

Arrest

nr. 272 813 van 17 mei 2022
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat H. VAN VRECKOM
Adolphe Lacomblélaan 59-61/5
1030 SCHAARBEEK

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, X en X, die verklaren van Georgische nationaliteit te zijn, op 13 januari 2022 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van 23 november 2021 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt en van de beslissingen van 23 november 2021 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 21 februari 2022, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 16 maart 2022.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van advocaat L. TRIGAUX, die *loco* advocaat H. VAN VRECKOM verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat L. BRACKE, die *loco* advocaten C. DECORDIER en T. BRICOUT verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 26 augustus 2020 dienden verzoekers een aanvraag in 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 (hierna: de vreemdelingenwet). Op 23 november 2021 werd deze aanvraag ongegrond verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

"Geachte Burgemeester,

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 26.08.2020 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

M., B. [...]

M., M.[...]

+ zoon M., N. [...]

Nationaliteit : Georgië

adres: [...]

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

Redenen:

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 M.B. die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 27.10.2021)

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.*

Wij herinneren eraan dat de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken enkel een advies dient te geven over de medische aspecten, gestaafd door een medisch attest (zie in dit verband het Arrest RvS 246385 van 12.12.2019). Bijgevolg kan in het kader van dit advies geen rekening worden gehouden met gelijk welke interpretatie, extrapolatie of andere verklaring van de verzoeker, zijn raadsman of elke andere persoon buiten de medische wereld betreffende de medische situatie (ziekte, evolutie, mogelijke complicaties...) van de zieke persoon.

We herinneren eraan dat artikel 9ter bepaalt dat "de vreemdeling samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen overmaakt aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft". Het is derhalve aan de aanvragers om elk document dat zij van plan zijn neer te leggen, rechtstreeks aan de Dienst Vreemdelingenzaken toe te zenden, als onderdeel van hun 9ter-aanvraag Onze administratie is immers "niet verplicht de aanvraag van de verzoeker aan te vullen met stukken die binnen andere procedures zijn ingediend of die als bijlage bij een beroep zijn gevoegd " (RW n°203976 van 18/05/2018).

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan M., B. te willen overhandigen.

Gelieve betrokkenen ervan op de hoogte te brengen dat deze beslissing overeenkomstig artikel 39/2, § 2, van de wet van 15 december 1980 vatbaar is voor een beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, dat ingediend moet worden, bij verzoekschrift, binnen de dertig dagen na de kennisgeving van deze beslissing. Indien de betrokkene zich bevindt in een welbepaalde plaats zoals bedoeld in de artikelen 74/8 en 74/9 van de wet, of ter beschikking is gesteld van de regering, moet het verzoekschrift binnen tien dagen na de kennisgeving van de beslissing worden ingediend, krachtens artikel 39/57, § 1, tweede lid, van de wet van 15 december 1980.

Een vordering tot schorsing kan ingediend worden overeenkomstig artikel 39/82 van de wet van 15 december 1980. Behoudens in het geval van uiterst dringende noodzakelijkheid moeten in een en dezelfde akte zowel de vordering tot schorsing als het beroep tot nietigverklaring worden ingesteld.

Onverminderd andere wettelijke en reglementaire modaliteiten, worden het hierboven bedoelde beroep en de hierboven bedoelde vordering ingediend door middel van een verzoekschrift, dat moet voldoen aan de in artikel 39/78 van de wet van 15 december 1980 en in artikel 32 van het Procedurereglement Raad voor Vreemdelingenbetwistingen vermelde vereisten. Zij worden ingediend bij de Raad bij ter post aangetekend schrijven, onder voorbehoud van de afwijkingen voorzien bij artikel 3. § 1, tweede en vierde lid, van het PR RvV, aan de Eerste Voorzitter van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, Gaucheretstraat 92-94, te 1030 Brussel. Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 39/79 van de wet van 15 december 1980, schorst het indienen van een beroep tot nietigverklaring en van een vordering tot schorsing de tenuitvoerlegging van onderhavige maatregel niet.

Er dient een afschrift van deze brief te worden overhandigd nadat er voor kennisname werd getekend. Een afschrift dient aan mijn diensten te worden teruggestuurd.

Gelieve onze diensten onmiddellijk schriftelijk te verwittigen indien kennisname niet mogelijk is.”

1.2. Op dezelfde dag werd aan eerste verzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten afgegeven. Dit is de tweede bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

*“Il est enjoint à Monsieur
De heer*

[...]

de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen², sauf s'il (si elle) possède les documents requis pour s'y rendre, wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen², tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,

*dans les 30 jours de la notification de décision
binnen 30 dagen na de kennisgeving”.*

1.3. Ook ten aanzien van tweede verzoekster werd op dezelfde dag een bevel om het grondgebied te verlaten afgegeven. Dit is de derde bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

*“Il est enjoint à Madame,
De mevrouw,*

[...]

de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen², sauf s'il (si elle) possède les documents requis pour s'y rendre, wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen², tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,

*dans les 30 jours de la notification de décision
binnen 30 dagen na de kennisgeving”.*

2. Over de rechtspleging

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

3. Over de ontvankelijkheid van het beroep

In de nota met opmerkingen werpt verweerder een exceptie van onontvankelijkheid van het beroep op wegens gebrek aan belang in hoofde van tweede en derde verzoeker.

Verweerder wijst erop dat deze verzoekers niet onder het toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet vallen aangezien zij geen persoonlijke medische elementen aanvoerden in de aanvraag van 26 augustus 2020. In geval van een gebeurlijke vernietiging van de weigeringsbeslissing,

kunnen zij volgens verweerder niet worden toegelaten tot een voorlopig verblijf in toepassing van het voormeld artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Uit de lezing van de eerste bestreden beslissing, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ontvankelijk, doch ongegrond wordt verklaard, blijkt dat deze geadresseerd is aan zowel de eerste als de tweede en derde verzoeker. De aanvraag werd aldus door verweerder voor alle aanvragers/verzoekers in aanmerking genomen, zelfs al betreft de medische problematiek als dusdanig enkel maar de eerste verzoeker. Verweerder is er bij het nemen van de weigeringsbeslissing aldus zelf van uitgegaan dat alle verzoekers betrokken waren bij en partij waren bij de aanvraag. Verweerder biedt bij het opwerpen van de exceptie geen enkele verantwoording voor de wijziging van zijn standpunt.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) aanvaardt bijgevolg niet dat verzoekers thans niet allemaal langer een belang zouden hebben bij het beroep.

De exceptie wordt verworpen.

4. Onderzoek van het beroep

4.1. Verzoekers voeren een enig middel aan dat zij uiteenzetten als volgt:

“Kennelijke appreciatiefout en schending van de materiële motiveringsplicht door Schending van de artikelen 9ter en 62 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en verwijdering van vreemdelingen (hierna: EVRM);

Alsook schending van de formele motiveringsplicht door schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de formele motivering van de bestuurshandelingen;

In combinatie met een schending van:

Het artikel 3 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens en artikel 4 van het Handvest van de Grondrechten van de EU;

En van het administratief rechtsbeginsel van de zorgvuldige voorbereiding van bestuurshandelingen (zorgvuldigheidsbeginsel).

1. IN RECHTE

Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 bepaalt dat de vreemdeling 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.

Volgens de voorbereidende werkzaamheden van de wet van 15 september 1980, deze mogelijkheid betreft de “vreemdelingen die lijden aan een ziekte, waarvoor een adequate behandeling ontbreekt in het land van herkomst of verblijf waarbij het terugsturen van de vreemdeling een reëel risico inhoudt op zijn leven of fysieke integriteit of die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling in zijn land van herkomst of verblijf” (Park Doe., Kamer, 2005-2006, 51-2478/001, pp. 34 en 35).

De analyse van de effectieve beschikbaarheid en toegankelijk van de vereiste zorgen dient in concreto uitgevoerd worden, rekening houdend met alle specifieke elementen van het geval. De Directeur van de Dienst Vreemdelingenzaken heeft naar deze voorwaarden van een effectieve en concrete toegankelijkheid verwezen in zijn verhoor voor het Parlement: « De effectieve toegankelijkheid van die infrastructuur en de materiële mogelijkheid om behandeling en medicatie te krijgen worden ook in rekening gebracht” (Park Doe., Kamer, 2005-2006, n°2478/008, page 137).

Artikel 3 EVRM stelt: “Niemand mag worden onderworpen aan foltering en aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.” Deze absolute wetsbepaling verplicht dat er een zorgvuldige onderzoek wordt gevoerd van de situatie van de vreemdeling in geval van terugkeer naar zijn land van herkomst (EHRM, MSS c. Belgique et Grèce, 21 januari 2011 Y c. Russie, 4 december 2008 ; Saadi c. Italie, 28 februari 2008 ; Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 oktober 1991 ; Cruz Varas et autres c. Suède, 20 maart 1991; zie ook RvV nr 138 942 van 20 februari 2015).

Het artikel 4 van het Handvest van de Grondrechten van de EU heeft dezelfde draagwijdte als voornoemd verdragsartikel.

Artikel 9ter Vreemdelingenwet is breder dan artikel 3 EVRM: "Het vormt een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet om de aanvraag om machtiging tot verblijf te verwerpen, enkel omdat niet aan de voorwaarden van artikel 3 van het EHAI was voldaan" (RvS nr 225.633 van 28 november 2013; RvV arrest 91385, 19 november 2012, arrest nr 92 309 van 27 november 2012, arrest nr 117 410 van 21 januari 2014).

De Raad van State heeft al duidelijk gesteld dat volgens artikel 62 Vreemdelingenwet en artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de formele motivering van de bestuurshandelingen een passende en afdoende motivering in feite en in rechte vereisen. Deze motieven moeten bovendien uitdrukkelijk worden vermeld op de beslissing (formele motiverin): « la motivation doit être adéquate et le contrôle s'étend à cette adéquation, c'est-à-dire l'exactitude, l'admissibilité et les pertinence des motifs » (RvS, 25 avril 2002, n° 105.385). Deze motivering moet rekening houden met de elementen van het dossier in het geheel en hierop antwoorden op pertinente wijze zodat de eiser de redenering en de draagwijdte van de akte kan begrijpen: "que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet" (RvV n° 100 300 van 29 maart 2013), en ook "en omettant de se prononcer sur le contenu des différents éléments précités, la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle." (RvV nr 95 594 van 22 januari 2013).

De administratieve rechtsbeginselen van goed bestuur en zorgvuldigheid verplichten de overheden om zich zorgvuldig te informeren om een beslissing te nemen (RvY nr. 115 993 van 19 december 2013). De Raad van State heeft de zorgvuldigheidsplicht als volgt omschreven : « veiller avant d'arrêter une décision, à recueillir toutes les données utiles de l'espèce et de les examiner soigneusement, afin de prendre une décision en pleine et entière connaissance de cause » (RvS, 23 februari, 1966, n°58.328) ; « [procéder] à un examen complet et particulier des données de l'espèce, avant de prendre une décision » (RvS, 31 mei 1979, n° 19.671) ; « 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 quelle 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 » (RvS nr 220.622 van 17 september 2012).

2. Uiteenzetting van de onderdelen van het enig middel

2.1 Eerste onderdeel - medische tegenindicatie om te reizen

Overwegende dat in het advies van de arts-adviseur wordt vermeld dat er een uitgebreide pathologie wordt beschreven, met onder andere vermelding van de ontsteking van de galblaas, waarvoor een opvolging aangewezen is gedurende een jaar, als ook coronaire athérosclérose, diabetes mellitus, mogelijk diabetische complicaties in de vorm van CVA, PTSD, artrose lumbaal kanaal, peritoneale briden, dit op basis van de medische attesten overgemaakt door verzoekers;

Dat echter deze medische aandoeningen worden geminimaliseerd en niet voldoende in aanmerking genomen, zoals blijkt uit dit "algemeen besluit" van de arts-adviseur;

Dat in het bijzonder wat betreft de coronaire athérosclérose en de PTSD de arts-adviseur vermeldt dat er wat betreft de coronaire athérosclérose geen gegevens zouden zijn van actieve opvolging of actuele problemen en wat betreft de PTSD dat er geen psychiatrische opvolging bewezen zou zijn maar dat de nood daaraan wordt vermeld;

Dat wat betreft de cardiologische problemen, er door de arts-adviseur wordt vermeld dat er onderzocht wordt of opvolging door een cardioloog eventueel mogelijk is, zonder dat er wordt rekening gehouden met deze hartproblemen, in combinatie met alle andere aandoeningen en ook de PTSD wat betreft de tegenindicatie tot reizen, waar rond op laconieke wijze wordt vermeld "een tegenindicatie tot reizen wordt niet weerhouden.";

Dat Dokter G. in dat gedetailleerd medisch attest vermeldt dat er een groot risico is van angst en een paniekaanval die gezien de staat waarin zijn hart zich bevindt tot een hartaanval kan leiden zodat de risico's voor verzoeker in geval van terugkeer naar het land van herkomst niet enkel bestaan uit een slechte behandeling met complicaties tot gevolg en zelfs overlijden, maar eveneens paniekcrisis bij de reis met een risico op een hartaanval (zie stuk 3 gehecht aan de aanvraag 9ter);

Dat de verzoekers in hun aanvraag 9ter ook uitdrukkelijk hebben vermeld als volgt:

"Dok/er G. bevestig/ in het gedetailleerd medisch attest dat hij een hartaanval riskeert in geval van verplichte terugkeer naar Georgië gelet op ^i/n globale medische en psychiatrische toestand, maar ook een slechte opvolging en slechte behandeling, mat complicaties en overlijden tot gevolg kan hebben (stuk 3)1';

Dat nog in de aanvraag 9ter er wordt gesteld: "Wanneer een terugkeer naar het land van herkomst of een repatriëring gezondheidsproblemen met zich kan meebrengen, dit omwille van psychiatrische of hartproblemen, dan is dit een medische tegenindicatie voor een terugreis naar het land van herkomst, gelet op het gezondheidsrisico en het risico voor de fysieke integriteit en het leven van de betrokken persoon, zodat de terugkeer op zich reeds een schending uitmaakt van het artikel 3 van het EVRM." (zie stuk 4, p.6);

Dat er vervolgens nogmaals wordt herhaald op pagina 7 van de aanvraag medische regularisatie:

"Zoals reeds hierboven uiteengezet onder punt III is er duidelijk sprake van medische tegenindicatie om te rei pen, omdat de terugkeer zelf of een repatriëring op zich al een risico inhoudt voor de fysieke integriteit en zelfs het overlijden tot gevolg kan hebben, omwille van de psychiatrische problematiek als ook de hartproblemen, gezien deze aandoening zelfs een hartaanval tot gevolg kunnen hebben met de dood mogelijks tot gevolg.

De terugkeer of repatriëring zelf is dus op zich at in strijd met artikel 3 van het EI RA I omwille van het risico voor het leven en de fysieke integriteit van mijn cliënt.;"

Dat in tegenstelling tot wat de arts-adviseur beweert er wel degelijk een opvolging is bewezen van de cardiologische problemen, omdat wordt bevestigd in alle medische attesten dat zowel opvolging door een psychiater, een diabetoloog als een cardioloog en ook een gastro-enteroloog noodzakelijk is, net zoals dit nu het geval is in België;

Dat het dus al een kennelijke appreciatiefout uitmaakt dat de arts-adviseur beweert dat er geen opvolging bewezen zou zijn van de coronaire athérosclérose en de cardiologische problematiek, gezien ook al in het verleden in 2013 en 2014 twee stents werden geplaatst en er een complicatie van tamponade is geweest na één ingreep;

Dat de arts- adviseur stelt dat er geen gegevens zouden zijn van actieve opvolging of actuele problemen, maar dat dit een kennelijke appreciatiefout uitmaakt, gezien duidelijk wordt bevestigd in de medische stukken die zijn neergelegd dat een opvolging door een cardioloog wel degelijk noodzakelijk is en dat gezien de cardiologische problematiek, in combinatie met alle andere medische aandoeningen, inclusief de PTSD er een risico is van een hartaanval, in het bijzonder bij de verplichting om terug te reizen naar het land van herkomst, gelet op de hoge graad van angst, de PTSD, waardoor er een hoog risico bestaat op een hartaanval (zie gedetailleerd medisch attest - stuk 3 aangehecht aan de aanvraag 9ter, P-5);

Dat in tegenstelling tot wat de arts-adviseur beweert er wel degelijk gegevens zijn van actieve opvolging door de opvolging van een cardioloog, maar ook door het nemen van medicatie, tegen angst, tegen hoge bloeddruk en cholesterol, als ook een antipsychodcum (dominai) en een slaapmiddel (zolpidem) dat hij neemt;

Dat gelet op de multiple medische problematiek de verzoeker wel degelijk op actieve wijze wordt opgevolgd door verschillende specialisten, alsook de huisdokter, wat is aangetoond door de talrijke medische attesten die zijn neergelegd, zodat bij de minste complicatie er kan worden ingegrepen door een aanpassing van de medicatie, eventuele andere onderzoeken enzovoorts;

Dat deze onzorgvuldigheid op zich en het niet in aanmerking nemen van deze vastgestelde noodzakelijkheid van medische behandeling en opvolging in het bijzonder wat betreft de cardiologische problematiek en de PTSD reeds een kennelijke appreciatiefout uitmaken en ook een kennelijk gebrek aan formele motivering in strijd met artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, maar ook in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, evenals een schending uitmaakt van het zorgvuldigheidsbeginsel;

Dat deze vaststelling nog meer wordt versterkt door de vaststelling dat de gemotiveerde tegenindicatie tot het reizen dat wordt bevestigd in het gedetailleerd medisch attest en uitgelegd in de aanvraag 9ter simpelweg van tafel wordt geveegd en dit op een niet gemotiveerde manier, nu deze tegenindicatie tot reizen vooral gebaseerd is op de cardiologische problematiek en de diagnose van PTSD, wat een ernstige impact kan hebben op de hartproblematiek in geval van terugreizen naar Georgië, met zelfs een risico op een hartaanval en het overlijden tot gevolg;

Dat als men de motivering van de bestreden bestreden beslissing vergelijkt met deze van de eerst genomen en later ingetrokken beslissing van tegenpartij van 4 januari 2021, men kan vaststellen dat hieromtrent bijkomend wordt gemotiveerd als volgt:

“In een attestatie van 2020 wordt vermeld dat er een tegenindicatie tot reizen is omwille van de mogelijkheid van de psychologische weerslag van een eventuele terugkeer en het mogelijks cardiologisch risico. In latere attesten wordt dit niet meer weerhouden. We kunnen ook vermelden dat een tegenindicatie tot reiden een momentopname kan zijn. Gezien er in latere attesten geen vermelding van deze tegenindicatie is wordt deze eerdere verklaring verder in het kader van de vermelde pathologie[.]”

