

Arrest

nr. 304 903 van 16 april 2024
in de zaak RvV X / IX

In zake: X
 X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat A. LOOBUYCK
 Langestraat 46/1
 8000 BRUGGE

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X die verklaren van Bengalese nationaliteit te zijn, op 27 december 2023 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 31 oktober 2023 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

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.

Gezien het verzoek en de instemming om gebruik te maken van de louter schriftelijke procedure met toepassing van artikel 39/73-2 van voormelde wet.

Gelet op de beschikking van 26 februari 2024 waarbij het sluiten van de debatten wordt bepaald op 5 maart 2024.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoekers dienen op 22 september 2023 een aanvraag tot verblijfsmachtiging in met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 31 oktober 2023 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie een beslissing waarbij hij verzoekers' verblijfsaanvraag ontvankelijk doch ongegrond verklaart, aan hen ter kennis gebracht op 27 november 2023. Dit is de bestreden beslissing, waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 22.09.2023 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*C. (...), N. (...) N. (...) (R.R.: (...)),
geboren te (...) op (...)*

C. (...), A W. (...) (R.R. (...)),
geboren te (...) op (...)
Alias: C. (...), S. (...) I. (...) (R.R.: (...))
Nationaliteit: Bangladesh
Adres: (...)

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

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor C. (...), A W. (...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 24 10.2023 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Bangladesh.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

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."

De gemachtigde nam op 31 oktober 2023 ten aanzien van verzoekers ook telkens een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Tegen deze beslissingen stelden verzoekers eveneens een beroep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad), gekend onder de rolnummers 307 526 en 307 532.

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In een eerste middel voeren verzoekers de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991). Uit de bewoordingen van het middel blijkt dat verzoekers tevens het zorgvuldigheidsbeginsel geschonden achten. Ter adstruering van hun eerste middel, zetten verzoekers het volgende uiteen:

"II.1.1. Verzoekende partij meent dat verwerende partij artikel 9ter, §1, lid 5 van de Vreemdelingenwet en de materiële motiveringsplicht heeft geschonden.

Artikel 9ter, § 1, lid 5 VW luidt als volgt:

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

In casu is dit niet correct gebeurd.

II.1.2. Het standaard medisch getuigschrift vat de nodige medische zorg en medicatie als volgt samen:

(...)

De verwerende partij meent dat alle nodige medische zorg beschikbaar is. Zij citeert hiervoor een aantal niet-publieke MedCOI-bronnen.

II.1.3. Geen van deze MEDCOI-bronnen vermeldt WAAR de medicatie/medische zorg in kwestie voorhanden zou zijn. Het is duidelijk dat deze informatie expres (en niet per ongeluk) weggelaten is. Het werd er gewoon afgeknipt.

De enige verklaarbare uitleg hiervoor is dat de verwerende partij het succesvol aanvechten van haar beslissing wenst te bemoeilijken.

Dit getuigt van een gebrek aan fair play en is onaanvaardbaar. Als de verwerende partij overtuigd is van haar standpunt, dan zou er geen reden mogen zijn om de verificatiemogelijkheden van de verzoekende partij te beknotten.

Zo stelde de Raad reeds (RvV 240 257 dd. 31 augustus 2020):

(...)

Het slechts gebrekkig citeren van de geconsulteerde bronnen maakt het voor de verzoekende partij onmogelijk om deze info te verifiëren.

Zij weet immers niet bij welke instellingen zij deze informatie bevestigd kan zien, bij gebreke aan plaatsaanduiding. Het is ook onbegrijpelijk dat de verwerende partij wel de moeite doet om die bronnen te citeren, maar deze essentiële informatie weglaat... Men zou bijna denken dat zij iets te verbergen heeft.

De enig makkelijk verifieerbare bron is deze aangaande de urinecatheter, aangezien daar expliciet de internetlink bij vermeld staat.

Het administratief dossier is, omwille van privacyredenen, moeilijk te bekomen. Men moet de kopieën fysiek bij de verwerende partij gaan afhalen en een afspraak kan zeer lang op zich laten wachten. Dit is aldus een zeer groot obstakel, dat de opmaak van een beroep met kennis van zaken ten eerste bemoeilijkt.

Aldus werden in casu de artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, j° art. 9ter Vreemdelingenwet manifest geschonden.

