twintig door:

mevr. I. CORNELIS,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken

dhr. T. LEYSEN,

griffier

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

I. CORNELIS