Dat een dergelijke motivering eerst en vooral onbegrijpelijk is omdat deze eindigt met een niet vervulde zin ‘Gezien er in latere attesten geen vermelding van de tegenindicatie is wordt de eerdere verklaring verder in het kader van de vermelde pathologie

Dat hieruit al een gebrek aan zorgvuldigheid en een schending van de motiveringsplicht blijkt omdat de motivering niet eens volledige zinnen bevat, die niet worden afgemaakt op een wijze die begrijpelijk is voor de rechtsonderhorige aan wie ze wordt betekend en die moet trachten te achterhalen wat de motieven zijn geweest van tegenpartij om de tegenindicatie tot reizen niet te weerhouden;

Dat het niet conform een adequate materiële motivering is dat men motiveert met niet-afgemaakt zinnen die onbegrijpelijk zijn voor de rechtsonderhorige en dat daarom de doelstelling van een adequate, formele en materiële motivering niet is nageleefd en dat er minstens sprake is van een onzorgvuldige voorbereiding van de bestreden beslissing en onzorgvuldig onderzoek van het dossier;

Dat uit de voorgaande zinnen van die paragraaf waarvan de onvolledige, onafgemaakte halfzin het einde uitmaakt, kan worden afgeleid dat de arts-adviseur uitgaat van de laconieke veronderstelling dat de mogelijkheid om te reizen een momentopname kan (onder onderlijning) zijn, zonder te specificeren waarom hij van oordeel is dat dit ook in het geval van verzoeker zo zou zijn die lijdt aan chronische cardiologische en psychologische problemen;

Dat deze motivering dus niet kan worden beschouwd als een afdoende motivering om de medische tegenindicatie tot reizen zoals bevestigd in een medisch getuigschrift van tafel te vegen zonder meer en zonder meer individuele motivering omtrent de impact van de specifieke cardiologische en psychiatrische problematiek en de wisselwerking daarvan wat wel degelijk een medisch geattesteerde impact heeft op de mogelijkheid om te reizen;

Dat er kan worden ingezien dat voor sommige tijdelijke en acute medische problemen, gelet op deze momentopname, er sprake kan zijn van een tijdelijke tegenindicatie tot reizen, als er naderhand sprake is van herstel en genezing of na een acute fase waarna er soms een pathologie is die onder controle kan zijn op medische vlak maar een dergelijke speculatie die geen rekening houdt met de nog steeds actuele cardiologische en psychiatrische problematiek van verzoeker die chronisch is en dus geen momentopname uit 2020;

Dat een medisch geattesteerde tegenindicatie tot reizen vermeld op een gedetailleerd medisch attest die op geen enkele wijze wordt weerlegd op basis van objectieve en individuele medische gegevens, die specifiek moeten zijn aan de medische toestand van verzoeker;

Dat dit gedetailleerd medisch attest vermeldt dat de verzoeker een risico loopt op een hartaanval door de wisselwerking tussen de psychiatrische en hartproblemen bij een terugkeer of terugreis (stuk 3 gevoegd bij de aanvraag 9ter);

Dat het feit dat de later meegedeelde attesten en rapporten na een eerste gedetailleerd medisch attest als stuk 3 gevoegd bij de aanvraag geen medische tegenindicatie vermelden, niet betekent dat deze medische tegenindicatie tot reizen niet meer zou bestaan;

Dat geen enkel medisch attest meegedeeld door verzoeker na indienen van de initiële aanvraag naderhand zou vermelden dat er geen medische tegenindicatie meer zou bestaan om te reizen;

Dat het feit dat de later meegedeelde medische attesten niet spreken over een medische tegenindicatie om te reizen, niet automatisch impliceert dat deze zou verdwenen zijn of niet meer actueel zou zijn;

Dat het niet kan worden betwist dat verzoeker nog steeds medicatie nodig heeft om zijn cardiologische problemen onder controle te houden, nu dit ook wordt vermeld in het advies van de arts-adviseur en ook de beschikbaarheid en follow-up door een cardioloog wordt vermeld bij de motivering rond het onderzoek van de beschikbaarheid van de noodzakelijke medicatie en follow-up;

Dat verzoeker inderdaad nog bloedverdunders neemt, alsook medicatie tegen hoge bloeddruk en cholesterol, maar ook angstremmers, een antidepressivum en een slaapmiddel, ter behandeling en controle van zijn hartproblemen en psychiatrische problematiek;

Dat deze "actuele medicatie" wordt weerhouden op pagina 3 van het advies van de arts-adviseur wat op zich al aantoont dat deze cardiologische en psychiatrische problematiek nog steeds actueel is, temeer daar ook wordt gemotiveerd over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze medicatie en follow-up;

Dat de tegenpartij dan niet tegelijkertijd kan beweren dat een mogelijks cardiologisch risico niet zou kunnen worden weerhouden louter en alleen omdat er sinds de indiening van de aanvraag 9ter geen geactualiseerd gedetailleerd medisch attest meer werd neergelegd dat de eerdere tegenindicatie tot reizen herhaalt temeer daar niet wordt betwist dat de medicatie en follow-up niet is gewijzigd sindsdien;

Dat er bovendien moet worden op gewezen dat het SMG, wat als model wordt gebruikt door tegenpartij niet eens een rubriek bevat over een eventuele tegenindicatie tot reizen en dat deze wel degelijk wordt vermeld in een uitgebreider modelattest dat is opgemaakt door Medimmigrant en dat door verzoeker werd meegedeeld;

Dat daarnaast het ook van belang is vast te stellen dat met een mail van 26/10/2021 de arts-adviseur een schrijven richtte aan de raadvrouw van verzoekers waarbij werd meegedeeld dat de overgemaakte medische gegevens onvoldoende waren om hem toe te laten een volledig en objectief advies te verstrekken (zie administratief dossier);

Dat in bijlage van die mail een medisch attest werd gevoegd waarvan werd gevraagd dit volledig en leesbaar te laten invullen door de behandelende arts en dit binnen 4 weken terug te sturen;

Dat het gaat om een blanco SMG (dus opnieuw zonder vermelding van een vraag naar een eventuele medische tegenindicatie om te reizen) en daarnaast werden ook de volgende documenten gevraagd aan verzoeker:

*Actua in het kader van postoperatief verloop;
Nog nazorg nodig ?;*

Dat volgend op deze mail een ingevuld SMG werd teruggestuurd aan tegenpartij met een mail van 17 november 2021 waarbij ook rapporten werden toegevoegd van de specialisten, waarbij benadrukt werd dat er nog steeds een zeer nabije en intensieve follow-up nodig is, alsook nazorg en Dokter G. vermeldt in het SMG dat zij levenslang opvolging en behandeling nodig heeft van o.a. een cardioloog, psychiater en een diabetoloog (stuk 2);

Dat ook uit deze meegedeelde medische attesten in november 2020 blijkt dat er sprake is van chronische (levenslange) aandoeningen (ook op vlak van psychiatrie en cardiologie) zodat er geen

enkele medisch element de conclusie van de arts-adviseur bevestigt als zou er geen medische tegenindicatie meer zijn om te reizen;

Dat er bovendien niet uitdrukkelijk werd gevraagd om een geactualiseerd medisch advies omtrent de medische tegenindicatie om te reizen, waaromtrent geen rubriek is voorzien in het SMG maar desondanks Dokter G. in het SMG ingevuld op 3/11/2020 vermeldt dat er een risico is op een hartaanval en dat er nood is aan levenslange opvolging door een cardioloog door het risico op "insuffisance cardiaque";

Dat indien, ondanks al deze medische elementen die niet wijzen op het niet meer actueel zijn van de cardiologische en psychiatrische problemen, wel integendeel, de arts-adviseur zich onvoldoende geïnformeerd achtte over de medische tegenindicatie om te reizen, hij met zijn vraag om medische inlichtingen van 26 oktober 2021 of eventueel zelfs in een later stadium ook bijkomende medische elementen had kunnen vragen over de medische tegenindicatie om te reizen, wat hij niet gedaan heeft;

Dat hij dan ook niet ernstig kan gaan beweren dat er geen bewijs meer zou zijn van een actuele medische tegenindicatie om te reizen, ondanks de voorgelegde bewijzen van de chronische hartproblemen in combinatie met de psychiatrische problematiek, waarvoor levenslange behandeling nodig is door te gaan bewezen, zonder enige grond, dat een medische tegenindicatie om te reizen een momentopname zou zijn, quod non in het geval van verzoeker, wiens medische tegenindicatie om te reizen net veroorzaakt wordt door chronische aandoeningen die nog altijd actueel zijn;

Daarnaast verwijst de arts-adviseur naar publicaties die de algemene medische tegenindicaties tot reizen zouden vermelden en die de "vermelde pathologie" van verzoeker niet zouden vermelden als een tegenindicatie;

Dat echter er geen enkel afschrift wordt gevoegd van deze publicaties en de relevante passages of vindplaats van deze publicaties worden ook niet vermeld in de bestreden beslissing of het advies van de arts-adviseur;

Dat er dus onmogelijk kan worden nagegaan of de stelling van de arts-adviseur zou kloppen en overeenstemmen met deze publicatie en op welke wijze deze wetenschappelijk zou zijn onderbouwd;

Dat op vergelijkbare wijze er reeds werd geoordeeld omtrent de MedCOI-informatie waarop men zich baseert om de beschikbaarheid van zorgen aan te tonen dat het niet voldoende is enkel te verwijzen naar niet-publieke bronnen die niet kunnen worden geconsulteerd;

Dat de Raad van State al oordeelde:

« Considérant que si la motivation par référence d'un acte administratif peut être admise, c'est à la condition que le document auquel l'auteur de la décision en cause entend se référer existe effectivement et soit lui-même motivé formellement; » (RvS Braginsky, n° 223.713, 04.06.2013) ; « que la loi du 29 juillet 1991 n'interdit pas la motivation par référence; qu'il est satisfait à son prescrit lorsque l'avis auquel il est fait référence est joint, ou intégré dans l'acte administratif et que les avis auxquels il est référé soient eux-mêmes motivés; » (RvS, Dandrifosse, n° 223.440, 07.05.2013).

Verzoekers zijn bijgevolg niet in staat om, op het moment van de kennisgeving van de bestreden beslissing, een afdoende kennis te hebben van de motieven waarop de beslissing en het advies van de arts-adviseur stoelt:

"Bi/ de wet van 29 juli 1991 gewaarborgde recht van de adressant van de handeling, maar eveneens van elke belanghebbende derde, om onmiddellijk kennis te nemen van de motieven die de beslissing verantwoorden door de vermelding ervan in de handeling zelf Het recht op de uitdrukkelijke motivering maakt het mogelijk het jurisdictionele toezicht op de bestuurshandelingen met individuele draagwijdte en de inachtneming van het beginsel van de wapengelijkheid in het kader van het administratief contentieux te versterken.

De uitdrukkelijke motiveringsplicht, die de bestuurde in staat moet stellen te beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt, jou gijn doel voorbijschieten indien die bestuurde de motieven die de beslissing verantwoorden pas te weten kan komen nadat hij beroep heeft ingesteld. " (Grondwettelijk Hof arrest nr 74/2014 van 8 mei 2014 f

Dat met een arrest n° 246.984 van 6 februari 2020 de Raad van State heeft geoordeeld de enkele verwijzing naar niet-publieke bronnen, zonder bronvermelding zodat de verzoeker ze niet vrijelijk kan

consulteren en zonder dat de relevante passages worden opgenomen in de beslissing of het advies of zonder ze toe te voegen in bijlage van de bestreden beslissing, aan de betrokken bestuurde niet toelaat de bestreden beslissing te begrijpen, evenmin als de motivering en hem dus ook niet toelaat de pertinentie van de motieven te begrijpen en eventueel te betwisten ;

Dat een dergelijk procédé ook niet toelaat aan de Raad om haar opdracht van controle uit te voeren naar de correctheid en pertinentie van de motivering;

Dat de arts-adviseur de "AsMA / Aerospace Medical Association" vermeldt, wat een organisatie is die een website heeft als men die opzoekt via Google, maar een precieze link en evenmin een precieze titel van een wetenschappelijke studie wordt niet gegeven door tegenpartij (in de veronderstelling dat het gaat om een studie die vindbaar zou zijn op de website van die organisatie);

Dat de exacte titel en vindplaats en evenmin relevante passages van de desbetreffende wetenschappelijke studie niet worden vermeld door de arts-adviseur zodat er onmogelijk kan worden nagegaan hoe tegenpartij op basis van welke beweerde wetenschappelijke argumenten tot de conclusie zou kunnen komen dat de pathologiën van verzoeker geen medische tegenindicatie zouden kunnen zijn;

Dat de pertinentie en inhoud en wetenschappelijkheid van deze beweerde wetenschappelijke publicaties niet kunnen worden geverifieerd, nu de bron, de vindplaats en de relevante inhoud niet worden vermeld en evenmin worden deze gevoegd aan de bestreden beslissing;

Dat niet blijkt uit de bestreden beslissing of deze beweerde publicaties zouden zijn toegevoegd aan het administratief dossier maar indien wel, dan vermag dit uiteraard niet te verhelpen aan dit kennelijk gebrek aan formele motivering en ook materiële motivering (zoals reeds herhaaldelijk bevestigd door zowel de Raad van State in voormeld arrest maar ook Uw Raad in bv CCE 218.231 van 14 maart 2019);

Dat hetzelfde argument geldt voor de vermelde Masterproef T. GS V.D. (Ugent.be) waarbij enkel de website van de Universiteit Gent wordt vermeld, maar evenmin de titel, datum en vindplaats van deze Masterproef en ook niet de inhoud van de relevante geachte passages waarvan de inhoud en relevantie een mysterie blijft;

Dat bij het "googelen" van deze Masterproef deze wel kan worden teruggevonden maar dat al snel blijkt dat tegenpartij met talrijke elementen geen rekening heeft gehouden en niet kan volstaan door te verwijzen naar enkel een bijlage 3, p. 59 van die Masterproef;

Dat deze bijlage 3 namelijk al vermeldt ivm psychische problemen:

"Op neurologisch gebied betekenen ongecontroleerde epilepsieaanvallen (5, 45) of minder dan 24 u geleden doorn/aken van een grand-malepilepsie (5) tegenaanwijzingen om te reizen. Ernstige onvoorspelbare gedragingen of acute psychoses (5), aangevuld met agitatie en verwarring (51, 45) zijn dit eveneens. Angst voor vliegen, claustrofobie, andere specifieke fobieën en angsten bij onbekende situaties moeten steeds in acht genomen worden (31). Neurologische of psychi(atr)ische ziekten betekenen een nogal vage omschrijving die het reizen ontraadt (44). Tevens dient uiteraard rekening gehouden te worden met situaties die neuropsychiatrische symptomen kunnen bevorderen op reis (inname van nivaquine en zeker mefloquine en dergelijke!). Een adequate en tijdige voorbereiding van de reis en inachtnaam van eerder opgetreden bijwerkingen is belangrijk! 'Ground test the medication first' vat dit zeer goed samen (31). Reizen is mogelijk wanneer psychiatrische klachten stabiel zijn of vliegangst/fobie (bij minimaal % van de reizigers aanwezig!) niet-medicamenteus via ademhalingstherapie/ sessies of medicamenteus door kortwerkende tranquilizers en / of bètablokkers onder controle is en een vertrouweling/ kennis van de patiënt meereist (of volgens bron 46 zelfs twee begeleiders bij instabiele toestand, wat een vereiste is bij bepaalde luchtvaartmaatschappijen)(45,46). Uiteraard dienen patiënten met middelenmisbruik nuchter te zijn om ontwenningreacties te vermijden. Tevens kunnen personen die mentaal ogenschijnlijk normaal functioneren in de war raken in een vreemde, drukke omgeving of in duistere omstandigheden. Dit bijvoorbeeld bij vroege stadia van onder meer alzheimerdementie. Hier is grondige voorbereiding, uitgaan van een worstcasescenario en begeleiding door bekenden aan de orde alvorens te reizen (31). " (stuk 10);

Dat hieruit blijkt dat zowel angst voor vliegen alsook andere fobieën en angsten in aanmerking moeten worden genomen alsook psychiatrische klachten en dat deze dus een tegenindicatie kunnen zijn om te reizen;

Dat daarnaast ook meteen wordt bevestigd in de Masterproef zelf:

“Voor de volledigheid is nog de contra-indicatie ‘unlikely to survive flight’ te vermelden (5). I let is immers waar dat lijstjes niet alles zeggen en het gezonde verstand en medische redeneervermogen uiteindelijk de beslissing om al dan niet te reizen, moeten afwegen.” (stuk 10, pagina 64 van de Masterproef);

Dat ook de inleiding van de Masterproef duidelijk maakt dat de arts-adviseur niet enkel kan verwijzen naar een “lijstje” om dan simpelweg te stellen dat de “pathologie” geen medische tegenindicatie kan zijn om te reizen want de opzet van de Masterproef is het volgende te verschaffen:

“Een praktijkrichtlijn met verschillende stappen, aandachtspunten en ondersteunende voorwaarden werd opgesteld om reisadviesconsultaties voortaan go vlot mogelijk te laten plaatsvinden in de onderzoekspraktijk met toepassing van de meest recente richtlijnen. In een (of meerdere) vooraf door patiënt én arts voorbereide consultatie wordt via patient centered care, shared decision making en voortdurende terugkoppeling tussen patiënt en arts een gezamenlijk gezondheidsplan uitgewerkt dat optimale preventieve a driegen en betere gezondheidsperspectieven kan bieden voor de patiënt tijdens diens reis. ” (stuk 10, p. 2);

Dat het dus louter gaat om het geven van een richtlijn waarbij een gezamenlijk gezondheidsplan wordt uitgewerkt met voortdurende terugkoppeling tussen patiënt en arts met als doel betere gezondheidsperspectieven bieden aan de patiënt tijdens een eventuele reis;

Dat elke beoordeling van een patiënt dus op individuele basis moet gebeuren, rekening houdend met de verschillende pathologiën, waarbij zelfs al niet duidelijk blijkt uit het advies van de arts-adviseur of er rekening is gehouden met de wisselwerking tussen de hartproblemen van verzoeker en de psychiatrische problemen en de impact van zijn angsten waarvoor hij angstmedicatie krijgt, dit terwijl duidelijk uit een passage van de Masterproef blijkt dat specifieke angsten en fobiën steeds in acht moeten genomen worden ;

Dat dus duidelijk blijkt uit deze Masterproef dat een medische tegenindicatie tot reizen door hartproblemen in combinatie met psychiatrische problemen, en inzonderheid angsten waarvoor de verzoeker medicatie neemt, wel degelijk mogelijk is;

Dat de bestreden beslissing daarom een kennelijk gebrek aan adequate en afdoende materiële motivering vertoont, in strijd met artikelen 9ter en 62 van de Vw en zelfs een kennelijke appreciatiefout begaat alsook een kennelijk gebrek aan formele motivering vertoont;

Dat er minstens sprake is van schending van de zorgvuldigheidsplicht;

Het is duidelijk dat verwerende partij door zijn beslissing zodanig te motiveren deze motiveringsplicht geschonden heeft, evenals het zorgvuldigheidsbeginsel die aan de gemachtigde de verplichting oplegt om zijn beslissingen op zorgvuldige wijze te bereiden en te stoelen op een correcte feitenvinding. Een beslissing moet daarom steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

De bestreden beslissing heeft dus ook zorgvuldigheidsbeginsel geschonden als ook de verplichting tot materiële motivering door de bestreden beslissing niet te baseren op correcte feitenvinding en gelet op het feit dat de beslissing niet is gesteund op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken, door geen rekening te houden met de medisch geattesteerde tegenindicatie om te reizen.