Er is echter nog een reden waarom de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 j° artikel 9ter Vreemdelingenwet geschonden werden.

De bestreden beslissing bespreekt het medicament "Coveram" als volgt:

6. Coveram - Perindopril + Amlodipine, Ace inhibitor + Calciumantagonist tegen hypertensie

Bij de verificatie van de beschikbaarheid stelt de beslissing het volgende:

6. Perindopril + Amlodipine	
Source	AVA 15363
Information Provider	International SOS
Priority	Normal (14 days)
Request Sent	03/12/2021
Response Received	16/12/2021
Medication	perindopril + amlodipine
Medication Group	Cardiology: anti- hypertension; combinations
Type	Current Medication
Availability	Available

De betreden beslissing stelt dus alternatieve medicatie voor, doch dient dit te doen op een wijze die voor een leek verstaanbaar is. Het is niet duidelijk waarom de bestreden beslissing verder niets meer stelt over "Ace Inhibitor + Calciumantagonist".

2.2 In een tweede middel voeren verzoekers wederom de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en van het materiële motiveringsbeginsel. Ter adstruering van hun tweede middel, zetten verzoekers het volgende uiteen:

"II.2.1. Ook het onderzoek aangaande de toegankelijkheid van de Bengaalse gezondheidszorg gebeurde gebrekkig.

De verwerende partij meent dat de gezondheidszorg in Bangladesh toegankelijk is en baseert zich hiervoor op volgende bronnen:

- 1 *Fact Finding Mission Report: Bangladesh. 2016. p.13.*
- 2 *Fact Finding Mission Report Bangladesh, 2016, p 14.*
- 4 *Fact Finding Mission Report: Bangladesh, 2016, p.15.*
- 5 *Fact Finding Mission Report: Bangladesh, 2016, p, 21.*
- 6 *Fact Finding Mission Report: Bangladesh, 2016. p, 22,*
- 7 *Fact Finding Mission Report: Bangladesh, 2016, p. 23,*

De voetnoten zijn vage verwijzingen, waaruit niets kan worden opgemaakt zonder administratief dossier, dat zoals voormeld moeilijk te bekomen is.

Opnieuw betreft dit strikt genomen eigenlijk, zoals in het eerste middel reeds aangehaald, een schending van de formele motiveringsverplichting.

II.2.2. De verzoekende partij stelde reeds in haar aanvraag:

*"Een gespecialiseerde opvolging kan cliënt echter niet krijgen in zijn land van herkomst, Bangladesh, gezien er een probleem heerst omtrent de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zo wordt er verwacht dat patiënten zelf financieel instaan voor de medische zorg die ze krijgen en de medicatie die ze nodig hebben. Bovendien lopen deze kosten erg op waardoor meeste Bengalen dit niet kunnen betalen. Dit probleem wordt omschreven in het artikel: Free healthcare for the poor", (stuk 3)
<https://www.thedailystar.net/frontpage/free-healthcare-ultra-poor-1199365>*

"With the out-of-pocket health expenses in Bangladesh standing at 63 percent, the SSK aims to protect the poor from catastrophic consequences of diseases, health ministry officials said.

Around 64 lakh people in the country get poorer every year due to high medical costs, according to a 2010 research by the icddr,b."

*Bovendien wordt de gezondheidszorg in Bangladesh ook gekenmerkt door corruptie. Zo wordt er verwacht dat Bengalen het medisch personeel omkopen om iets van medische zorg te krijgen. Verder wordt er soms ook medisch personeel aangenomen zonder dat ze hiervoor opgeleid zijn of een diploma kunnen voorleggen. De heersende corruptie binnen de gezondheidszorg in Bangladesh wordt besproken in het rapport: "Bangladesh: overview of corruption and anti-corruption with a focus on the health sector", (stuk 4)
file:///C:/Users/administratie.halius/Downloads/ publication bangladesh-overview-of-corruption-and-anti-corruption-with-a-focus-on-the-health-sector.pdf*

'According to a survey by TI Bangladesh, 40.2% of healthcare seekers were victims of different kinds of irregularities and corruption. In particular, 21.5% reported making irregular payments, averaging 258 taka (US\$3.24), almost a third of which (32.6%) were made to ambulance services. Moreover, 31.7% of the households who paid unauthorised money did so to get services quicker, 27.2% to get a better service, and 46.5% because it was the only way to obtain a service (TI Bangladesh 2012a).