2.2 TWEDE ONDERDEEL- BESCHIKBAARHEID

Verzoeker betoogt een schending van de motiveringsplichten omdat de motivering in verband met de “beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst” omtrent de opvang en de medicatie voor verzoeker niet afdoende is

Dat eerst en vooral wordt verwezen naar informatie afkomstig van een databank die niet publiek is, zodat de betrouwbaarheid van deze informatie niet kan worden geverifieerd, maar het is ook zo dat deze niet actueel is;

Dat alle info afkomstig is van een "local doctor", zodat één enkele arts, waarvan men de specialisatie niet kent evenmin als de bevoegdheid om te bevestigen dat deze medicatie en follow-up zomaar overal op het uitgebreide grondgebied van Georgië beschikbaar zou zijn;

Dat men in het ongewisse tast over de bronnen waarop deze ene lokale dokter zich heeft gebaseerd om te kunnen beweren dat al deze medicatie en medische behandeling in Georgië op het hele grondgebied en ten allen tijde beschikbaar zou zijn en ook op welke concrete wijze (via apotheek, welke ziekenhuizen, enz...);

Dat wat betreft de beschikbaarheid van de opvolging door een huisarts, kunnen we vaststellen dat het gaat om een verzoek dat werd gestuurd op 30 juni 2020 en dat het antwoord van de MedCOI databank dateert van 5 juli 2020, ongeveer anderhalf jaar geleden;

Dat dezelfde opmerkingen worden gemaakt over de data van alle informatie vermeld in het advies van de arts-adviseur, waarvan de oudste informatie zelfs teruggaat naar april 2019, bijvoorbeeld wanneer het gaat over de beschikbaarheid van psychofarmaca (psychiatrische antidepressiva) en ook voor psychiatrische angstremmers, waarbij de informatie dateert van 29 april 2019, wat bijna twee jaar oud is;

Dat de informatie in het administratief dossier betreffende de beschikbaarheid van de noodzakelijke medicijnen van verzoeker dus allesbehalve actueel is en er niet wordt aangetoond door de bestreden beslissing dat de noodzakelijke medicamenteuze behandeling voor zijn PTSD beschikbaar zou zijn in 2021 in Georgië;

Dat dezelfde conclusie geldt voor alle andere informatie die wordt geciteerd van de MedCOI database, gelet op de gedateerdheid van deze informatie die niet aantoonst dat deze op het moment van de bestreden beslissing beschikbaar zou zijn;

Dat bovendien wat betreft het medicijn Olmesartan/Amlodipine wordt bevestigd dat deze niet beschikbaar is en er wordt dan beweerd door de arts-adviseur dat een analoge combinatie zou zijn Candesartan, in plaats van Olmesartan, wat dan wel beschikbaar zou zijn;

Dat echter helemaal niet wordt gemotiveerd of aangetoond dat Candesartan wel degelijk een alternatief zou kunnen zijn voor Olmesartan, wat een loutere bewering blijft van de arts-adviseur;

Dat er een url-link wordt vermeld in het advies van de arts-adviseur met vermelding erboven "ter info sartenen", maar dit wordt niet nader gemotiveerd zodat helemaal niet kan worden ingezien op welke wijze dit zou ondersteunen dat Candesartan het medicijn genomen door verzoeker zou kunnen vervangen, namelijk Olmesartan;

Dat er niet zomaar kan worden verwacht dat van de arts-adviseur van de tegenpartij kan aannemen dat dit een mogelijk en voldoende efficiënt alternatief kan zijn voor verzoeker in plaats van Olmesartan, wat op geen enkele wijze wordt gemotiveerd en aangetoond;

Dat verzoeker evenmin als de Raad, die niet over medische specialisatie beschikt, niet kan nagaan of het effectief is aangetoond dat Candesartan een valabel en efficiënt alternatief kan zijn voor Olmesartan;

Dat daarom niet is aangetoond door de tegenpartij dat het medicijn Olmesartan of een valabel alternatief dat even efficiënt is beschikbaar is in Georgië, zodat de bestreden beslissing hierdoor een kennelijk gebrek aan formele en materiële motivering vertoont, en een schending uitmaakt van het zorgvuldigheidsbeginsel, zodat dit eveneens een schending uitmaakt van de artikelen 2 en 3 van de wet betreffende de formele motivering van bestuurshandelingen en de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet ;

De motivering van het advies van de arts-adviseur laat verzoeker ook niet toe te weten over welke soorten opvolgingen het gaat als deze zouden beschikbaar zijn in Georgië, bijvoorbeeld wanneer het gaat over opvolging door psychiater in het kader van PTSD, een huisdokter en cardioloog;

Dat daarnaast ook kan worden opgemerkt dat hoewel de arts-adviseur stelt dat de opvolging door een gastro-enteroloog zal worden onderzocht, dan moet er worden vastgesteld dat op geen enkele wijze de beschikbaarheid van opvolging door een gastro-enteroloog wordt vermeld in het kader van het onderzoek van beschikbaarheid van de medische behandelingen;

Dat op basis van de MedCOI database er wel wordt gezocht naar beschikbaarheid van opvolging door een huisdokter, cardioloog en psychiater, maar niet de opvolging door een gastro-enteroloog;

Dat dit een kennelijk gebrek aan formele motivering en ook materiële motivering is, wat opnieuw een schending uitmaakt van de hierboven aangegeven administratieve rechtsbeginselen en wetbepalingen;

Dat bijkomend er ook niet kan worden geoordeeld dat de beschikbaarheid van de psychiatrische antipsychotica die verzoeker nodig heeft zou zijn aangetoond in Georgië;

Dat verzoeker het medicijn Prothipendyl moet nemen, wat niet beschikbaar is in Georgië zoals wordt bevestigd door de MedCOI database, maar er wordt beweerd door de arts-adviseur dat een analoog medicijn Levomepromazine zou zijn;

Dat opnieuw op geen enkele wijze wordt aangetoond dat dit laatste medicijn een valabel alternatief zou zijn voor Prothipendyl, want het advies van de arts-adviseur vermeldt bovendien en dit wordt ook bevestigd door de medische attesten die zijn neergelegd dat Prothipendyl een psychiatrisch antipsychodcum is, terwijl in het advies zelf van de arts-adviseur wordt bevestigd door de informatie van MedCOI dat Levomepromazine een psychiatrisch anxioliticum is, wat toch een andere omschrijving is als een psychiatrisch antipsychoticum;

Dat het medicijn dat verzoeker neemt, Prothipendyl een psychiatrisch antipsychoticum is, terwijl de MedCOI database vermeldt dat het voorgesteld alternatief door de arts-adviseur, namelijk Levomepromazine een psychiatrisch anxioliticum zou zijn;

Dit is op zich al een eerste indicatie dat het niet gaat om een valabel alternatief en dat er op uitgebreidere wijze moet worden gemotiveerd en aangetoond waarom dit voorgesteld alternatief door de arts-adviseur als een alternatief kan worden beschouwd voor het medicijn dat moet worden genomen door verzoeker en dat niet beschikbaar is in Georgië, wat niet wordt aangetoond in het advies;

Dat het ook niet duidelijk is of de "local doctor" van wie deze info werd bekomen ook gespecialiseerd is om te oordelen dat het voorgesteld alternatief wel degelijk een adequaat alternatief kan zijn;

Dat dit opnieuw een kennelijk gebrek aan formele en materiële motivering uitmaakt, omdat niet kan worden begrepen door verzoeker en evenmin door de Raad die geen medische specialisatie hebben waarom dit een valabel alternatief kan zijn;

Dat wat betreft de pijnmedicatie, er wordt bevestigd door MedCOI dat Tramadol, wat wordt gezien als sterke medicatie niet beschikbaar is in Georgië en ook hier wordt door de arts-adviseur een alternatief voorgesteld, namelijk morfine in combinatie met paracetamol;

Dat opnieuw, door de vermelde url en de enkele oplistingen van verschillende medicijnen die behoren tot een groep van opioïden, helemaal niet is aangetoond dat morfine en paracetamol valabele alternatieven zouden kunnen zijn voor Tramadol, die specifiek voor verzoeker werd voorgeschreven;

Dat de bestreden beslissing ook omtrent dit punt op kennelijk gebrekkige wijze is gemotiveerd en niet toe laat vast te stellen dat deze pijnmedicatie afdoende is voor verzoeker en aangepast aan zijn specifieke medische toestand;

Deze motivering laat verzoeker niet toe te weten om welk soort opvolging het gaat, waar in Georgië zo'n opvolging zou bestaan en of het effectief gaat om passende zorgen en opvolging gaat.

De voorwaarden van een toegelaten motivering "par référence", ie door verwijzing naar andere stukken, zijn in huidig geval niet vervuld daar de inhoud van de MedCOI-documenten niet op een afdoende manier uiteengezet is in het advies van de arts-adviseur, en deze documenten niet tijdig ter kennis van verzoekende partij werden gebracht:

« Considérant que si la motivation par référence d'un acte administratif peut être admise, c'est à la condition que le document auquel l'auteur de la décision en cause entend se référer existe effectivement et soit lui-même motivé formellement; » (RvS Braginsky, n° 223.713,04.06.2013) ; « que la loi du 29 juillet 1991 n'interdit pas la motivation par référence; qu'il est satisfait à son prescrit lorsque l'avis auquel

il est fait référence est joint, ou intégré dans l'acte administratif et que les avis auxquels il est référé soient eux-mêmes motivés; » (RvS, Dandrifosse, n° 223.440, 07.05.2013).

Verzoekers zijn bijgevolg niet in staat om, op het moment van de kennisgeving van de bestreden beslissing, een afdoende kennis te hebben van de motieven waarop de beslissing stoelt:

“Bij de wet van 29 juli 1991 gewaarborgde recht van de adressaat van de handeling, maar eveneens van elke belanghebbende derde, om onmiddellijk kennis te nemen van de motieven die de beslissing verantwoorden door de vermelding ervan in de handeling zelf. Het recht op de uitdrukkelijke motivering maakt het mogelijk het jurisdictionele toezicht op de bestuurshandelingen met individuele draagwijdte en de inachtneming van het beginsel van de wapengelijkheid in het kader van het administratief contentieux te versterken.

De uitdrukkelijke motiveringsplicht, die de bestuurde in staat moet stellen te beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt, zou zijn doel voorbijschieten indien die bestuurde de motieven die de beslissing verantwoorden pas te weten kan komen nadat hij beroep heeft ingesteld.” (Grondwettelijk Hof, arrest nr 74/2014 van 8 mei 2014)”

Dat in casu de verzoekers niet in staat worden gesteld om duidelijk uit te maken of de noodzakelijke medicatie die aangepast is aan zijn specifieke situatie beschikbaar zou zijn in Georgië, omdat enerzijds de alternatieven die zijn voorgesteld door de arts-adviseur niet meer worden toegelicht en ook helemaal niet wordt uitgelegd of deze valabele alternatieven zijn, maar ook omdat de aangehaalde informatie uit MedCOI databank niet voldoende recent is;

Verwerende partij blijft dus in gebreke te bewijzen dat de nodige behandeling van verzoeker in Georgië beschikbaar zijn.

2.3 DERDE ONDERDEEL-TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORGEN EN OPVOLGING

Verzoekende partijen betogen dat verwerende partij artikel 9ter, zijn motiveringsplichten en de zorgvuldigheidsplicht heeft geschonden bij de evaluatie van de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst.

Verwerende partij stelt dat een verblijfstitel niet enkel kan worden afgegeven op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kunnen lopen en dat het er niet om gaat zich van te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat, daarbij een arrest aanhalend van het EHRM (EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah cons/Verenigd Koninkrijk, §111), waarin werd geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op artikel 3 EVRM en dat wanneer de bronnen waarover het beschikt een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moet worden gestaafd door andere bewijselementen;

Dat eerst en vooral moet worden opgemerkt dat de voorgaande beslissing van 4 januari 2021 die eerder werd ingetrokken (stuk 1) zich baseerde op informatie daterend van 2014 en dat in de huidige bestreden beslissing deze informatie van 2014 is geüpdatet, maar dat deze nog altijd maar dateert van 2019;

Dat in de voorgaande ingetrokken beslissing, op basis van informatie daterend van 2014, dus van zeven jaar geleden wordt beweerd door de arts-adviseur dat de gezondheidszorg, mede dankzij diverse overheidsprogramma's, voor iedereen toegankelijk zou zijn en dat de bedoeling is dat alle burgers, ook de armere bevolking toegang zou hebben tot een ziekteverzekering;

Dat ook in het voorgaande beroep al de opmerking kan worden gemaakt dat daarmee dus absoluut niet is aangetoond dat de ziekteverzekering ook effectief in concreto toegankelijk is voor iedereen, inclusief de arme bevolking, omdat enkel de bedoeling om deze toegankelijk te maken niet voldoende is;

Dat er wel wordt gesteld dat voor mensen die leven onder de armoedegrens de verzekering gratis zou zijn en dat voor mensen die niet in aanmerking komen voor een gratis ziekteverzekering of gratis behandeling, die zich kunnen aansluiten bij private verzekeringsmaatschappijen, waarbij ook wordt gewezen op het bestaan van programma's die er zouden voor zorgen dat de kosten van behandeling

van bepaalde ziektes gedekt zouden zijn, maar dat de effectieve werking van deze ziekteverzekeringen en de evaluatie van de werking ervan in de praktijk helemaal niet wordt onderzocht;

Dat nochtans conform de vaststaande rechtspraak van de RvV en de Raad van State de daadwerkelijke en effectieve toegankelijkheid van de gezondheidszorg moet worden nagegaan en dat men zich niet kan beperken tot de omschrijving van de theorie en het bestaan van programma's en het bestaan van verzekeringen, wat absoluut geen enkele indicatie geeft over de werking in de praktijk en over de effectieve toegankelijkheid van medische zorgen voor de bevolking;

Dat aldus de vermelding dat er een specifiek programma in Georgië zou bestaan voor diabetes dat de kostprijs van de insuline volledig zou dekken, informatie die dateert van 2013, daarom ook niet een afdoende motivering is die zou aantonen dat de volledige behandeling, opvolging en medicatie noodzakelijk voor diabetes ook toegankelijk zou zijn voor iedereen in Georgië;

Dat, in tegenstelling tot de beslissing genomen op 4 januari 2021 die werd ingetrokken en waar er enkel werd beweerd dat mensen die leven onder de armoedegrens gratis toegang hebben tot een ziekteverzekering, waarbij ook melding wordt gemaakt van privéverzekeringen en bepaalde medicijnen en behandelingen die worden gedekt (maar niet volledig), wordt nu gesteld in de bestreden beslissing dat er een universele ziekteverzekering zou zijn die voor alle burgers toegankelijk zou zijn en die zou voorzien in volledige of gedeeltelijke dekking van de kosten verbonden aan alle basis- of essentiële gezondheidsdiensten;

Dat er wordt verwezen naar een Country Fact Sheet van 2019 volgens hetwelk er meer in wordt gezet op hulp aan de miskwetsbaren en armen en dat de UUCP bijna alle inwoners zou dekken maar op een verschillend niveau naar gelang de leeftijd, inkomen, status en ziekte;

Dat ook de concrete financiële toegankelijkheid van de medische opvolging en behandeling helemaal niet op afdoende wijze wordt onderzocht door de arts-adviseur;

Dat op geen enkele individuele wijze wordt nagegaan of de universele ziekteverzekering toegankelijk zou zijn voor verzoekers, omdat de bestreden beslissing en het advies van de arts-adviseur zelf vermeldt dat de UI 1CP bijna alle inwoners dekt maar op een verschillend niveau naar gelang de leeftijd, inkomen, status en ziekte, zodat de tegenpartij had moeten nagaan op basis van hun status, ziekte, inkomen en leeftijd op welke wijze zij zouden zijn gedekt door de UUCP, zeker gelet op de neergelegde info door verzoekers die aantonen dat de financiële lasten van medische verzorging in Georgië een uiterst zware impact hebben op het budget van de gezinnen;

Dat al door de bestreden beslissing aldus te motiveren, de arts-adviseur helemaal nalaat om de inhoud te onderzoeken van de artikelen en de rapporten die zijn neergelegd door verzoeker in verband met de zorgen in Georgië, zoals de artikelen van WHO, Oxfam International, International SOS en van OSAR dat specifiek gaat over toegang tot medische zorgen, de concrete werking van de ziekteverzekering en ook de mogelijkheid om toegang te hebben tot een regelmatige psychiatrische opvolging en een psychotherapeutische behandeling (stuk 3);

Dat er ook rapporten worden gevoegd van het WHO en The European Observatory' on Health System and Policies en daarnaast ook nog twee recente krantenartikels worden neergelegd die omschrijven dat deregulering van de medische sector ertoe leidt dat veel Georgiërs worden geconfronteerd met medische fouten, geen vertrouwen hebben in de dokters en dat er zeer ernstige medische complicaties en gevolgen zijn ten gevolge van medische fouten;

Dat op deze concrete informatie die de werking van de verzekeringen en van de gezondheidszorg in Georgië nagaat helemaal niet wordt ingegaan door de arts-adviseur en er enkel op lacunaire wijze wordt verwezen naar het bestaan van overheidsprogramma's, ziekteverzekering en een specifiek programma voor diabetes, maar er helemaal niet wordt onderzocht of deze zorgen effectief zullen toegankelijk zijn voor verzoeker, dus zonder de financiële toegankelijkheid te onderzoeken;

Door zijn motivering tot deze elementen te beperken, en ponder verder de voorwaarden voor de inschrijving op de systemen van gezondheidszorg en de persoonlijke situatie van verzoeker (zijn leeftijd, bestaansmiddelen, sociale status, staat om te kunnen werken, staat in Georgië na 14 jaren in België...) te analyseren, motiveert de arts-adviseur zijn advies, en dus verwerende partij zijn beslissing, niet op een afdoende noch passende manier;

De motivering had nog andere elementen moeten onderzoeken, om vast te kunnen stellen dat verzoeker zonder probleem toegang kan krijgen tot de nodige zorgen in zijn herkomstland, zoals geografische factoren (op welke afstand van de plaats van behandeling bevindt zich zijn woonplaats? In welke staat zijn de vervoermiddelen en de wegen? ...), financiële factoren (hoe duur zijn de behandelingen?) en structurele factoren (wat zijn de voorwaarden voor de inschrijving op de systemen van gezondheidszorg? Hoe staan de beschikbare voorraden? ...);

Door dergelijke analyse niet te voeren schendt verwerende partij artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en zijn motiveringsplichten;

Dat bovendien in het advies van de arts-adviseur er zelfs geen melding wordt gemaakt van een rapport van ASYLOS dat werd gehecht aan de aanvraag 9ter en dat de beschikbaarheid van medicijnen onderzoekt (stuk 4 gehecht aan de aanvraag 9ter);

Dat een dergelijk gebrek aan onderzoek wel degelijk zeer belangrijk is omdat wordt vermeld in de aanvraag 9ter dat specifiek in dat rapport er een uitgebreid onderzoek is gedaan naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van bepaalde medicijnen, met inbegrip van medicijnen voor de behandeling van diabetes en cardiovasculaire ziekten, in zonderheid voor mensen die een coronagrafie hebben ondergaan en ook medicijnen om hartaanvallen en dergelijke meer te behandelen;

Dat de algemene conclusie van deze studie is dat indien deze medicijnen wel beschikbaar zijn in Georgië, de kost voor deze farmaceutische producten het grootste obstakel is voor toegang tot zorgen in Georgië en dat ondanks de universele ziekteverzekering die werd geïnstalleerd door de Georgische overheid, deze absoluut onafdoende is om een reële toegankelijkheid en een adequate toegang tot deze levensnoodzakelijke medicijnen te garanderen (zie stuk 4 gehecht aan de aanvraag 9ter, p.2-4);

Dat ASYLOS duidelijk bevestigt in dit rapport:

“Globalement, les soins pharmaceutiques en Géorgie sont extrêmement inefficaces, comme en témoignent le prix élevé des produits pharmaceutiques surplace et le niveau très élevé de dépenses par habitant en produits pharmaceutiques, ce qui peut être catastrophique pour les ménages. Eu 2015, 38% des dépenses de santé (3% du PIB) en Géorgie ont été engagées pour des médicaments (MoEHSA, 2018). L'accès aux médicaments a augmenté depuis 2010, mais ce sont notamment les résidents des zones urbaines qui ont ressenti l'amélioration. L'usage de produits pharmaceutiques génériques est faible, car ils ne suscitent pas la confiance des patients ni des professionnels, et les recommandations de coût-efficacité ne sont pas utilisées dans la plupart des branches de la médecine. L'absence de protocoles et de normes unifiés dans la plupart des domaines constitue un obstacle important à l'élaboration et à la mise en oeuvre de directives de rapport coût-efficacité (Tokhadze, 2016).

(...)

Les prix des produits pharmaceutiques en Géorgie sont vulnérables aux chocs économiques externes: 90% des médicaments sont importés. Par exemple, la dépréciation du lari géorgien en 2015 a provoqué une hausse drastique des prix des produits pharmaceutiques. Le coût relativement élevé des produits pharmaceutiques est un des problèmes majeurs de l'accès aux soins en Géorgie et représente une part importante - environ deux tiers des dépenses non prises en charge et 40% du total des dépenses de santé. ”

Dat rapport bevestigt dus dat de relatief hoge kost van medicijnen en farmaceutische producten één van de grootste problemen is betreffende de toegang tot zorgen in Georgië en dat deze kost ongeveer 2/3 uitmaakt van de uitgaven voor gezinnen die niet ten laste worden genomen door de Georgische overheid;

Dat er ook wordt op gewezen in de aanvraag 9ter dat verzoekers al vele jaren in België blijven, enkel sociale steun krijgen ten gevolge van beslissingen van arbeidsgerechten die de medische onmogelijkheid van terugkeer naar Georgië wel degelijk voor bewezen achten (zie stukken 6 en 9), zodat zij helemaal niet gefortuneerd zijn, onder de armoedegrens leven en daarom er wel degelijk grote financiële obstakels zijn om toegang te hebben tot farmaceutische en medische zorgen in Georgië, wat een enorme impact zal hebben op de toegankelijkheid van deze adequate zorgen;

Dat het onbetwistbaar is dat de verzoeker talrijke medicijnen moet nemen en dat deze zijn opgelijst in het advies van de arts-adviseur;

Dat het hierboven vernoemde rapport van ASYL -OS, dat absoluut niet wordt onderzocht door de arts adviseur, bevestigt dat de financiële obstakels en de kosten van medicijnen het grootste obstakel zijn voor de toegankelijkheid van de medische behandeling in Georgië, zodat dit aspect een zeer belangrijk element uitmaakt in de beoordeling van de concrete toegankelijkheid van de medische behandeling voor verzoeker en wat de arts-adviseur volledig nalaat te onderzoeken;

Dat de arts-adviseur stelt dat er geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid zou worden voorgelegd, wat in strijd is met de stukken van het administratief dossier, omdat wel degelijk wordt bevestigd door de arts dat het moeilijk is voor verzoeker om een normaal leven te leiden (met inbegrip het bekomen van een werk of een inkomsten), gelet op de polypathologie die chronisch is (zie gedetailleerd medisch attest ingevuld door Dokter G. op 21 augustus 2020: stuk 3 gehecht aan de aanvraag 9ter);

Dat deze conclusie van arbeidsongeschiktheid eens te meer wordt bevestigd door de erkenning van verzoeker als gehandicapte door de FOD Sociale Zekerheid met een beslissing van 11 januari 2021 (stuk 5), die niet is kunnen voorgelegd geworden aan DVZ, maar die toch het standpunt van verzoeker nog bijkomend bevestigt en versterkt, naast de hierboven aangehaalde argumenten;

Dat gelet op de ernstige hartproblematiek, de PTSD, de diabetes, de gastro-enterologische problemen en de veelvuldige medicijnen die hij moet nemen de huisdokter van verzoeker tot de conclusie is gekomen dat hij moeilijk een normaal leven kan leiden, inclusief de moeilijkheid om te werken en een inkomen te verwerven, wat compleet wordt genegeerd door de arts-adviseur, die op geen enkele onderbouwde wijze beweert dat verzoeker zou kunnen werken;

Dat de bestreden beslissing ook verwijst naar de echtgenote en meerderjarige zoon van verzoeker die ook financiële ondersteuning kunnen bieden, maar daarbij ook uitgaat van een pure hypothese dat zij zonder enig probleem zouden kunnen werken in Georgië na meer dan 14 jaar afwezigheid, waarbij zij hun netwerk volledig zijn verloren in hun land van herkomst;

Dat ook helemaal niet wordt rekening gehouden met de individuele gezinssituatie van verzoekers, nu het aangetoond is dat verzoeker talrijke medische zorgen nodig heeft en ook naar talrijke medische afspraken moet gaan, zodat dit ook de mogelijkheid voor verzoekster en hun zoon om te werken ook impacteert;

Dat er geen sprake is van een individuele motivering, maar van een stereotype motivering die uitgaat van pure hypothesen;

Dat ook in de rapporten neergelegd door verzoekers er wordt gewezen op het feit dat veel mensen in armoede leven in Georgië;

Dat ook op geen enkele concrete wijze wordt onderzocht op welke wijze de echtgenote van verzoeker of de zoon zouden kunnen werken in Georgië, gelet op hun lange afwezigheid uit Georgië en dit wordt dus op geen enkele wijze op concrete manier onderzocht;

Dat het niet voldoende is om een pure hypothese voorop te stellen dat de echtgenote van verzoeker en de meerderjarige zoon zouden kunnen werken en financiële ondersteuning zouden kunnen bieden;

Dat er daarnaast helemaal niet wordt ingegaan op de talrijke informatie neergelegd door verzoekers en die wijzen op de ineffectiviteit van de programma's die de Georgische overheid heeft ingesteld in het kader van gezondheidszorg, die zelfs de toegankelijkheid van de gezondheidszorgen voor de arme bevolking totaal niet heeft verbeterd;

Dat de motivering in het advies waarin wordt gesteld dat de artikels die zijn neergelegd door verzoekers van algemene aard zouden zijn en niet zouden aantonen dat de specifieke medische hulp en zorgen die verzoeker nodig heeft niet toegankelijk zouden zijn, absoluut niet afdoende is en dienstig is, omdat duidelijk blijkt uit de neergelegde rapporten dat hierin wordt uiteengezet dat de financiële en concrete toegankelijkheid tot een medische behandeling in Georgië als ook de enorme inferieure kwaliteit van de zorgen wordt aangetoond;

Dat de verwerende partij zich verbergt achter zeer algemene en uiterst vage vaststellingen, die er zich toe beperken vast te stellen dat er diverse overheidsprogramma's zouden zijn alsook ziekteverzekering, zodat duidelijk is dat in het onderzoek van de toegankelijkheid van de medische zorgen het de verwerende partij is die zich beperkt tot zeer algemene informatie, met geen enkel onderzoek naar de concrete werking in de praktijk en de concrete toegankelijkheid van de zorgen, in tegenstelling tot wat wordt uiteengezet in de vele rapporten neergelegd door verzoeker;

Dat de vermelding dat verzoeker beroep kan doen op de Internationale Organisatie voor Migratie om de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis ook niet dienstig is;

Dat de toekenning van een premie van 700,- of 1.100,- euro aan Georgiërs in geval ze speciale zorgen nodig hebben en het opmaken van een medisch plan om na te gaan wat de mogelijke behandeling kost ook niet toelaat de conclusie te trekken of er specifieke steun of ten laste name van deze medische zorgen ook zal worden toegekend;

Dat de IOM enkel een medisch plan opstelt en na gaat wat de mogelijke behandeling zal kosten, zodat er helemaal niet wordt uitgelegd door de tegenpartij in welke mate de verzoeker zelf medische kosten ten laste zal moeten nemen en in welke mate de Georgische overheid tussen zal komen;

Dat dit bezwaarlijk kan worden beschouwd als een voldoende onderzoek naar de concrete toegankelijkheid van de nodige medische behandeling;

Dat in tegenstelling tot deze zeer lacunaire motivering en oppervlakkige onderzoek door de tegenpartij in de aanvraag tot machtiging tot verblijf verschillende rapporten werden aangehaald die duidelijk aantonen dat de financiële obstakels en de toegang tot medische zorgen die beantwoorden aan bepaalde standaarden van kwaliteit zeer problematisch is;

Dat bovendien de arts-adviseur verwijst naar een Country Fact Sheet van IOM van 2019, die zelf vermeldt dat vele medische kosten en vooral de medicijnen niet ten laste worden genomen in het UHC-programma en ook niet door andere verzekeringen (stuk 11: Country Fact Sheet Georgia, IOM, p. 3-4);

Dat ook deze bron, zelf geciteerd door de tegenpartij bevestigt dat het merendeel van de medicijnen niet zijn gedekt door de staatsprogramma's en dat de patiënten deze kosten helemaal zelf moeten dragen (stuk 11, op. cit., p. 4);

Dat ook al wordt vermeld door dit rapport dat de behandeling van diabetes wel zou zijn gedekt, dan zegt dit helemaal niets over de andere medische kosten en medische behandeling en follow-up die nodig is voor verzoeker, die lijdt aan vele andere pathologieën, zoals hierboven uiteengezet, zoals zijn hartproblemen, psychiatrische problemen, de nood aan psychotherapie, opvolging door gastro-enteroloog en endocrinoloog;

Dat voor wat betreft de toegang tot de psychiatrische follow-up en psychotherapie, de arts-adviseur beweert dat er geen grote obstakels zouden zijn voor consultatie van psychiaters en psychologen, waarbij melding wordt gemaakt van een "Global Initiative on Psychiatry-Tbilisi (GIP-T)", en dan wordt er ook beweerd dat al deze mogelijkheden en behandelingen gratis zouden zijn en betaald door de overheid, met verwijzing naar de Country Fact Sheet, Access to Healthcare: Georgia van de IOM op pagina's 46-47;

Maar er moet worden vastgesteld dat dit rapport maar 18 pagina's stelt en dat het dus onduidelijk is waar de arts-adviseur naar verwijst;

Dat het enige wat wordt gezegd in dit rapport over patiënten met mentale gezondheidsproblemen, vermeld staat op pagina 11, waar melding wordt gemaakt van "assistance for vulnerable persons", met inbegrip van deze die mentale gezondheidsproblemen hebben, maar zonder dat hierover verder in detail wordt gegaan wat de voorwaarden zijn voor de toegang tot dit programma en waaruit deze bijstand en steun precies bestaat;

Dat daarnaast wordt verwezen naar de "Belgian desk of accessibility", maar dit is eveneens een niet-publieke bron, die niet kan worden teruggevonden op Internet en men tast dus ook wat deze bron betreft in uiterst op welke wijze de arts-adviseur zich kan baseren op dergelijke informatie, die niet volledig consulteerbaar is voor de verzoekers;

Dat eens te meer, er moet worden vastgesteld dat er wordt verwezen naar een niet-publieke bron, waarvan de relevante passages niet worden geciteerd in de bestreden beslissing en dat deze informatie niet in bijlage aan de bestreden beslissing werd toegevoegd en er geen enkele indicatie wordt gegeven over de vindplaats van deze informatie, zodat verzoekers deze eventueel zouden kunnen consulteren voor een verzoekschrift in te dienen om te kunnen nagaan wat de inhoud ervan is om deze eventueel op nuttige wijze te kunnen betwisten;

Dat dit weer een schending uitmaakt van het zorgvuldigheidsbeginsel en een kennelijk gebrek aan formele en materiële motivering uitmaakt;

Dat de verzoekers daarom niet de toegang vragen tot medische zorgen die hetzelfde niveau van kwaliteit hebben als in België, maar het gaat om een minimumstandaard van kwaliteit, wat in Georgië beneden alle peil is;

Dat de meeste ziekenhuizen in Georgië lijden onder gebrek aan financiering en dat er een gebrek is aan medisch en verplegend personeel als ook medicijnen en materiaal;

Dat deze problemen als volgt worden omschreven in de aanvraag 9ter:

“Aldus werd er door ASYLOS een uitgebreid onderzoek gedaan naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van bepaalde medicijnen, met inbegrip van medicijnen voor de behandeling van diabetes en cardiovasculaire ziekten, inzonderheid voor mensen die een coronagrafie hebben ondergaan en ook medicijnen om hartaanvallen en dergelijke meer te behandelen (stuk 4).

De algemene conclusie van deze studie, die ook onder anderen naging wat de beschikbaarheid en toegankelijkheid is van o.a. Oxazepam, Acétylsalicylique acide, Hemifumarate Bisoprolol en Atorvastatine, wat allemaal medicijnen zijn die noodzakelijk zij¹ voor een adequate behandeling van hartproblemen en ook om het risico op mortaliteit bij cardiovasculaire risico's te verminderen.

Het rapport van AS VLOS' bevestigt dat al deze medicijnen wel beschikbaar zijn in Georgië, maar dat de kost van deze farmaceutische producten het grootste obstakel is voor toegang tot Z9r2en 1,1 Georgië en ondanks de universele Ziekteverzekering die werd geïnstalleerd door de Georgische overheid, deze absoluut onafdoende is om een reële toegankelijkheid en een adequate toegang tot deze levensnoodzakelijke medicijnen te garanderen (stuk 4, ASYLOS, “Géorgie: Disponibilité de médicaments”, Asylos, oktober 2018. p.2-4).

Dat ASYLOS bevestigt duidelijk in dit verslag: “Globalement, les soins pharmaceutiques en Géorgie sont extrêmement inefficaces, comme en témoignent le prix élevé des produits pharmaceutiques sur place et le niveau très élevé de dépenses par habitant en produits pharmaceutiques, ce qui peut être catastrophique pour les ménages. En 2015, 38% des dépenses de santé (3% du PIB) en Géorgie ont été engagées pour des médicaments (MoLHSA, 2018). L'accès aux médicaments a augmenté depuis 2010, mais ce sont notamment les résidents des zones urbaines qui ont ressenti l'amélioration. L'usage de produits pharmaceutiques génériques est faible, car ils ne suscitent pas la confiance des patients ni des professionnels, et les recommandations de coût-efficacité ne sont pas utilisées dans la plupart des branches de la médecine. L'absence de protocoles et de normes unifiés dans la plupart des domaines constitue un obstacle important à l'élaboration et à la mise en oeuvre de directives de rapport coût-efficacité (Tokhadze, 2016).

(...)

Les prix des produits pharmaceutiques en Géorgie sont vulnérables aux chocs économiques externes: 90% des médicaments sont importés. Par exemple, la dépréciation du lari géorgien en 2015 a provoqué une hausse drastique des prix des produits pharmaceutiques. Le coût relativement élevé des produits pharmaceutiques est un des problèmes majeurs de l'accès aux soins en Géorgie et représente une part importante - environ deux tiers des dépenses non prises en charge et 40% du total des dépenses de santé. ” (stuk 4, op. cit., p.7-8).

Mijn cliënten die al sinds vele jaren in België verblijven en die enkel sociale steun krijgen die werd toegekend als gevolg van de beslissingen van de arbeidsgerechten omwille van de medische onmogelijkheid van terugkeer die werd vastgesteld door deze instanties (zie de beslissingen reeds neergelegd in de vorige aanvragen 9ter), zodat mijn cliënten helemaal niet gefortuneerd zijn en onder de

armoedegrens leven, zodat het financieel obstakel om toegang te hebben tot farmaceutische en medische zorgen in geval van terugkeer naar hun land van herkomst een enorm probleem zal zijn op het vlak van toegankelijkheid tot de adequate zorgen voor mijn cliënt, die verschillende medische aandoeningen vertoont en die talrijke medicijnen moet nemen, zoals opgelijst door dokter G. (stuk 5).

De meerderheid van deze medicijnen zijn beschikbaar; maar dus absoluut niet toegankelijk op financiële wijze.

Het is van constante rechtspraak van de RVV dat de concrete toegankelijkheid en dus eveneens de financiële toegankelijkheid moet worden geverifieerd in het kader van een aanvraag 9ter en in dit kader is het evident dat gelet op de hoeveelheid van de medicijnen die mijn cliënt moet nemen, het een enorme kost ja/ vormen die onoverbrugbaar is voor het gezin in geval van terugkeer naar Georgië.

Bovendien moet de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de chirurgische interventie die noodzakelijk is worden geverifieerd, gelet op de bijkomende medische aandoening die werd vastgesteld in juli 2020.

De financiële toegankelijkheid en mogelijkheid om deze te dragen moet ook worden geverifieerd om zeer te van verzekeren dat Meneer M. wel degelijk deze chirurgische ingreep kan ondergaan en dat de kostprijs ervan niet te hoog is, wat het grootste probleem is voor toegankelijkheid voor medische zorgen in Georgië, zoals hierboven al bevestigd.

Gelet op het feit dat er duidelijk is aangetoond dat de medische zorgen en de medicijnen waarbij toegang moet toch hebben niet financieel toegankelijk zullen zijn moet er eveneens worden gevreesd dat deze bijkomende medische behandeling, namelijk deze chirurgische ingreep ook niet financieel toegankelijk zal zijn voor mijn cliënt.

Naast deze problemen omtrent de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nieuwe medische behandeling die mijn cliënt nodig heeft, werd reeds gewezen op andere informatie die de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de andere medische problemen onderstrepen.

Uit een recent rapport van IF7-/0 kan men lezen dat drie cardiovasculaire ziektes de voornamelijk oorzaak zijn van dood in Georgië en dat de cijfers maar blijven toenemen. Hetzelfde wordt vastgesteld voor diabetes (stuk 9):

'Three cardiovascular diseases are the leading causes of death in Georgia: ischaemic heart disease, cerebrovascular disease and hypertensive heart disease (Table 2). A cause of particular concern is the increase in mortality from hypertensive heart disease: increasing by 146% between 2005 and 2015. Diabetes increased by 66% as a cause of death from 2005 to 2015. '

Vrije vertaling: Drie cardiovasculaire ziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaken in Georgië: ischemische hartziekte, cerebrovasculaire ziekte en hypertensieve hartziekte (tabel 2). Een reden tot bijzondere zorg is de toename van sterfte door hypertensieve hartaandoeningen: tussen 2005 en 2015 met 146% toegenomen. Diabetes nam met 66% toe als doodsoorzaak van 2005 tot 2015.

Het zijn twee aandoeningen waaraan verzoeker lijdt en die dus hem in een kwetsbare groep plaatsen in geval van terugkeer naar Georgië.

Uit rapporten en artikels kan men zeggen dat:

'D'une manière générale, la qualité des soins médicaux publics en Géorgie est inférieure aux normes appropriées. La plupart des hôpitaux de Géorgie sont gérés par l'Etat et rencontrent des problèmes de ressources tels que des pénuries de personnel infirmier et médical, de médicaments et de matériel (...) Les médicaments (en particulier ceux sur ordonnance), les aiguilles stériles et le matériel jetable sont rares. Lorsqu'ils sont disponibles, ils peuvent coûter très cher. '

Vrije vertaling: Over het algemeen is de kwaliteit van de openbare medische zorg in Georgië onder de juiste normen.

De meeste ziekenhuizen in Georgië worden door de staat gerund en hebben te maken met grondstofproblemen, zoals een tekort aan verplegend personeel en medisch personeel, medicijnen en apparatuur (...) Medicijnen (vooral op recept), steriele naalden en wegwerpapparatuur zijn zeldzaam. Wanneer ze beschikbaar zijn, kunnen ze erg duur zijn (stuk 8)

"La pauvreté reste le principal facteur de risque de problèmes de santé en Géorgie. Les taux de mortalité néonatale et infantile ont chuté au cours de ces dernières années, mais ils sont encore élevés, ce qui indique de graves insuffisances dans le système de santé maternelle. Les maladies transmissibles comme la tuberculose (TB) sont à la hausse, la prévalence de l'hépatite B et de l'hépatite G a augmenté de façon spectaculaire, tout comme le nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST). Ces chiffres ont été obstrués alors même que les dépenses publiques destinées à la prévention et au traitement de ces maladies ont fortement baissé. Un taux élevé de mortalité néonatale révèle principalement l'échec du système de santé maternelle et met en relief la nécessité d'améliorer rapidement l'organisation, l'utilisation des services et la qualité des services de maternité.

Bien que les soins de santé primaires (SSP) soient censés être gratuits pour les personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, beaucoup doivent tout de même payer pour être soignées par un médecin. L'une des principales raisons de cet état de fait est que le personnel médical est mal payé, de sorte qu'il dépend des paiements des patients pour compléter son salaire. Par ailleurs, le programme de SSP de l'Etat ne couvre pas les diagnostics complexes ni les médicaments. En conséquence, de nombreuses personnes n'ont pas les moyens de se faire soigner lorsqu'elles sont malades.

Un certain nombre d'autres obstacles entravent les soins de santé. La qualité des services de santé reste médiocre et les installations et l'équipement sont de qualité inférieure, car l'investissement dans la rénovation et l'entretien est insuffisant. Les populations rurales ont du mal à accéder aux services et la disponibilité et le coût des médicaments constituent un facteur sensible.

Le taux de fréquentation des services de santé a accusé une chute spectaculaire ces dernières années, en particulier parmi les groupes les plus pauvres. Un programme public de santé destiné aux personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté a un peu contribué à améliorer l'accès des personnes pauvres aux soins de santé, mais il existe encore une très grande inégalité sur le plan de l'accès entre les zones urbaines et rurales et entre les différents groupes sociaux. "

Vrije vertaling: Armoede blijft de belangrijkste risicofactor voor gezondheidsproblemen in Georgië. De neonatale en kindersterftecijfers -pijn de afgelopen jaren gedaald, maar ze zijn nog steeds hoog, wat wijst op ernstige tekortkomingen in de maternale gezondheidszorg. Overdraagbare ziekten zoals tuberculose (tbc) nemen toe. De prevalentie van hepatitis B en hepatitis C is dramatisch toegenomen, evenals het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). Deze cijfers zijn waargenomen, ook al zijn de overheidsuitgaven voor de preventie en behandeling van deze ziekten sterk gedaald. Een hoge mate van neonatale sterfte laat vooral het falen zien van het gezondheidssysteem voor moeders en benadrukt de noodzaak om de organisatie, het gebruik van diensten en de kwaliteit van kraamdiensten snel te verbeteren.

Hoewel de eerstelijnsgezondheidszorg (PNC) gratis moet zijn voor mensen die onder de armoedegrens leven, moeten velen nog betalen voor behandeling door een arts. Een van de belangrijkste redenen voor deze stand van zaken is dat medisch personeel slecht wordt betaald, dus het hangt af van de betalingen van de patiënt om zijn salaris aan te vullen. Bovendien dekt het PHC-programma van de staat geen complexe diagnoses of geneesmiddelen. Als gevolg hiervan kunnen veel mensen zich geen behandeling veroorloven als ze ziek zijn.

Een aantal andere belemmeringen vormen een belemmering voor de gezondheidszorg. De kwaliteit van de gezondheidsdienst/en blijft slecht en faciliteiten en apparatuur zijn van inferieure kwaliteit, omdat investeringen in renovatie en onderhoud onvoldoende zijn. Plattelandsgemeenschappen hebben moeite om toegang te krijgen tot diensten en de beschikbaarheid en kosten van geneesmiddelen zijn een belangrijke factor.

De aanwezigheidsgraad van gezondheidsdienst/en is de afgelopen jaren dramatisch gedaald, vooral onder de armste groepen. Een volksgezondheidsprogramma voor mensen die onder de armoedegrens leven, heeft enigszins bijgedragen aan het verbeteren van de toegang van arme mensen tot gezondheidszorg maar er is nog steeds sprake van aanzienlijke ongelijkheid wat betreft de toegang tussen gebieden stedelijke en landelijke gebieden en tussen verschillende sociale groepen, (stuk 11)

'As a whole, the myriad providers and actors involved have an impressive range of knowledge, skills and capacity to deliver primary health care services. However, their responsibilities are not clearly defined, resulting in inefficiency, lack of accountability for outcomes and critical gaps in services delivery. The existence of parallel health services programmes creates the need for coordination and a large administration that leads to inefficiency.