Grand corruption in the health sector: Beyond bribery and unauthorised payments, a number of other irregularities exist in both the public and private healthcare sectors in Bangladesh. One recent study by TI Bangladesh found the main types of irregularities to include: • Politically influenced recruitment, promotion and transfer of doctors, often involving illegal financial transactions and overlooking requirements on length of service, qualifications, exam scores and annual confidential reports. • Selective training often depriving the most deserving candidates of training opportunities while financially benefiting others. • Political influence and collusion in the selection of contractors for food supplies and purchase of unnecessary medical equipment. • Doctors failing to fulfil their official hours of service. • Private healthcare institutions employing unregistered

doctors and doctors with fake qualifications, or failing to employ the legally required minimum number of doctors and support staff. • Private diagnostic centres maintaining contracts with doctors in exchange for a commission ranging from 10-50%) (TI Bangladesh 2014b). The same study found that reports of financial irregularities in the health sector are also common in Bangladesh. In one recent case, the World Bank threatened to withdraw financial assistance to Bangladesh's Health Population and Nutrition Sector Development Program after audit investigations found financial irregularities of Tk160 crore (US\$20 million) committed by twenty mid-level managers. A subsequent review by the World Bank's International Development Association found indications of inappropriate procurement practices and fraudulent activities, including the procurement of unapproved items, deliberate avoidance of competitive procedures, and honorariums paid to directors for training programmes which they didn't attend (Bangladesh Chronicle 2014)."

Zie ook artikel: *Corruption and healthcare*" (stuk 5) <https://cpd.org.bd/corruption-and-healthcare/>

"Corruption is prevalent in all sectors of the economy. Healthcare is by no means an exception. From mis-invoicing the price of medical equipment to pretending to be doctors, corrupt individuals have adopted many methods to use public resources for their private gain. This pervasive nature of corruption tends to reduce the effectiveness of government spending in healthcare. As a result, the quality of healthcare is appalling and the quantity of healthcare is inadequate."

De gebreken in de gezondheidszorg worden ook toegelicht in het artikel "7 facts about healthcare in Bangladesh" (stuk 6) <https://borgenproject.org/healthcare-in-bangladesh/>

Bangladesh has a pluralistic healthcare system. This healthcare system is highly decentralized. As a result, it is regulated and controlled by for-profit companies, NGOs, the national government and international welfare organizations. This shared power has caused many problems, including unequal treatment programs between social classes. Even though the laws and overall system are spearheaded and steered by the Ministry of Health and Family Welfare, other organizations have considerable influence on the decision-making.

There is a shortage of physicians, specialists and clinical equipment. In Bangladesh, the number of physicians per 10,000 people is only about 3.06, which is significantly low. The number of nurses per 10,000 people is even lower, standing at 1.07. Additionally, only 35% of health and clinical facilities in the country have more than 75% of sanctioned staff working and there is a 36%o vacancy in sanctioned healthcare workers. There is also a 50%> vacancy in alternative medicine providers. These numbers are one of the reasons that Bangladesh's quality of healthcare is low compared to many other Asian countries.

Non-communicable diseases are the leading cause of death in Bangladesh. Most deaths are caused by cardiovascular diseases, cancers, diabetes, chronic respiratory diseases and malnutrition. There are almost no alcohol-related deaths due to alcohol consumption and sale being illegal in the country. A 2016 study by the World Health Organization (WHO) found that tobacco usage has decreased for both men and women, with only 23%o of the population using tobacco products. Obesity has remained low, rising slightly, but still only affected 2%o of adolescents and 3%o of the adult population. However, poor nutrition is still prevalent, leading to diabetes and high blood pressure.

Most physicians and healthcare workers are concentrated in urban areas. Rural areas often do not have proper healthcare facilities. To remedy this, the national government has set up many government-funded hospitals in rural areas that provide cheaper treatment for rural citizens. However, these hospitals are often poorly funded, understaffed and overly crowded due to a limited number of healthcare options in rural areas.

Enrollment in medical colleges and healthcare training facilities has increased. This will benefit the country by increasing the number of healthcare workers in proportion to the population. However, this is only a recent trend and these future healthcare workers must complete their education and training before being able to fully practice their professions. The HPNSDP (Health, Population and Nutrition Sector Development Program) have already begun drafting and implementing a plan to further increase the number of nurses and midwives through training and education facilities.