During a visit to Sartichala Rural Ambulatory Centre, it was observed that rural doctors are carrying out chronic disease management activities, capitalizing on their familiarity with their catchment population and their living conditions (Box 1). Investing in improving the capacity of rural doctors by, for example, training them in delivering proactive noncommunicable disease interventions such as risk stratification and individual services for patients at risk of chronic diseases could prove effective in helping close the service delivery gap for noncommunicable diseases. "

Vrije vertaling: Over het geheel genomen hebben de talloze betrokken leveranciers en actoren een indrukwekkend scala aan kennis, vaardigheden en capaciteit om eerstelijnsgezondheidszorg te verlenen. Hun verantwoordelijkheden zijn echter niet duidelijk gedefinieerd, resulterend in inefficiëntie, gebrek aan verantwoordelijkheid voor resultaten en kritieke hiaten in de dienstverlening. Het bestaan van parallelle gezondheidsprogramma's zorgt voor de behoefte aan coördinatie en een groot bestuur dat tot inefficiëntie leidt.

Tijdens een bezoek aan het "Landelijk Ambulant Centrum van Sartichala werd geconstateerd dat landelijke artsen activiteiten op het gebied van chronisch ziektebeheer uitvoeren, voortvloeiend uit hun bekendheid met hun stroomgebieden en hun leefomstandigheden (Box 1). Investeren in het verbeteren van de capaciteit van landelijke artsen door ze bijvoorbeeld te trainen in het leveren van proactieve niet-communicerbare ziektebeheermaatregelen, zoals risicofructificatie en individuele diensten voor patiënten met een risico op chronische ziekten, zou kunnen helpen om de servicekloof voor niet-overdraagbare ziekten te dichten, (stuk 9)

'The fourth in a series of publications providing in-depth analysis of health status in Member States was launched on 26 October 2017. The report, focusing on Georgia, reveals a health situation that has improved significantly in the last decade but still presents considerable challenges (...) Despite the progress made on a number of indicators, some challenges remain in the areas of communicable and noncommunicable disease, well-being and the social determinants of health, particularly the Gini coefficient and unemployment.

(...)

Despite these actions, Georgia faces significant challenges related to the sustainability of its programmes and the health of its population. Maternal and infant mortality, cancer, cardiovascular diseases and the high rate of tobacco smoking among males all pose threats to health and well-being in the country. Premature mortality has been reduced in the past 20 years, but is still higher than the average for the Region.

Dr Stein, commended the publication: "This report shows that the hard work of the Ministry of Health, the public health authorities and health workers in Georgia is paying off and there have been significant improvements. Of course, there is still much work to be done, but seeking to better understand the present, through a report like this, is a recipe for success in the future

Vrije vertaling: De vierde van een reeks publicaties die een diepgaande analyse van de gezondheidstoestand in de lidstaten bevat, is op 26 oktober 2017 van start gegaan. Het rapport, dat zich op Georgië richt, laat een gezondheidssituatie zien die in het afgelopen decennium aanzienlijk is verbeterd, maar nog steeds aanzienlijke uitdagingen inhoudt (...) Ondanks de vooruitgang die is geboekt op een aantal indicatoren, blijven er enkele uitdagingen bestaan op het gebied van overdraagbare en niet-overdraagbare ziekten, welzijn en de sociale determinanten van gezondheid, met name de Gini- coëfficiënt en werkloosheid. (...)

Ondanks deze acties staat Georgië voor grote uitdagingen met betrekking tot de duurzaamheid van zijn programma's en de gezondheid van zijn bevolking. Moedersterfte en kindersterfte, kanker, hart- en vaatziekten en het hoge aantal rokers van tabak vormen een bedreiging voor de gezondheid en het welzijn van het land. De voortijdige sterfte is de afgelopen 20 jaar teruggelopen, maar is nog steeds hoger dan het gemiddelde voor de regio.

Dr. Stein, prees de publicatie: "Dit rapport laat zien dat het harde werk van het ministerie van Volksgezondheid, de volksgezondheidsautoriteiten en gezondheidswerkers in Georgië zijn vruchten afwerpt en dat er aanzienlijke verbeteringen zijn opgetreden. Natuurlijk moet er nog veel werk worden verzet gedaan, maar proberen om het heden beter te begrijpen, door middel van een rapport als dit, is een recept voor succes in de toekomst, (stuk 12)

De kwaliteit van de zorgen in Georgië is niet verzekerd:

“Georgia has several mechanisms in place and innovative practices for improving the quality of care, in particular the inputs, processes, and outputs of care. Overall, these efforts face constraints in being applied systematically and lack cycles of feedback loops, follow-up or time-based elements for regular updating. This report draws on important regulatory advances on facility licensing and permits and minimum quality and safety requirements established, predominantly during the past five years.

Vrije vertaling: Georgië beschikt over verschillende mechanismen en innovatieve methoden om de kwaliteit van de Zorg te verbeteren, met name de inputs, processen en outputs van Zorg. Al met al hebben de geïnspanningen te kampen met beperkingen bij de systematische toepassing ervan en ontbreken cycli van feedbacklussen, follow-up of op tijd gebaseerde elementen voor regelmatige updates. Dit rapport maakt gebruik van belangrijke regelgevingsvooruitgang op het gebied van vergunningen en vergunningen voor installaties en minimale minimum- en veiligheidseisen, voornamelijk gedurende de afgelopen vijf jaar” (stuk 9) ”

Dat vervolgens er nog een bijkomend schrijven werd overgemaakt aan de tegenpartij op 30 september 2020 waar nog bijkomende rapporten werden overgemaakt en er ook werd gewezen op het feit dat de verzoekers niet de mogelijkheid zullen hebben om te werken in Georgië en dat zij enkel over een pensioen zullen beschikken van 60,- euro per maand, wat voor hen het onmogelijk zal maken om te overleven en gelet op de extra enorme kosten die de medische behandeling van verzoeker met zich mee zal brengen (stuk 3);

Dat ook in dit schrijven de verzoekers als volgt hebben gesteld:

“Mijn cliënten vragen dus niet dat de totaliteit van de medische Zorgen gratis zou zijn, maar, want dit is ook niet het geval in België, in Georgië is de situatie geer catastrofaal voor mensen die zich in een moeilijke financiële situatie bevinden en het leidt zelfs tot complete verpauperisering omwille van de enorme medische kosten, wat in België helemaal niet het geval is.”;

Dat wat betreft de concrete werking van de ziekteverzekering en het effect daarvan op de toegang tot gezondheidszorgen voor de bevolking in Georgië in het algemeen, er in dit bijkomend schrijven als volgt werd uiteengezet:

“Alle rapporten in bijlage bevestigen eveneens dat de toegang tot de medische zorgen in Georgië extreem problematisch is en dit o en wille van de enorme financiële obstakels.

Aldus bevestigt het rapport van Asylas dat het UHCP de toegang tot gezondheidszorgen heeft verbeterd, maar dat dit geen significatieve impact heeft gehad op het niveau van betalingen die wordt vereist van de patiënten en dat deze nog steeds een ernstige bedreiging vormen en een risico op verarming betekenen voor de personen met lage inkomsten (zie stuk 3, Rapport Asylas, p. 5-6).

Zelfs na het invoeren van het UHCP is de verhouding van de gezinnen die catastrofale uitgaven moeten doen op vlak van gezondheid zelfs verhoogd met 6 % en dit hoofdzakelijk te maken met de uitgaven voor medicijnen.

In het rapport van Asylas wordt bevestigd dat de tussenkomst van de overheden voor medicijnen voor ambulatoire patiënten geer laag is, wat betekent dat in de meerderheid van de gevallen de patiënten zelf hun medicijnen moeten kopen, zodat voor bijna 80 % van de bevolking het UHCP de toegang tot medicijnen niet heeft verbeterd (zie Rapport Asylas, p.6).

Het is ook go dat het maar voor ene beperkt aantal medicijnen is dat de sociaal zwakste personen terugbetaling kunnen krijgen van de medicijnen, zoals geciteerd op pagina 6 van het rapport van Asylas.

Daarnaast is er ook een enorm gebrek aan financiering, psychiaters en beroepsopleiding zodat de kwaliteit van de medische diensten geer deplorabel is (zie Rapport Asylas, p.11).

De enorme problemen op het vlak van gebrekkige zorg in de psychiatrie worden omschreven in de onderstreepte passages in het rapport van Asylas op pagina's 11 tot 13.

Hieruit blijkt dus duidelijk dat mijn diënt geen adequate behandeling gal kunne krijgen en geen toegang gal hebben tot een adequate psychiatrische begeleiding en behandeling in geval van terugkeer naar Georgië.

Deze conclusies in verband met de grote financiële obstakels tot de gezondheidszorg worden ook bevestigd door de Wereldgezondheidsorganisatie in een rapport "Highlights on Health and Well-being", dat bevestigt dat de proportie tussen de privéuitgaven voor gezondheidszorgen ten aanzien van uitgaven door de overheid wellicht is afgenomen, maar dat de privéuitgaven tweemaal het dubbele waren van het gemiddelde voor de Wereldgezondheidsorganisatie Europese Regio, wat tot gevolg heeft een ongelijke toegang tot de gezondheidszorg en financiële problemen voor vele huishoudens, vooral de armere huishoudens (zie stuk 4, p.11).

De Wereldgezondheidsorganisatie onderstreept ook dat er nog geer veel uitdagingen zijn en dat het Georgië een volgehouden en doorgedreven financiering moet verbeteren van het gezondheidssysteem (zie stuk 4, p. 13).

Ook in het rapport/i van de European Observatory on Health Systems and Policies van 2017 (stuk 5, p-29), wordt bevestigd dat de belangrijkste financiering van het gezondheidssysteem de privéuitgaven zijn van de patiënten en dat de meerderheid van de bevolking geen ziekteverzekering heeft.

Ook in dit rapport wordt bevestigd dat dit vooral betrekking heeft op de medicijnen en dat dit een catastrofale impact heeft op de huishoudens met lage inkomens (stuk 5, p. 31).

Er wordt ook onomwonden gesteld dat een dergelijke hoge bijdrage door patiënten om toegang te krijgen tot gezondheidszorg niet compatibel is met de doelstellingen van de universele dekking van gezondheidsproblemen, omdat dit grote barrières creëert in de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorgen met als gevolg potentiële verpaupering van gezinnen (stuk 5, p.37).

Er wordt zelfs me/dinggemaakt van informele betalingen die worden geëist van patiënten voor diensten die officieel vervat zijn in hun verzekeringsstelsel (stuk 5, p.38).

In de pagina's 55 tot en met 61 van dit rapport worden ook dezelfde problemen als aangehaald in de vorige rapporten bevestigd.

In een ander rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie dat de geer lage kwaliteit van de primaire gezondheidszorg in Georgië bekritiseert (stuk 6), wordt benadrukt dat o.a. cardiovasculaire ziekten en ook diabetes een van de belangrijkste doodsoorzaken zijn in Georgië en dat in dat opzicht het van groot belang is dat deze op een correcte wijze worden gediagnosticeerd en aangepakt door de primaire gezondheidszorg, wat absoluut niet het geval is (stuk 6, p. 9 -10).

Dit is geer problematisch, ook al omdat er geen correcte licentieprocedure en beroepsopleiding is van medische professionals in Georgië en dat gezondheidszorgverleners ook geer gelden verantwoordelijk worden gehouden voor hun prestaties en hun werk, gezien de afwezigheid van procedures voor de beoordeling, de inspectie en supervisie van dergelijke professionals (stuk 6, p. 10-11).

Er is totaal geen follow-up over mechanismes of kwaliteit in ziekenhuizen en klinische guidelines te implementeren (stuk 6, p.16-17), zodat patiënten eigenlijk meeste van de medische zorgen en de medicijnen zelf uit hun zak betalen en worden geconfronteerd met geer slechte kwaliteit van zorgverlening met ook als gevolg pauperisering en financiële catastrofes voor arme gezinnen.

Dit heeft allemaal tot gevolg de meeste Georgiërs naar het buitenland gaan voor het krijgen van correcte medische zorgen als zij er al de financiële middelen voor hebben.

Er zijn voldoende absurde verhalen over verkeerde diagnoses en verkeerde, behandelingen en ook in het geval van mijn cliënt is dat het geval geweest, maar een tot de verbeeldingsprekende verhaal betreft een medisch probleem van een jonge meisje van anderhalf Kira, dat wordt omschreven in een artikel getiteld "Why Georgians second-guess their doctors".

Na een compleet verkeerde diagnose en een behandeling in Turkije, bleek dat zij een verkeerde diagnose kreeg van leukemie in een ziekenhuis in Tbilisi en zij dus volgens de dokters in Georgië chemotherapie moest krijgen, maar in Turkije bleek dat zij een infectie had aan de binnenste oppervlakte van haar hart.

Dit artikel vermeldt ook dat in Georgië er enorm veel vergissingen gebeuren door dokters en verkeerde diagnoses, wat een wijdverspreid probleem is en wat wordt verklaard door het gebrek aan beroepsopleiding en het gebrek aan controle van de medische sector (stuk 7).

Uit al deze informatie blijkt dus duidelijk dat Meneer M. B., die lijdt aan verschillende medische problemen die zeer gevaarlijk zijn voor zijn gezondheidstoestand geen adequate toegang -zal krijgen tot deze medische behandelingen die multidisciplinair zijn en die al jaren in België gebeuren en die in Georgië onbetaalbaar zullen zijn en zullen leiden tot de ondergang van zijn gezin op financieel en menselijk vlak.

Dat wat betreft de motivering van dit schrijven er een precisering moet worden aangebracht, namelijk dat in dit schrijven wordt vermeld dat het zou gaan over een rapport van ASYLOS, maar dat het stuk 3 vermeldt in dit schrijven verwijst naar een rapport van OSAR, wat een materiële vergissing is in dit schrijven van 30 september 2020;

Dat het niet wordt betwist, evenmin door de tegenpartij dat verzoekers geen gefortuneerde mensen zijn, nu zij ook in België beroep moeten doen op sociale steun die hen werd toegekend door de Arbeidsrechtbank (stuk 6) en het Arbeidshof van Bergen (stuk 8);

Dat bovenvermelde informatie uit het rapport van OSAR bevestigt dat ondanks het invoeren van de ziekteverzekering en de programma's door de overheid, de tussenkomst voor de overheden voor medicijnen voor ambulatoire patiënten zeer laag is, zodat voor bijna 80% van de bevolking al deze programma's de toegang tot medicijnen niet heeft verbeterd, ook al omdat het maar voor een beperkt aantal medicijnen is dat de sociaal zwakst bevolking terugbetaling kunnen krijgen;

Dat dergelijke conclusies ook worden bevestigd door de WHO en de The European Observatory on Health System and Policies bevestigt dat de meerderheid van de bevolking geen ziekteverzekering heeft, dit het bestaan van alle programma's ten spijt en met een catastrofale impact op huishoudens met lage inkomsten;

Dat de Country Fact Sheet die wordt geciteerd door tegenpartij zelf ook deze conclusie bevestigt (zie supra), namelijk dat het merendeel van de medicijnen door de gezinnen zelf moeten worden gedragen en niet ten laste worden genomen door de verzekeringsprogramma's;

Dat nogmaals, verzoekers benadrukken dat zij niet willen dat alle gezondheidszorg gratis is of dat de kwaliteit gelijkwaardig is aan de zorg in België, maar er wordt bevestigd door voormelde bron dat een dergelijke hoge bijdrage voor patiënten om toegang te krijgen tot gezondheidszorg niet compatibel is met de doelstelling van de universele dekking van gezondheidsproblemen met als gevolg potentiële verpaupering van gezinnen;

Dat in deze analyse ook nog zelfs geen rekening wordt gehouden met informele betalingen die dikwijls worden geëist van patiënten;

Dat er ook een schrijnend gebrek is aan psychiaters en een enorm gebrek aan financiering en beroepsopleiding met enorme problemen op het vlak van gepaste zorg in de psychiatrie, ook bevestigd in het rapport van OSAR;

Dat moet worden gewezen op het feit dat dit rapport van OSAR dateert van 28 augustus 2018 en dat een volledig afschrift van het rapport werd overgemaakt aan tegenpartij, terwijl deze laatste deze gedetailleerde informatie die melding maakt talrijke problemen volledig van tafel veegt door te verwijzen naar een niet-publieke bron, die niet consulteerbaar is en die enkel een referentienummer draagt dat begint enerzijds met een jaartal 2017 en een andere na van 2013 (Belgian desk of accessibility), zodat, ongeacht de inhoud van deze niet-publieke bron, die niet kan worden geconsulteerd of betwist, deze informatie zowiezo ook dateert van voor de informatie vervat in het rapport van OSAR dat wel publiek, toegankelijk is, is neergelegd in het administratief dossier en waarover tegenspraak kan worden gevoerd;

Dat daarom de talrijke tekortkomingen en de problemen op het vlak van toegang tot consultaties met psychiaters en psychologen en de voortzetting van psychotherapie en toegang tot psychotrope en psychofarmacamedicijnen niet kunnen worden weerlegd door de niet-publieke bron waarnaar wordt verwezen door de arts-adviseur;

Dat dergelijke tekortkomingen ook worden vastgesteld in de sector van de cardiologische problemen en diabetes, ondanks het bestaan van een programma van de overheid voor diabetes zoals aangehaald door de arts-adviseur;

Dat de medische onmogelijkheid van terugkeer voor verzoeker ook werd vastgesteld zowel door de Arbeidsrechtbank van Charleroi als het Arbeidshof van Bergen, wat rechterlijke beslissingen zijn die reeds werden meegedeeld in het kader van een vorige aanvraag 9ter aan tegenpartij (stukken 6 en 8);

De Arbeidsrechtbank van Charleroi verwijst volledig naar de motivering van het arrest van het Arbeidshof van 6 februari 2019 waarbij onder andere wordt gesteld dat blijkt uit de medische attesten van Dokter G., die stelt dat de noodzakelijke behandelingen duur zijn en niet weet in welke mate zijn beschikbaar zijn in het land van herkomst, maar er wordt ook melding gemaakt van een rapport van Interpressnews die bevestigt dat het publieke gezondheidssysteem in Georgië kritiek is, dat de psychiatrische klinieken gesloten zijn, dat de medicijnen zeer duur zijn en dat personen met hartproblemen door een zeer betreurenswaardige situatie zijn, omdat de behandeling buiten bereik is voor de patiënten gelet op de prijs van de medicijnen, naast de vaststelling ook dat de medische verzekering ook buiten bereik is voor de bevolking (stuk 8: Arbeidshof Bergen, 6 februari 2019, p. 7); Dat uit alle elementen voorgelegd door verzoekers leidt het Arbeidshof af dat het gaat om ernstige aandoeningen maar dat er een groot risico is van onbeschikbaarheid van een adequate behandeling of een voldoende beschikbaarheid (zie stuk 8: Arbeidshof Bergen, p. 17);

Dat al deze aspecten die wijzen op de onvoldoende toegankelijkheid en de onvoldoende garanties in effectieve toegankelijkheid tot de vele medische zorgen die verzoeker nodig heeft niet worden onderzocht door de tegenpartij wat een kennelijk gebrek aan formele motivering is in strijd met de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli van 1991, evenals een schending uitmaakt van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, maar ook een schending uitmaakt van het zorgvuldigheidsbeginsel;

Dat gelet op een dergelijk gebrekkig onderzoek, er ook geen afdoende onderzoek gebeurd van het risico op schending van artikel 3 EVRM en het artikel 4 van het Handvest van de Grondrechten van de EU, want in het geval van onvoldoende toegang tot gepaste medische zorgen heeft dit op onbetwistbare wijze het risico tot gevolg tot verslechtering van de gezondheidstoestand, wat in het geval van de verzoeker uiterst ernstig kan zijn en zelfs levensbedreigend, gelet op het risico voor een hartaanval, eva, complicaties van de diabetes, psychiatrische gevolgen en wat dus zelfs kan leiden tot overlijden;

Bijgevolg schendt verwerende partij artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, zijn motiveringsplichten en het zorgvuldigheidsbeginsel."

4.2.1. De bestreden beslissing is gesteund op het medisch advies van 23 november 2021, waar in de bestreden beslissing naar wordt verwezen en dat samen met de bestreden beslissing ter kennis werd gebracht. De motieven van het medisch advies worden aldus geacht deel uit te maken van de bestreden beslissing. Het advies luidt als volgt:

"M., B. [...]

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 26.08.2020.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Standaard medisch getuigschrift d.d 11-8-2020 van Dr. G., huisarts, met de volgende informatie (quasi onleesbaar geschrift):*
 - o Pathologie van diabetes, PTSD, cardiaal lijden, gastritis, neuralgie, sepsis op cholecystitis in juli 2020*
 - o Verwijderen van de galblaas is gepland*
 - o Medicatie: Insuline (Humalog en Huliline) Sioten mitis, Glucophage, Asaflow, Plavix ?, Paracetamol, Zaldiar, Sipralaxa, verschillende medicatie is niet te lezen o Opvolging door endocrinoloog en diabetoloog is noodzakelijk*
- *Uitgebreid attest eveneens onleesbaar! 21-8-2020*
 - o Zelfde pathologie*
 - o Medicatie: Insuline, Asaflow, Alprazolam, Plavix, Paracetamol, Zaldiar, Dominai, 2 producten onleesbaar*
 - o Ondersteuning door echtgenote*

o Betrokkene kan niet naar het thuisland reizen gezien het risico op een paniekaanval en zijn cardiale voorgeschiedenis

- Samenvatting ziektegeschiedenis met volledige medicatielijst
- Attest van Dr. G. dat een repatriëring de angst en paniek kan aanwakkeren en eventueel voor cardiale problemen kan zorgen
- Consultatie d.d. 27-7-2020: controle diabetes: gunstig
- Attest hospitalisatie, ontslag 25-7-2020 geen medische informatie
- Hospitalisatie rapport: opname wegens sepsis op cholecystitis
- Radiologie echo galblaas d.d 16-7-2020: cholecystitis
- Consultatie 23-12-2019 reden en besluit?
- Consultatie 30-10-2019 diabetes raadpleging, betrokkene wil vermageren: dieet voorschrijven
- Raadpleging endocrinologie 28-8-2019
- Hospitalisatie januari 2019 wegens thoracale pijn: plaatsen van een stent
- Consultatie 10-1-2019 cardiologie: coronarografie te voorzien
- Voorschrift MRI cholangio

Pachecolaan 44 T 02 488 80 00 helpdesk.dvzoe@dofi.fgov.be
1000 Brussel www.dofi.fgov.be
www.ibz.be

- Voorschrift d.d. 25-7-2020 voor verzorgen van galdrain
- Afspraak voor opname 24-8-2020
- Foto's voor?

Gezien de aanvraag ingediend werd op de datum van de geplande ingreep werd 2 maanden postoperatief een actualisatie aangevraagd met de volgende vragen:

Status na cholecystectomy, graag operatieverslag en hospitalisatie verloop Nog nazorg nodig?

Begin oktober werden volgende documenten overgemaakt:

Operatieverslag van de ingreep 22-9-2020: cholecystectomy, geen vermelding van complicaties - MRI juni 2020

Spoedconsult 15-9-2020 wegens problemen van drain die verwijderd wordt Opvolging parameters tijdens verblijf 24-9-2020 Uitgebreide fotosessie

Op 17 november werden ons de documenten van de actualisatie overgemaakt:

Begeleidend schrijven dvocaat die opvolging door cardioloog en diabetoloog vermeld Standaard medisch getuigschrift d.d. 3-11-2020 van Dr G., huisarts, met de volgende informatie: o Uitgebreide schets van de voorgeschiedenis

o Actuele problematiek; diabetes mellitus, athérosclérose coronairen, artrose lumbaal kanaal, PTSD, peritoneale briden

o Medicatie: Pantomed, Glucophage, Atozet, Asaflow, Humiline, Sipralaxa, Xanax, Forsaten, Toujeo, Dominai, Tramadol, Paracetamol, Spasmomen, Zolpidem o Opvolging cardioloog en diabetoloog, controle bloed en urine en mogelijkheid tot beeldvorming Attest van verlaten kliniek op 24-9-2020 na ingreep Anatomopathologie van de galblaas Operatieverslag van de galblaas Dubbel van reeds aangeleverd verslag 15-9-2020

MRI van het abdomen 29-7-2020: controle van percutané drain geplaatst wegens acute cholecystitis Consultatie endocrinoloog 27-7-2020: ontregelde diabetes Hospitalisatie verslag juli 2020 wegens acute cholecystitis met sepsis Verslag van punctie van de galblaas onder radiologische begeleiding (echo)

op 11 december 2020 werd ons met een begeleidend schrijven van betrokkene dd 16-12-2020 de volgende documenten overgemaakt:

Niet medische documenten in kader van een probleem met B-post

medisch getuigschrift d.d.6-11-2020 van Dr. G., nu in het Nederlands met identieke informatie

o Bijkomend vermelden van nood aan psychiatrische opvolging levenslang, niet vermeld op SMG 3-11-2020, en opvolging in kader van de galblaasoperatie gedurende 1 jaar, meer uitgebreid risico voor eventueel CVA en vaataandoeningen in kader van diabetes Anatomopathologie van resectie stuk, galblaas : reeds besproken Operatieverslag galblaas, reeds besproken, in het dubbel

Spoedconsult d.d. 15-9-2020 wegens problemen met de galdrain, reeds aangeleverd MRI 29-7-2020 reeds aangeleverd Consultatie 27-7-2020, reeds aangeleverd Verblijf intensieve zorg juli 2020. reeds aangeleverd Verslag punctie galblaas reeds aangeleverd Echografie galblaas d.d 16-7-2020 beeld van cholecystitis Opname spoedgevallen op 14-7-2020 wegens abdominale pijn Uitgezonderd de extra informatie op het SMG bevat deze zending geen enkele relevante extra informatie over de actuele toestand en verzorging van betrokkene.

Algemeen besluit:

Uit de aangeleverde documenten besluiten we het volgende:

Het betreft een man van heden 54 jaar afkomstig uit Georgië. Een uitgebreide pathologie wordt beschreven. Te weerhouden:

o Status na ontsteking van de galblaas met bloedvergiftiging in juli 2020 (cholecystitis met sepsis). Verschillende ingrepen en opnames in het ziekenhuis, initieel voor plaatsen van een percutané drain die verwijderd werd in september. Na afkoelingsperiode wegname van de galblaas. Geen restletsels, problemen postoperatief vermeld. Opvolging gedurende 1 jaar aangewezen

o Vermelden van coronaire atherosclérose. Actueel geen opvolging bewezen, wel uitgebreide medicatie. In verleden (2013 en 2014) plaatsen van 2 stents, complicatie van tamponade na één ingreep. Geen gegevens van actieve opvolging of actuele problemen beschikbaar. o Diabetes mellitus, actueel ontregeld na cholecystectomie, verder op te volgen. a Vermelden van mogelijke diabetische complicaties in de vorm van CVA, zuiver speculatief. o PTSD: geen psychiatrische opvolging bewezen, wel nood vermeld

o Artrose lumbaal kanaal, niet bewezen, geen specifieke therapie of observatie beschikbaar. Deze diagnose kan passen in een normaal verouderingsproces van betrokkene. o Peritoneale briden: vergroeiingen in de buikholte is een zeer tentatieve diagnose, niet bewezen. . Bijkomend is het waarschijnlijk dat deze bestaan, maar de aanwezigheid van vergroeiingen na een ingreep in de buik is normaal en geeft meestal geen problemen. Dit kan niet als pathologie weerhouden worden, ook niet als het bewezen wordt met een technisch onderzoek. Eerst dienen ernstige klachten en problemen aan gekoppeld te worden voor briden als pathologie erkend worden. Op dat ogenblik is er dan ook een behandeling noodzakelijk

- Als acute pathologie weerhouden we alleen de uitgebreide medicamenteuze ondersteuning en de diabetes mellitus. Dit is de enige onderbouwde objectieve pathologie die weerhouden kan worden ondanks uitgebreide rapportering

Na de galblaasoperatie blijkt alleen opvolging noodzakelijk en geen specifieke zorg

- Als medische ondersteuning onderzoeken we de opvolging door een endocrinoloog, een huisarts en eventueel een cardioloog, gastro-enteroloog en de mogelijkheid voor beeldvorming en bloed en urine controles

De actuele medicatie is :

o Pantomed= pantoprazole, maagprotectie. o Glucophage = metformine tegen diabetes. o Atozet = ezetimibe/atorvastatine tegen hoge cholesterol. o Asaflow= acetylsalicylzuur bloedverdunner. o Humiline, insuline, snelwerkende insuline, type actrapid. o Sipralaxa, = escitalopram antidepressivum. o Xanax = alprazolam, tegen angst

o Forsaten = olmesartan/amlodipine, tegen hoge bloeddruk en cholesterol. o Toujeo, langwerkende insuline. insuline glargine. o Dominai prothipendyl antipsychoticum. o Tramadol, pijnmedicatie. o Paracetamol, pijnmedicatie. o Spasmomen = otilonium tegen buikkrampen. o Zolpidem, slaapmiddel

Capaciteit tot reizen:

Een tegenindicatie tot reizen wordt niet weerhouden.

In een attestatie van 2020 wordt vermeld dat er een tegenindicatie tot reizen is omwille van de mogelijkheid van de psychologische weerslag van een eventuele terugkeer en het mogelijke cardiologische risico. In latere attesten wordt dit niet meer weerhouden. We kunnen ook vermelden dat een tegenindicatie tot reizen een momentopname kan zijn. Gezien er in latere attesten geen vermelding van deze tegenindicatie is wordt deze eerdere verklaring verder in kader van de vermelde pathologie.

Voor de beoordeling van de capaciteit tot reizen dient een oordeel gevormd te worden over de objectieve medische toestand en aandoeningen en het risico dat reizen vormt in kader van deze aandoeningen. Deze risico's zijn gedocumenteerd in verschillende publicaties (AsMA | Aerospace Medical Association, Master na masterproef Thomas GS VAN DAMME fuaent.be'). Beide websites vermelden de algemene medische tegenindicaties tot reizen = reis als risico voor de gezondheid. Verwijzend naar de masterproef van UZ Gent: In bijlage 3 p 59 wordt de vermelde pathologie niet als een tegenindicatie weerhouden voor een reis te ondernemen.

Uit het algehele dossier kan uit de aangehaalde pathologie geen enkele objectieve tegenindicatie om een reis te ondernemen weerhouden worden.

Sinds de laatste rapportering is de algemene toestand van betrokkene stabiel nu de galblaasproblematiek opgelost is. Opvolging in kader van de verschillende aandoeningen in de voorgeschiedenis is aangewezen (maar intensieve opvolging is niet bewezen actueel). De psychiatrische opvolging is niet meer actueel, wel neemt betrokkene psychofarmaca, de cardiologische toestand is niet onder intensieve therapie en sinds verschillende jaren stabiel onder medicatie. Deze

beide aandoeningen kunnen niet als een risico voor het reizen weerhouden worden. Paniekaanvallen zijn niet geobjectieveerd. De bewering is louter speculatief en niet objectief onderbouwd.

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 05/07/2020 met het unieke referentienummer 13771 Aanvraag Medcoi van 29/04/2019 met het unieke referentienummer 12354 Aanvraag Medcoi van 11/10/2020 met het unieke referentienummer 14091 Aanvraag Medcoi van 30/05/2020 met het unieke referentienummer 13675 Aanvraag Medcoi van 05/07/2020 met het unieke referentienummer 13768 Aanvraag Medcoi van 22/11/2020 met het unieke referentienummer 14251

Opvolging door huisarts:

(...)

Opvolging door endocrinoloog:

(...)

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de noodzakelijke zorg en opvolging voor betrokkene aanwezig zijn in het thuisland Georgië:

Medische opvolging: huisarts, endocrinoloog, cardioloog, psychiater, gastro-enteroloog zijn beschikbaar Technische onderzoeken (RX CT-scan, echografie en MRI) en labo met volledig bloedbeeld en urineonderzoek zijn beschikbaar

De noodzakelijke medicatie, Pantoprazole, Metformine tegen diabetes, Ezetimibe/Atorvastatine , acetylsalicylzuur .snelwerkende insuline, type Actrapid, Escitalopram , Alprazolam, Candesartan/Amlodipine, Irbesartan, Amlodipine, langwerkende insuline, insuline glargine Levomeproamzine, Morfine, Paracetamol, Otilonium en Zolpidem zijn beschikbaar

Vanuit het standpunt van 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 wordt er zoals in de meeste landen op 3 niveaus georganiseerd. Op het primaire niveau is er een grote verscheidenheid aan gezondheidsinstellingen zoals poliklinieken, ambulante eenheden en hospitalen. De wet bepaalt dat men hier terecht kan voor: dokter consultaties, vaccin immunisaties, check ups voor gezonde mensen en nieuwe patiënten, huisbezoeken voor kindjes jonger dan 3 jaar en ongeneeslijke ziekten, diagnose en managen en doorverwijzen van patiënten met chronische ziektes als diabetes, hartziekten, astma,..., spoedhulp, enz... Meer gespecialiseerde zorg wordt op het secundaire en tertiaire niveau aangeboden door gespecialiseerde klinieken, ziekenhuizen en wetenschappelijke ziekenhuizen.

In 2017 werd de universele ziekteverzekering (ÜHCP) geïmplementeerd die voor alle burgers toegankelijk is. De UHCP voorziet volledige of gedeeltelijke dekking van de kosten verbonden aan alle basis of essentiële gezondheidsdiensten. De verzekering onderging sinds haar opstart heel wat veranderingen en zette steeds meer in op hulp aan de meest kwetsbaren en armen. De UHCP dekt bijna alle inwoners maar op een verschillend niveau naargelang de leeftijd, inkomen, status en ziekte. Volgens een rapport van de Wereldbank is dankzij de UHCP de toegang tot de gezondheidsdiensten aanzienlijk gestegen.

In Georgië zijn er gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen, evenzeer zijn er NGO's werkzaam in de mentale gezondheidszorg. Er zijn geen grote obstakels voor consultatie van psychiaters en psychologen. Sinds 2005 bestaat het "Global Initiative on Psychiatry-Tbilisi (GIP-T)". Deze strategie resulteert in verschillende ziekenhuizen, ambulante opvangmogelijkheden, crisisinterventie, begeleiding naar de maatschappij na behandeling, speciale behandelingen voor kinderen. Al deze mogelijkheden en behandelingen zijn gratis en betaald door de overheid. De vereisten om deel te nemen aan dit programma zijn het bezitten van een paspoort of ID kaart, een attest met diagnose van een Georgische arts en een foto.

In het kader van de diabetes mellitus bestaat er in Georgië een specifiek programma voor diabetes dat de kostprijs van de insuline volledig dekt.³

De sociale zekerheid voorziet een uitkering bij pensioen, voor invalide personen, voor arme gezinnen

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard

gaan met de noodzakelijke hulp. Bovendien geldt de beslissing eveneens voor de echtgenote en meerderjarige zoon van betrokkene. Zij kunnen eveneens financiële ondersteuning bieden.

In het verzoekschrift haalt betrokkene artikels aan dat de kwaliteit van de zorgen in Georgië niet verzekerd is (artikel WHO/Oxfam International/WHO rapport/artikel International SOS). Deze stukken zijn van algemene aard en tonen niet aan dat de specifieke medische hulp en zorgen die verzoeker als individu nodig heeft, niet toegankelijk zouden zijn. Bovendien werd reeds hierboven uiteengezet dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen.

Het EHRM heeft bovendien geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons/Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9, EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, §131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Muslim/Turkije, § 68).

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

Conclusie:

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

4.2.2. In een eerste onderdeel voeren verzoekers, met betrekking tot de (on)mogelijkheid tot reizen aan dat de uitgebreide pathologie van eerste verzoeker die zij attesteerden, met onder andere, ontsteking van de galblaas, coronaire atherosclerose, diabetes mellitus, mogelijke diabetische complicaties in de vorm van CVA, PTSD, artrose van het lumbaal kanaal, en peritoneale briden, door de arts-adviseur werden geminimaliseerd en niet voldoende in aanmerking werden genomen.

Zij betogen dat de coronaire atherosclerose in combinatie met de PTSD een tegenindicatie tot reizen vormt. Het stuk nr. 3 bij de aanvraag, een attestatie van de behandelend arts dr. G., vermeldt dat het hart in slechte staat verkeert en de risico's voor eerste verzoeker niet enkel bestaan uit een slechte behandeling in het land van herkomst, maar ook uit een risico op een hartaanval tijdens een paniekcrisis bij terugkeer. Hier werd in de aanvraag uitgebreid op gewezen. Verzoekers voeren aan dat er wel degelijk sprake is van opvolging, omdat in alle medische attesten wordt bevestigd dat opvolging door een psychiater, een diabetoloog, een cardioloog en een gastro-enteroloog noodzakelijk is. Zij wijzen er op dat in het verleden twee stents werden geplaatst, en er een complicatie van tamponade is geweest na een ingreep. Verzoekers betwisten aldus dat voor de coronaire atherosclerose geen opvolging zou zijn. De opvolging blijkt niet alleen uit de opvolging door een cardioloog, maar ook door de medicatie tegen angst, hoge bloeddruk en cholesterol die hij neemt. De verschillende medicatie die eerste verzoeker neemt toont wel degelijk de opvolging aan, vermits bij de minste complicatie kan worden ingegrepen door een aanpassing van de medicatie.

Verzoekers wijzen er ook op dat het advies een onvolledige zin bevat, zodat de bestreden beslissing onbegrijpelijk wordt: *“Gezien er in latere attesten geen vermelding van deze tegenindicatie is wordt deze eerdere verklaring verder in het kader van de vermelde pathologie”*.

Ook betwisten verzoekers het motief dat de tegenindicatie tot reizen een momentopname kan zijn. Dat latere stukken dit niet meer expliciet vermelden doet er geen afbreuk aan dat deze tegenindicatie niet meer zou bestaan. Eerste verzoeker heeft nog steeds medicatie nodig om zijn cardiologische aandoening onder controle te houden. De arts-adviseur erkent dit door de beschikbaarheid van deze medicatie na te gaan en door te vermelden dat follow-up beschikbaar is. Eerste verzoeker neemt nog steeds bloedverdunners, medicatie tegen hoge bloeddruk en cholesterol, angstmiddelen, een antidepressivum en een slaapmiddel ter behandeling van zijn hartproblemen en psychiatrische problematiek. Verzoekers menen dat niet is verantwoord dat het cardiologisch risico niet wordt weerhouden louter omdat er sinds de indiening van de aanvraag geen geactualiseerd medisch attest meer werd neergelegd dat de eerdere tegenindicatie tot reizen herhaalt, terwijl niet is betwist dat de medische situatie ongewijzigd is.

Zij voeren ook aan dat de arts-adviseur aanvullende gegevens heeft opgevraagd en dat het SMG dat hij daarbij voegde ter invulling, geen rubriek bevat met betrekking tot een tegenindicatie tot reizen. Uit de meegedeelde attesten van november 2020 blijkt dat er sprake is van een chronische aandoening zodat er geen medische elementen zijn die het standpunt van de arts-adviseur dat er geen medische tegenindicatie tot reizen is, ondersteunen. Uit het SMG van dr. G. van 3 november 2020 blijkt dat er een risico is op een hartaanval en nood is aan een levenslange opvolging door een cardioloog.

Verzoekers voeren vervolgens aan dat de door de arts-adviseur geconsulteerde bronnen – de verslagen van MedCOI- niet publiek toegankelijk zijn en dat deze niet gevoegd werden bij de bestreden beslissing, zodat verzoekers er geen kennis van kunnen hebben nemen. Hetzelfde geldt met betrekking tot de informatie van AsMA /Aerospace Medical Association, waarbij ook geen precieze link wordt vermeld met betrekking tot het terugvinden van deze informatie. Ook wat betreft de masterproef aan de Ugent van T. V.D. waar naar wordt verwezen, worden geen nadere referenties gegeven. Verzoekers voeren bovendien aan dat selectief werd gelezen uit deze masterproef. Een tegenindicatie door wisselwerking tussen de hartproblemen en angstfobieën is volgens deze masterproef geenszins uitgesloten. Verzoekers voeren aan dat deze masterproef meer beschrijft dan enkel een lijst van aandoeningen en dat samenwerking en informatie belangrijk zijn. Er blijkt uit dat angsten moeten teruggekoppeld worden naar de patiënt en dat aldus rekening moet worden gehouden met verzoekers specifieke angsten en zijn medicatie. Verzoekers menen dan ook dat de aanvraag niet zorgvuldig werd beoordeeld.

4.2.3. Artikel 9ter, § 1, van de vreemdelingenwet bepaalt:

“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.”

Uit artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, volgt dat een verblijfsmachtiging kan worden toegestaan in twee gevallen:

- enerzijds wanneer de vreemdeling 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 (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138*);
- anderzijds wanneer er actueel geen reëel risico is voor het leven of fysieke integriteit en de vreemdeling in principe kan reizen maar hij, 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, nrs. 229.072 en 229.073 van 5 november 2014*).

Te dezen heeft de ambtenaar-geneesheer zowel de mogelijkheid om te reizen als de behandelingsmogelijkheden van de zorgen en de opvolging in het land van herkomst onderzocht. In zijn advies motiveert de arts-adviseur met betrekking tot de vraag of eerste verzoeker kan reizen:

“Capaciteit tot reizen:

Een tegenindicatie tot reizen wordt niet weerhouden.

In een attestatie van 2020 wordt vermeld dat er een tegenindicatie tot reizen is omwille van de mogelijkheid van de psychologische weerslag van een eventuele terugkeer en het mogelijks cardiologische risico. In latere attesten wordt dit niet meer weerhouden. We kunnen ook vermelden dat een tegenindicatie tot reizen een momentopname kan zijn. Gezien er in latere attesten geen vermelding van deze tegenindicatie is wordt deze eerdere verklaring verder in kader van de vermelde pathologie.

Voor de beoordeling van de capaciteit tot reizen dient een oordeel gevormd te worden over de objectieve medische toestand en aandoeningen en het risico dat reizen vormt in kader van deze aandoeningen. Deze risico's zijn gedocumenteerd in verschillende publicaties (AsMA | Aerospace Medical Association, Master na masterproef T. GS V. D. Ugent.be') Beide websites vermelden de algemene medische tegenindicaties tot reizen = reis als risico voor de gezondheid. Verwijzend naar de masterproef van UZ Gent: In bijlage 3 p 59 wordt de vermelde pathologie niet als een tegenindicatie weerhouden voor een reis te ondernemen.

Uit het algehele dossier kan uit de aangehaalde pathologie geen enkele objectieve tegenindicatie om een reis te ondernemen weerhouden worden. Sinds de laatste rapportering is de algemene toestand van betrokkene stabiel nu de galblaasproblematiek opgelost is. Opvolging in kader van de verschillende aandoeningen in de voorgeschiedenis is aangewezen (maar intensieve opvolging is niet bewezen actueel) . De psychiatrische opvolging is niet meer actueel, wel neemt betrokkene psychofarmaca, de

cardiologische toestand is niet onder intensieve therapie en sinds verschillende jaren stabiel onder medicatie. Deze beide aandoeningen kunnen niet als een risico voor het reizen weerhouden worden. Paniekaanvallen zijn niet geobjectiveerd. De bewering is louter speculatief en niet objectief onderbouwd."

De aanvraag om machtiging tot verblijf d.d. 26 augustus 2020 (stuk 4 bij het verzoekschrift) vermeldt met betrekking tot de mogelijkheid tot reizen dat er een tegenindicatie is omwille van de psychiatrische problematiek, alsook de hartproblemen. In het SMG van 3 november 2021 wordt dit risico niet langer vermeld. Verzoekers betwisten dat de tegenindicatie tot reizen een momentopname kan zijn. Zij stellen dat het feit dat latere stukken dit niet meer expliciet vermelden er geen afbreuk aan doet dat deze tegenindicatie niet meer zou bestaan. Verzoeker neemt nog steeds bloedverdunningsmiddelen, medicatie tegen hoge bloeddruk en cholesterol, angstremmers, een antidepressivum en een slaapmiddel ter behandeling van zijn hartproblemen en psychiatrische problematiek. Verzoekers menen dat niet is verantwoord dat een cardiologisch risico niet kan worden weerhouden louter omdat er sinds de indiening van de aanvraag geen geactualiseerd medisch attest meer werd neergelegd dat de eerdere tegenindicatie tot reizen herhaalt, terwijl niet is betwist dat de medische situatie ongewijzigd is.

De verzoekers betwisten het oordeel dat er wat betreft de coronaire atherosclerose en de PTSD geen gegevens zouden zijn van actieve opvolging of actuele problemen die een actuele tegenindicatie tot reizen zouden vormen. Zij verwijzen daarbij naar het stuk 3 bij hun initiële aanvraag, waarin de behandelend arts dr. G. verklaarde dat eerste verzoekers hart in slechte staat verkeert en de risico's voor eerste verzoeker niet enkel bestaan uit een slechte behandeling in het land van herkomst, maar ook uit een risico op een hartaanval tijdens een paniekcrisis bij terugkeer.

De Raad merkt echter op dat uit deze uiteenzetting niet blijkt dat de arts-adviseur de stukken van het dossier heeft geschonden. Verzoekers verwijzen naar het feit dat medicatie wordt genomen waarmee de aandoeningen onder controle worden gehouden. Deze medicatie heeft uiteraard tot doel de aandoeningen onder controle te houden. De arts-adviseur motiveert dat hij heeft gevraagd om een actualisatie en dat in de laatste actualisatie niet langer wordt verwezen naar een tegenindicatie tot reizen. Verzoekers wijzen er terecht op dat er nog steeds sprake is van medische opvolging om zijn cardiologische aandoening onder controle te houden; hier volgt echter niet noodzakelijk uit dat de aandoening actueel een acuut karakter heeft of dat eerste verzoekers toestand dermate instabiel is dat reizen niet mogelijk is. Het is niet kennelijk onredelijk dat de arts-adviseur, na een actualisatie van de medische toestand te hebben verzocht, vaststelt dat door de behandelende geneesheer niet langer op een onmogelijkheid tot reizen wordt gewezen en op grond hiervan besluit dat eerste verzoekers actuele situatie voldoende stabiel is om te kunnen reizen.

Daarnaast merkt de Raad op dat de eerste bestreden beslissing een aanvraag om machtiging tot verblijf betreft, waarbij wordt geoordeeld dat de aandoening niet van die aard is dat zij een machtiging op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet wettigt. De tweede en derde bestreden beslissingen, houdende bevel om het grondgebied te verlaten, houden in de huidige stand van het geding geen gedwongen repatriëring in. Daarbij moet er in eerste instantie van uit worden gegaan dat de verzoekers zelf instaan voor een eventuele terugkeer naar het land van herkomst. Het staat hen daarbij vrij de nodige omkadering te voorzien die zij nodig achten. In de mate verzoekers met hun verwijzing naar een paniekaanval doelen op de stress die een gedwongen repatriëring voor de betrokkene veroorzaakt, is dat in de huidige stand van het geding niet aan de orde.

De eerste hypothese van artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, vereist een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor de fysieke integriteit. Door te oordelen dat de medische toestand niet van die aard is dat er actueel een tegenindicatie tot reizen zou zijn, handelt de arts-adviseur niet in strijd met artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Verzoekers argumenteren dat uit het SMG van 3 november 2020 blijkt dat hij nog steeds aan dezelfde aandoening lijdt, dewelke voorheen wel een tegenindicatie tot reizen inhield. Hieruit blijkt echter niet dat de aandoening actueel van die aard is dat eerste verzoeker niet kan reizen. Dat de arts-adviseur de medicatie en opvolging in het land van herkomst is nagegaan, impliceert inderdaad dat de aandoening nog steeds aanwezig is, maar daaruit volgt niet zonder meer dat de aandoening dermate acuut is dat eerste verzoeker niet kan reizen.

Waar verzoekers aanvoeren dat het SMG geen rubriek bevat met betrekking tot de mogelijkheid tot reizen, doet dit geen afbreuk aan de voorgaande vaststellingen. Dit verhindert niet dat de actuele medische situatie wordt beschreven, met inbegrip van het risico op reizen, zoals eerste verzoekers arts in het verleden reeds deed. Dat de attesterende arts verhinderd zou zijn de aandoening accuraat te beschrijven omwille van het type-document, wordt dan ook niet bijgetreden.

Door te oordelen dat de aandoening chronisch is, en op basis van de laatste actualisering geen tegenindicatie tot reizen is, heeft de arts-adviseur de stukken van het dossier niet geschonden.

Verzoekers zijn het hier niet mee eens en benadrukken dat in het SMG van dr. G. van 3 november 2020 wordt vermeld dat er een risico is op een hartaanval en een nood aan levenslange opvolging door een cardioloog. Zij wijzen er op dat er wat betreft de PTSD wel degelijk sprake is van opvolging, omdat in alle medische attesten wordt bevestigd dat opvolging door een psychiater, een diabetoloog, een cardioloog en een gastro-enteroloog noodzakelijk is. Zij wijzen er op dat in het verleden twee stents werden geplaatst, en er een complicatie van tamponade is geweest na een ingreep. Verzoekers betwisten aldus dat voor de coronaire atherosclerose geen opvolging zou zijn.

De arts-adviseur erkent dit door de beschikbaarheid van deze medicatie na te gaan en door te vermelden dat follow-up beschikbaar is. Hiermee bevestigen verzoekers echter enkel de chronische aandoening waaraan de eerste verzoeker lijdt, doch tonen ze niet aan dat de arts-adviseur op kennelijk onredelijke of onzorgvuldige wijze heeft geoordeeld dat er actueel geen sprake is van een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, waardoor eerste verzoeker niet kan reizen.

Waar verzoekers kritiek uiten op de verwijzingen naar online bronnen, blijkt vooreerst uit de uiteenzetting van het middel dat verzoekers kennis hebben genomen van de masterproef aan de Ugent, zodat hun belangen niet geschaad zijn. Wat betreft de verwijzing naar de website van AsMA | *Aerospace Medical Association*, blijkt uit de beslissing enkel dat aan de hand hiervan wordt bepaald dat met *“algemene medische tegenindicaties tot reizen”* wordt verstaan *“reis als risico voor de gezondheid”*. De Raad ziet niet in op welke wijze hier informatie of criteria worden toegevoegd met betrekking tot de toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, zoals hoger uiteengezet. Waar verzoekers aanvoeren dat de masterproef geenszins uitsluit dat een combinatie van cardiologische en psychische problemen een tegenindicatie kan vormen, wijzigt dit niets aan het motief dat de aandoeningen op dit ogenblik stabiel zijn, dat eerste verzoeker niet onder intensieve behandeling is en reeds verschillende jaren stabiel is onder medicatie. Verzoekers tonen niet aan dat de arts-adviseur kennelijk onredelijk of onzorgvuldig heeft besloten dat een terugreis een gevaar inhoudt voor eerste verzoekers fysieke integriteit.

Waar verzoekers nog kritiek uiten op een onvolledige zin in het medisch advies, merkt de Raad op dat het hier duidelijk een materiële misslag betreft die verzoekers niet heeft verhinderd de strekking van deze zin te begrijpen.

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet kent een ruime appreciatiebevoegdheid toe aan de ambtenaar-geneesheer of arts-adviseur bij de beoordeling van de medische gegevens van de aanvrager, waarbij het volstaat na te gaan of een adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst. Derhalve kan de ambtenaar-geneesheer er te dezen niet toe worden verplicht de beweegredenen voor zijn motieven te zoeken buiten zijn eigen beoordelingsbevoegdheid (RvS nr. 247.716 van 5 juni 2020). Uit de uiteenzetting van verzoekers blijkt niet dat de arts-adviseur zijn appreciatiebevoegdheid heeft overschreden of op niet-afdoende of onzorgvuldige wijze heeft gemotiveerd dat waarom hij geen onmogelijkheid tot reizen in aanmerking heeft genomen.

Het eerste middelonderdeel is niet gegrond.

4.2.4. In het tweede onderdeel voeren verzoekers, met betrekking tot de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling, aan dat de medische informatie waar het medisch advies naar verwijst niet publiek toegankelijk is, zodat deze niet kan worden geverifieerd. Bovendien is deze informatie niet actueel. Zij betogen dat de informatie van een *“local doctor”* niet aanduidt welke specialisatie deze arts heeft om te bevestigen dat de medicatie en follow-up beschikbaar zijn. Verzoekers voeren aan dat niet duidelijk is waarop deze *“local doctor”* zich heeft gebaseerd om te stellen dat verzoekers medicatie en medische behandeling in Georgië op het hele grondgebied ten allen tijde beschikbaar zou zijn en ook op welke concrete wijze (via apotheek, welke ziekenhuizen, enz...). Zij betogen dat de MedCOI dateert van 5 juli 2020 en onvoldoende actueel zou zijn en dat sommige informatie, bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van psychofarmaca, dateert van april 2019. Daarnaast voeren ze aan dat niet wordt gemotiveerd Candesartan een voldoende alternatief zou zijn voor Olmesartan/Amlodipine.

Zij betogen verder dat het advies niet toelaat te weten over welke soorten opvolgingen het gaat als deze zouden beschikbaar zijn in Georgië, bijvoorbeeld wanneer het gaat over opvolging door psychiater in het kader van PTSD, een huisdokter en cardioloog. Verder zou niet blijken dat de beschikbaarheid van opvolging door een gastro-enteroloog wordt vermeld in het onderzoek naar de beschikbaarheid van de medische behandelingen.

Ook met betrekking tot de onbeschikbaarheid van het geneesmiddel Prothipendyl wordt niet gemotiveerd waarom het analoog medicijn Levomepromazine een valabel alternatief zou zijn.

Prothipendyl blijkt immers een psychiatrisch antipsychoticum te zijn, terwijl Levomepromazine een psychiatrisch anxioliticum is. Er blijkt ook niet dat de “*local doctor*” gespecialiseerd zou zijn om te stellen dat dit een valabel alternatief zou zijn. Ook wat betreft de pijnmedicatie Tramadol, wordt niet gemotiveerd waarom het voorgestelde alternatief, morfine in combinatie met paracetamol, valabel zou zijn, nu Tramadol specifiek voor verzoeker werd voorgeschreven. Er zou aldus onvoldoende blijken dat de noodzakelijke medicatie die aangepast is aan eerste verzoekers specifieke situatie beschikbaar zou zijn in Georgië, omdat enerzijds de alternatieven die zijn voorgesteld door de arts-adviseur niet meer worden toegelicht en ook helemaal niet wordt uitgelegd of deze valabele alternatieven zijn, maar ook omdat de aangehaalde informatie uit de MedCOI databank niet voldoende recent is.

4.2.5. De Raad herinnert er aan dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet een ruime appreciatiebevoegdheid toekent aan de ambtenaar-geneesheer of arts-adviseur bij de beoordeling van de medische gegevens van de aanvrager, waarbij het volstaat na te gaan of een adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst. Derhalve kan de ambtenaar-geneesheer er te dezen niet toe worden verplicht de beweegredenen voor zijn motieven te zoeken buiten zijn eigen beoordelingsbevoegdheid (RvS nr. 247.716 van 5 juni 2020).

Het betoog van de verzoekers komt er op neer dat de bekwaamheid en deskundigheid van de artsen in vraag wordt gesteld, doordat de arts-adviseur en de geconsulteerde artsen in het land van herkomst niet voldoende zouden blijken geven van de vereiste graad van specialisatie en evenmin motiveren op grond van welke bevindingen de voorgestelde alternatieven voor medicatie valabel zouden zijn. De verzoekers werpen enkel op dat de arts-adviseur niet voldoende gespecialiseerd zou zijn om vast te stellen welke alternatieve medicatie beschikbaar zou zijn. Niet alleen gaan zij daarmee voorbij aan de door artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalde beoordelingsbevoegdheid van de arts-adviseur, maar daarnaast weerleggen ze hiermee geenszins deze beoordeling. Verzoekers laten na enig concreet element aan te voeren waaruit kan blijken dat de voorgestelde alternatieve medicatie niet adequaat zou zijn.

Waar verzoekers de actualiteit van de informatiebronnen in het medisch advies betwisten, merkt de Raad op dat deze informatie niet dermate oud is dat deze alleen al hierom niet meer relevant zou zijn. Verzoekers beperken zich opnieuw tot het louter opwerpen van twijfels omtrent de informatiebronnen uit het medisch advies, zonder zelf ook maar enig concreet element ter weerlegging aan te brengen. Verzoekers tonen geenszins aan dat de arts-adviseur zijn beoordelingsbevoegdheid te buiten zou zijn gegaan.

Waar zij verder aanvoeren dat de informatie uit de MedCOI niet toegankelijk zou zijn, wijst de Raad erop dat in voetnoot in het advies van de ambtenaar-geneesheer wordt toegelicht dat het MedCOI-project (Medical Country of Origin Information) via het MedCOI-4-projectteam en het EASO informatie verzamelt bij lokale artsen in het land van herkomst of bij International SOS over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de land van herkomst. *In casu* wordt er in het advies niet alleen op gewezen dat de bronnen worden toegevoegd aan het administratief dossier, maar worden de relevante passages uit de gehanteerde MedCOI-documenten er ook in overgenomen. Uit het advies blijkt dus onmiskenbaar welke informatie werd gepuurd uit de BMA-documenten waarnaar wordt verwezen. Op die manier wordt de informatie uit de databank wel degelijk openbaar gemaakt aan de verzoekers. Zij tonen dus niet aan dat zij deze informatie niet zouden kunnen verifiëren en niet in staat zouden zijn gesteld om na te gaan of werd uitgegaan van gegevens die in rechte en in feite juist zijn, of die gegevens correct werden beoordeeld, en of het bestuur op grond daarvan in redelijkheid tot haar beslissing is kunnen komen, opdat verzoekers met kennis van zaken zouden kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden. Wat betreft de grief dat de informatie in het MedCOI-project die werd aangeleverd door een lokale dokter niet betrouwbaar zou zijn, merkt de Raad op dat het enkele gegeven dat het MedCOI project werkt met dokters die anoniem blijven, geen afbreuk doet aan de inhoud van dit project, dat zelf sterk gereguleerd is en onder toezicht staat van het European Refugee Fund. Verzoekers laten na op hun beurt enige concrete informatie aan te brengen waaruit blijkt dat de informatie van het MedCOI project niet correct zou zijn.

Waar verzoekers betogen dat het niet werd nagegaan om welk “soort” opvolging het zou gaan, blijkt uit het medisch advies dat werd vastgesteld dat opvolging beschikbaar is bij een huisarts, een endocrinoloog, een cardioloog, een psychater en een gastro-enteroloog. In tegenstelling tot wat verzoekers aanvoeren werd wel degelijk gemotiveerd dat opvolging door een gastro-enteroloog beschikbaar is. Verzoekers lichten niet toe waarom deze motivering onduidelijk zou zijn. Waar zij

aanvoeren dat niet werd nagegaan of deze opvolging “*op het hele grondgebied ten allen tijde beschikbaar zou zijn en ook op welke concrete wijze*”, herinnert de Raad eraan dat het in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet vereist is dat een adequate medische behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, maar dat niet vereist is dat deze zorg van hetzelfde niveau zou zijn als in België. Aansluitend merkt de Raad ook op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in het arrest van 13 december 2016 in de zaak 41738/10, *Paposhvili t. België* oordeelde dat situaties die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM moeten worden begrepen als situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Door louter op te werpen dat de beschikbaarheid “*op het hele grondgebied ten allen tijde*” niet werd nagegaan, tonen verzoekers niet aan dat de arts-adviseur op kennelijk onredelijke of onzorgvuldige wijze heeft geoordeeld dat de noodzakelijke adequate medische zorg beschikbaar is in Georgië.

Het tweede middelonderdeel is niet gegrond.

4.2.6. In het derde onderdeel voeren verzoekers aan dat de informatie in het medisch advies met betrekking tot Georgië dateert uit 2019. Zij voeren aan dat niet blijkt dat de informatie dat een ziekteverzekering effectief toegankelijk is voor iedereen, ook voor de armere bevolking. Er blijkt niet dat deze programma's reeds effectief werden geïmplementeerd. In tegenstelling tot de eerdere, ingetrokken beslissing van 4 januari 2021, wordt thans gesteld dat er een universele ziekteverzekering zou zijn die voor alle burgers toegankelijk is en die zou voorzien in de volledige dekking van de kosten aan alle basis- of essentiële gezondheidsdiensten. Er wordt verwezen naar de *Country Fact Sheet* uit 2019 volgens welke meer werd ingezet op hulp aan kwetsbaren en armen en dat de universele ziekteverzekering UCHP bijna alle inwoners zou dekken, op een verschillend niveau afhankelijk van de leeftijd, inkomen, status en ziekte. De concrete financiële toegankelijkheid wordt voor verzoekers echter niet onderzocht. Uit de neergelegde info blijkt dat de financiële lasten van medische verzorging in Georgië een zware impact heeft op het budget van de gezinnen. Rapporten van WHO, Oxfam International, International SOS en OSAR, the European Observatory on Health System and Policies en krantenartikelen wijzen er op dat de deregulering van de medische sector ertoe leidt dat veel Georgiërs geconfronteerd worden met medische fouten, geen vertrouwen hebben in de dokters en dat er zeer ernstige medische complicaties en gevolgen zijn door medische fouten. Verzoekers betogen dat op deze informatie niet werd ingegaan en dat niet werd nagegaan in welke mate eerste verzoeker persoonlijk toegang zal hebben tot het sociale zekerheidssysteem. Er werd ook niet ingegaan op het rapport van ASYLOS dat bij de aanvraag werd gevoegd en dat de toegankelijkheid van de medicatie bespreekt. Het rapport wijst op de relatief hoge kost van medicijnen en farmaceutische producten. De kosten beslagen ongeveer twee derde van de inkomsten van personen die niet ten laste worden genomen. Verzoekers wijzen er op dat zij reeds lang in België verblijven, sociale steun krijgen ten gevolge van beslissingen van de arbeidsgerechten die de medische onmogelijkheid tot terugkeer voor bewezen achten zodat verzoekers onder de armoedegrens leven en er daarom wel degelijk grote financiële obstakels zijn om toegang te hebben tot farmaceutische zorgen in Georgië, wat een enorme impact zal hebben op de toegankelijkheid van de adequate zorg. Verzoekers voeren aan dat er geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid werd neergelegd, maar dat de stukken van het administratief dossier bevestigen dat het voor eerste verzoeker moeilijk is om een normaal leven te leiden gelet op de polypathologie die chronisch is (medisch attest dr. G. van 21 augustus 2020; stuk 3 bij de aanvraag 9ter). Dit werd ook bevestigd door de erkenning van eerste verzoeker als gehandicapte door de FOD Sociale Zekerheid op 11 januari 2021. De hartproblematiek, PTSD, diabetes, gastro-enterologische problemen en veelvuldige medicatie, inclusief de moeilijkheden om te werken en een inkomen te verwerven wordt genegeerd door de arts-adviseur. Verzoekers voeren ook aan dat zij veertien jaar in België hebben verbleven, zodat de stelling dat eerste verzoeker in Georgië kan steunen op een netwerk, steunt op pure hypothesen. Verzoekers betogen ook dat niet werd onderzocht op welke wijze eerste verzoekers vrouw en zoon (tweede en derde verzoekers) zouden kunnen werken in Georgië.

Zij voeren aan dat de informatie die zij aanvoerden, aantoont dat de situatie van de arme bevolking in Georgië door de overheidsmaatregelen niet is verbeterd. Verzoekers betogen dat de neergelegde rapporten aantonen dat de financiële en concrete toegankelijkheid niet gegarandeerd is en dat de medische zorg van een enorme inferieure kwaliteit is. Verzoekers menen dat de verwerende partij zich ertoe beperkt vast te stellen dat er overheidsprogramma's zouden zijn zoals een ziekteverzekering,

maar dat geen enkel onderzoek naar de concrete werking van de praktijk en de concrete toegankelijkheid van de zorgen werd gevoerd, zoals uiteengezet in de vele rapporten die werden neergelegd.

Verzoekers uiten ook kritiek ten aanzien van de bijstand voor IOM en stellen dat een premie van 700 of 1000 euro niet voldoende is evenals een medisch plan. Zij wijzen erop dat IOM enkel een medisch plan opstelt en nagaat wat een mogelijke behandeling zou kosten, zodat niet wordt uitgelegd door de verwerende partij hoe verzoeker zelf de medische kosten ten laste zou moeten nemen en in welke mate de Georgische overheid zal tussenkomen. Zij wijzen er ook op dat de *Country Fact Sheet* van IOM zelf vermeldt dat veel medische kosten en vooral medicijnen niet ten laste worden genomen in het UHCP-programma. Deze bron vermeldt ook dat het merendeel van de medicijnen niet zijn gedekt door het staatsprogramma en dat de patiënten deze kosten zelf moeten dragen. Hoewel de kosten van diabetes zijn gedekt, zegt dit niets over de andere medische kosten in de medische behandeling en follow-up die nodig is, zoals hartproblemen, psychiatrische problemen, de nota psychotherapie en opvolging door een gastro-enteroloog en endocrinoloog. Wat betreft de psychiatrische follow-up en psychotherapie voeren verzoekers aan dat niet duidelijk is waar naar wordt verwezen in het rapport "*Global Institute on Psychiatry-Tbilisi*". Dit rapport vermeldt slechts dat er bijstand is voor kwetsbare personen, zonder dat de details worden vermeld. De verwijzing naar de "*Belgian Desk of Accessibility*" is eveneens een niet-publieke bron en is niet consulteerbaar voor verzoekers. Verzoekers herhalen dat uit het rapport van Asyls, dat zij neerlegden bij hun aanvraag, blijkt dat de medicatie voor het hart wel beschikbaar is in Georgië, maar dat deze kost het grootste obstakel is voor de toegang tot zorgen ondanks de universele ziekteverzekering. Uit een bijkomend schrijven van 30 september 2020 werden ook bijkomende rapporten opgemaakt en werd gewezen op het feit dat verzoekers niet de mogelijkheid hebben om te werken in Georgië en slechts een pensioen zullen hebben van 60 euro per maand, wat het voor hen onmogelijk maakt om te overleven gelet op de enorme kosten die de medische behandeling met zich meebrengt. Zij wijzen er ook nog op dat uit een rapport van OSAR blijkt dat de invoering van de ziekteverzekering in de overheidsprogramma's de toegang tot zorg voor 80% van de bevolking niet heeft verbeterd. Dit wordt ook bevestigd door de WHO en the European Observatory for Health System and Policies. Ook de *Country Fact Sheet* die in het advies wordt geciteerd bevestigd dat het merendeel van de medicijnen door de gezinnen zelf moet worden gedragen en hij ten laste wordt genomen door de verzekeringsprogramma's. Verzoekers benadrukken dat de kost van de zorg dermate hoog is dat zij er geen toegang toe zullen hebben.

4.2.7. Wat betreft de financiële toegankelijkheid van de door eerste verzoeker benodigde zorgen heeft de arts-adviseur in zijn advies vastgesteld dat:

- in 2017, de universele ziekteverzekering (UHCP) die voor alle burgers toegankelijk is werd geïmplementeerd. De UHCP voorziet volledige of gedeeltelijke dekking van de kosten verbonden aan alle basis of essentiële gezondheidsdiensten. Bijna alle inwoners worden gedekt, maar op een verschillend niveau naargelang leeftijd, inkomen, status en ziekte;
- in Georgië gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen alsook NGO's werkzaam in mentale gezondheidszorg aanwezig zijn. Er zijn geen grote obstakels voor consultatie van psychiaters en psychologen. Alsook bestaat sinds 2005 het "*Global Initiative on Psychiatry-Tbilisi*", wat resulteert in verschillende ziekenhuizen, ambulante opvangmogelijkheden, crisisinterventie, begeleiding naar de maatschappij na behandeling, speciale behandelingen voor kinderen. Al deze mogelijkheden en behandelingen zijn gratis en betaald door de overheid. Om te kunnen deelnemen moet men enkel in bezit zijn van een paspoort of ID kaart, een attest met diagnose van een Georgische arts en een foto;
- in het kader van diabetes mellitus bestaat er in Georgië een specifiek programma voor diabetes dat de kostprijs van de insuline volledig dekt;
- de sociale zekerheid voorziet in een uitkering bij pensioen, invaliditeit, armoede, ...;
- er geen bewijs voorligt van (algemene) arbeidsongeschiktheid en er geen elementen zijn waaruit kan blijken dat eerste verzoeker geen toegang heeft tot de Georgische arbeidsmarkt. Hij kan aldus ook zelf instaan voor de eventuele kosten verbonden aan de noodzakelijke zorgen. Bovendien geldt de beslissing eveneens voor de echtgenote en de meerderjarige zoon, die financiële steun kunnen bieden;
- de voorgelegde stukken waaruit blijkt dat de kwaliteit van de zorgen niet verzekerd is, van algemene aard zijn en tonen niet aan dat de specifieke medisch hulp die verzoeker nodig heeft, niet toegankelijk zou zijn.
- voor terugkeer kan beroep gedaan worden op IOM die evenzeer begeleiding voorziet bij re-integratie in het herkomstland.

4.2.8. Vooreerst merkt de Raad op dat de *Country Fact Sheet* waar de arts-adviseur in zijn advies naar verwijst, zich in het administratief dossier bevindt, zodat deze informatie wel degelijk toegankelijk is voor verzoekers.

Waar verzoekers aanvoeren dat de informatie in het medisch advies dateert uit 2019, werd er hoger reeds op gewezen dat hieruit niet *ipso facto* volgt dat deze informatie achterhaald of niet meer actueel zou zijn. Vooreerst is deze informatie niet zo oud dat deze niet meer relevant zou zijn, vervolgens komt het verzoeker toe aan te tonen aan de hand van objectieve informatie dat de bronnen waarop de arts-adviseur zich heeft gebaseerd onjuist, onvolledig en niet pertinent zouden zijn.

Waar zij betogen dat de concrete financiële toegankelijkheid niet werd onderzocht, merkt de Raad op dat de *Country Fact Sheet* uit 2019 waarnaar wordt verwezen, aangeeft dat de universele ziekteverzekering (UHCP) sinds haar opstart meermaals werd aangepast en dat meer wordt ingezet op hulp aan kwetsbaren en armen. De UHCP zou bijna alle inwoners dekken, op een verschillend niveau afhankelijk van de leeftijd, inkomen, status en ziekte en heeft geleid tot een aanzienlijke stijging van de medische toegang. Verzoekers stellen dat de effectieve werking van deze verzekering niet werd onderzocht. Hiermee voeren ze echter geen informatie aan waaruit kan blijken dat de ziekteverzekering niet effectief is en beperken ze zich tot vage beweringen. De Raad stelt vast dat de bevindingen van de arts-adviseur ter zake steun vinden in de door hem geconsulteerde bron –meer bepaald de *Country Fact Sheet, Access to Healthcare Georgia* van 2019. Uit dit rapport blijkt dat elke Georgische burger in aanmerking komt voor de UHCP, dat de focus ligt op kwetsbare en arme mensen en dat ondertussen ongeveer 90-95% van de bevolking is verzekerd. Sinds de introductie van de UHCP blijkt dat meer en meer Georgiërs toegang hebben tot kwalitatieve gezondheidszorgen (pp. 29-30). Verder blijkt dat patiënten die lijden aan een aandoening die gedekt wordt door een staatsprogramma een nog betere dekking hebben van de kosten verbonden aan gezondheidszorg (p. 39). Sociaal kwetsbare gezinnen kunnen financiële ondersteuning krijgen voor medicatie voor chronische ziekten, zoals onder meer hartaandoeningen (p. 34). Behandelingen onder het staatsprogramma voor mentaal welzijn worden gratis verstrekt aan alle Georgiërs (p. 46). Op pagina 49 blijkt meer specifiek om welke zorgen het gaat, waarbij het niet alleen gaat om de consultaties, opvolging maar ook om medicatie voorgeschreven door een psychiater.

Ook de bronnen BDA-20170512-GE-6529 en BDA-20131108-GE-0002 waarnaar de arts-adviseur verwijst stellen uitdrukkelijk dat in Georgië gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen zijn, dat er NGO's werkzaam zijn in de mentale gezondheidszorg, en dat er geen grote obstakels zijn voor consultatie van psychiaters en psychologen. De "*Global Initiative on Psychiatry – Tbilisi*" (GIP-T) bestaat sinds 2005. Er zijn ziekenhuizen, ambulante opvangmogelijkheden, crisisinterventie, begeleiding, begeleiding naar de maatschappij na behandeling, speciale behandeling voor kinderen. Al deze mogelijkheden en behandelingen zijn gratis en betaald door de overheid. Voor deelname aan dit programma is het bezit van een paspoort of ID kaart vereist, een attest met diagnose van een Georgische arts en een foto. Opnieuw voeren verzoekers aan dat deze informatie onvoldoende concreet maakt of eerste verzoeker effectief toegang zal krijgen; daarmee brengen zij geen enkel gegeven aan dat de bevindingen van de arts-adviseur kan weerleggen.

Verzoekers verwijzen naar rapporten van het WHO, Oxfam International, International SOS en van OSAR evenals naar rapporten van het WHO, The European Observatory on Health System and Policies en twee krantenartikelen. Dat in deze artikelen en rapporten kritiek wordt geuit op de deregulering van de medische sector, wat het vertrouwen in de medische sector zou aantasten, toont niet aan dat eerste verzoeker geen toegang zal hebben tot de noodzakelijke zorg. In het medisch advies wordt terecht opgemerkt dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet vereist dat het niveau van de medische zorg in het land van herkomst hetzelfde zou zijn als in België. Verzoekers maken met het aanhalen van deze informatie ook niet aannemelijk dat de tekortkomingen en lacunes in het gezondheidssysteem van Georgië van die aard zouden zijn een terugkeer verzoeker zou blootstellen aan een risico op schending van artikel 3 van het EVRM. Door aan te voeren dat ook rekening moest worden gehouden met de staat en de duur van hun verblijf in België, leeftijd, bestaansmiddelen, staat van de wegen, de sociale status, tonen verzoekers niet aan dat ten onrechte werd verwezen naar de ziekteverzekering en de overheidsprogramma's in Georgië. Verzoekers brengen geen enkel concreet element aan waarom er, wat hen betreft, geen aanspraak zou kunnen worden gemaakt op deze steun.

Verzoekers verwijzen naar een citaat uit een rapport van Asyls (uit 2018) waar gesteld wordt dat de kost van deze farmaceutische producten het grootste obstakel is voor toegang tot zorgen in Georgië en ondanks de universele ziekteverzekering die werd geïnstalleerd door de Georgische overheid, deze absoluut onafdoende is om een reële toegankelijkheid en een adequate toegang tot deze

levensnoodzakelijke medicijnen te garanderen. Zij tonen hiermee echter niet aan dat, nu zij naast de universele ziekteverzekering ook kostendekking kunnen krijgen via het staatsprogramma voor diabetes, geen financiële toegang zullen hebben tot de benodigde specifieke medicatie.

Waar verzoekers aanvoeren dat eerste verzoeker werd erkend als gehandicapte, doet dit geen afbreuk aan het motief dat eerste verzoekers echtgenote en oudste zoon kunnen werken en hem financieel kunnen bijstaan. Dat dit laatste volgens verzoekers slechts een hypothese zou zijn, is niet meer dan een ongestaafde bewering. Er blijkt uit verzoekers' betoog nergens waarom het motief dat tweede en derde verzoekers eerste verzoeker niet zouden kunnen steunen onzorgvuldig, onjuist, of kennelijk onredelijk zou zijn. De citaten uit "Tokhadze, 2016" en het rapport van Asyls van oktober 2018 met betrekking tot de hoge prijs van medicatie, is zeer algemeen en doet geen afbreuk aan de vaststelling dat de insuline die eerste verzoeker behoeft gratis is. Dit alles nog temeer nu op pagina 7 van het rapport van Asyls ook erkend wordt dat in 2017 medicatie voor chronische ziekten werd opgenomen in de UCHP net om tegemoet te komen aan het obstakel inzake de hoge prijs van medicatie.

Naast het feit dat verzoekers niet aantonen dat zij geen gebruik zouden kunnen maken van de UHCP en het staatsprogramma voor mentaal welzijn, en voor zover uit de door hen aangehaalde rapporten kan blijken dat niet alle zorgen gedekt worden, gaan verzoekers er ook aan voorbij dat de arts-adviseur vastgesteld heeft dat, indien er toch kosten zouden verbonden zijn aan de door eerste verzoekende partij benodigde zorgen, uit niets blijkt dat eerste verzoekers echtgenote en hun meerderjarige zoon niet via arbeid zouden kunnen instaan voor deze kosten. Ook blijkt niet dat zij geen gebruik kunnen maken van de Georgische sociale zekerheid dat ook in een uitkering voorziet voor onder meer arme gezinnen.

Verzoekers tonen niet aan dat de verschillende opties ter zake die de arts-adviseur naar voren heeft geschoven, al dan niet in combinatie met elkaar, niet afdoende zijn om de benodigde medische zorg voor hen financieel toegankelijk te maken.

4.2.9. Verzoekers uiten verder kritiek op de kwaliteit van de medische zorgen in Georgië. In het medisch advies heeft de arts-adviseur erop gewezen dat:

"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 v/aar 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 Raad benadrukt dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verwerende partij aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, waarbij tevens moet opgemerkt worden dat ook in België soms wachttijden bestaan alvorens men bij een specialist terecht kan of kan worden opgenomen voor mentale problemen, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de arts-adviseur vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is.

De arts-adviseur heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat eerste verzoekende partij kan reizen en in Georgië kan beschikken over de nodige opvolging door artsen met de vereiste specialisaties alsook de benodigde medicatie kan bekomen.

De arts-adviseur heeft dan ook de in artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen. Het loutere gegeven dat er in het algemeen opmerkingen kunnen worden geplaatst bij de

kwaliteit van de zorgverlening in Georgië toont geenszins aan dat de zorg aldaar dermate ondermaats is dat niet meer kan gesproken worden van een adequate behandeling.

4.2.10. Waar verzoekende partijen zich ook beroepen op een schending van artikel 3 van het EVRM wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, *N./ Verenigd Koninkrijk*). Het begrip “*uitzonderlijke gevallen*” werd nader omschreven in de zaak *Paposhvili / België* (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde:

“183. The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.” (Het Hof oordeelt dat onder “*andere zeer uitzonderlijke gevallen*” zoals bedoeld in de zaak *N v. Verenigd Koninkrijk* die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 van het EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen).

In casu tonen verzoekers dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat eerste verzoekende partij in Georgië over de nodige medische zorgen kan beschikken en er toegang toe heeft. Een schending van artikel 3 van het EVRM kan niet worden aangenomen.

Het loutere gegeven dat de toegankelijkheid van de zorgen niet volstrekt gegarandeerd kan worden, dat de zorgen van een lager niveau zijn dan dit het geval is in België, en evenmin kosteloos zijn, niet van aard is afbreuk te doen aan de inhoud van het advies van de arts-adviseur.

Het derde middelonderdeel is niet gegrond.

Het middel is niet gegrond.

4.3.1. Ten aanzien van de bevelen om het grondgebied te verlaten voeren verzoekers het volgende middel aan:

“Manifeste appreciatiefout en schending van:

van de artikelen 62, 74/13 en 74/14 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en verwijdering van vreemdelingen; artikel 3 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens;

artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de formele motivering van de bestuurshandelingen;

van het administratief rechtsbeginsel van de zorgvuldige voorbereiding van bestuurshandelingen en schending van het administratief rechtsbeginsel van behoorlijk bestuur volgens hetwelk, onder anderen, men recht op een eerlijke administratieve procedure heeft en de administratie serieus en zorgvuldig werkt;

1. In rechte

Artikel 74/13 VW:

“Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land.”

Artikel 74/14 VW:

“§ 1. De beslissing tot verwijdering bepaalt een termijn van dertig dagen om het grondgebied te verlaten.

Voor de onderdaan van een derde land die overeenkomstig artikel 6 niet gemachtigd is om langer dan drie maanden in het Rijk te verblijven, wordt een termijn van zeven tot dertig dagen toegekend.

§ 3. Er kan worden afgeweken van de termijn bepaald in § 1 indien:

1° er een risico op onderduiken bestaat, of;

2° de onderdaan van een derde land de opgelegde preventieve maatregel niet heeft gerespecteerd, of;

3° de onderdaan van een derde land een bedreiging is voor de openbare orde of de nationale veiligheid, of;

4° de onderdaan van een derde land niet binnen de toegekende termijn aan een eerdere beslissing tot verwijdering gevolg heeft gegeven, of; 5° het verblijf op het grondgebied werd beëindigd in toepassing van artikel 11, § 2, 4°, artikel 13, § 2bis, § 3, 3°, § 4, 5°, § 5, of artikel 18, § 2, of;

6° de onderdaan van een derde land meer dan twee asielaanvragen heeft ingediend, behalve indien er nieuwe elementen zijn in zijn aanvraag. In dit geval bepaalt de beslissing tot verwijdering een termijn van minder dan zeven dagen ofwel geen enkele termijn.”

De andere rechtsnormen werden uiteengezet in het kader van het tweede middel, waarnaar hier wordt verwezen.

2. Toepassing in casu

2.1 Eerste onderdeel

De bevelen om het grondgebied te verlaten zijn onwettig daar zij stoelen op een 9ter-beslissing die onwettig is, voor de redenen uiteengezet in het vorig middel, waarnaar hier wordt verwezen.

2.2 Tweede onderdeel

De bevelen om het grondgebied te verlaten zijn onwettig daar er geen zorgvuldige analyse onder artikel 3 EVRM werd gevoerd vooraleer zij genomen werden, en er geen motivering daaromtrent staat in de motivering van de bevelen (RvS nr 239.259, 28.09.2017).

Artikel 3 EVRM, de zorgvuldigheidsplicht, en de motiveringsplichten worden dus geschonden.”

4.3.2. Zoals verzoekers zelf aangeven, volgt uit de verwerping van het middel ten aanzien van de eerste bestreden beslissing, dat deze grieven evenmin kunnen worden aangenomen ten aanzien van de bevelen om het grondgebied te verlaten. Ook met betrekking tot artikel 3 van het EVRM werd onder het eerste middel besproken waarom er thans geen schending van artikel 3 van het EVRM aannemelijk wordt gemaakt.

Het middel is niet gegrond.

5. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben 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. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zeventien mei tweeduizend tweeëntwintig door:

dhr. C. VERHAERT,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. A.-M. DE WEERDT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

A.-M. DE WEERDT

C. VERHAERT