Socioeconomic inequality affects healthcare in Bangladesh. One area this can be seen in is infant mortality. The infant mortality rate for the lowest income quintile is 35 deaths per 1000 births, while infant mortality for the highest income quintile is only 14 deaths per 1000 births. One of the main reasons for this inequality is that most poor Bangladeshis live in rural areas that do not have adequate hospital facilities. However, even in urban areas, socioeconomic inequality has a large impact. A person with more money is generally able to receive better healthcare than someone who is poorer and cannot afford certain treatments or services. This is due to the fact that the healthcare system is decentralized and partially run by for-profit healthcare and pharmaceutical companies.

Limited government funding has led to high out-of-pocket payments. One of the other reasons poorer citizens in Bangladesh cannot afford certain treatments or services is high out-of-pocket costs. On average, Bangladeshi citizens must pay 63.3% of the total cost, while the government pays the rest. This system creates a significant financial burden for impoverished families, sometimes forcing them to either forego treatment or go into debt. To reduce this burden, the government must increase healthcare funding."

Aldus is het duidelijk dat constante controle en opvolging niet mogelijk is. Er heerst een probleem aangaande de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Bangladesh die bovendien ook gekenmerkt wordt door corruptie. "

Deze bronnen schetsen een ontluisterend beeld van de Bengaalse gezondheidszorg.

De verwerende partij stelt dat deze 'algemene' informatie geen betrekking zouden hebben op de individuele situatie van betrokkene.

Nochtans is de verzoekende partij een Bengaalse Staatsburger, waarop de Bengaalse gezondheidszorg van toepassing zou zijn mocht de thans bestreden beslissing finaal leiden tot een terugkeer.

II.2.3. Verwerende partij geeft geen gedegen repliek op bovenvermelde bronnen.

Wat stelt zij hier dan wel tegenover?

Een algemene, niet verifieerbare uitleg, over de groeiende private en informele sector met onder andere de vele apothekers. Er kan moeilijk ontkend worden dat "de informele sector" en "steekpenningen" geen verband met elkaar zouden houden...

Er wordt ook gesteld dat verzoekende partij aan een "mentale aandoening" zou lijden, doch dat er verschillende psychiaters zouden werken in de ziekenhuizen en medicatie en psychotherapie beschikbaar zou zijn. Nochtans valt nergens uit het standaard medisch getuigschrift af te lijden dat de verzoekende partij mentale Problemen heeft of een psychiater nodig heeft... Dit illustreert aldus de onzorgvuldigheid van het gevoerde onderzoek door de verwerende partij!

Het moge aldus duidelijk zijn dat het onderzoek naar de toegankelijkheid van de medische zorg in Bangladesh een ernstiger en objectiever onderzoek vereist dan wat de verwerende partij thans gedaan heeft. De motieven zijn aldus niet deugdelijk.

Ook op dat punt schendt de thans bestreden beslissing aldus manifest artikel 9ter VW, evenals het beginsel van de materiële motiveringsverplichting."

2.3 Gelet op hun onderlinge samenhang, worden de middelen samen behandeld.

De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Voormelde artikelen verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (cf. RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). De bestreden beslissing moet duidelijk de determinerende motieven aangeven op grond waarvan tot de ongegrondheid van de aanvraag wordt besloten.

De Raad stelt vast dat de bestreden beslissing zowel in feite als in rechte is gemotiveerd. In de motivering van de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, met name artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, en wordt uitdrukkelijk verwezen naar het medisch advies van 24 oktober 2023 waarin de arts-adviseur oordeelt dat uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat eerste verzoeker op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. Dit zijn de determinerende motieven waarom de aanvraag bijgevolg ongegrond wordt verklaard.

Het medisch advies van de arts-adviseur werd, samen met de bestreden beslissing, onder gesloten omslag aan verzoekers ter kennis gebracht. Blijkens de bewoordingen van deze beslissing is zij volledig opgehangen aan het advies van de arts-adviseur, dat luidt als volgt:

"C. (...), A W. (...) (R.N. (...))

Mannelijk

Nationaliteit: Bangladesh

Geboren op (...)

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 22.09.2023.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Medische attesten:

1. Standaard Medisch Getuigschrift - 22/06/2023 - Dr. J. (...) M. (...) M. (...)
2. Consultatieverslag neurologie - 12/06/2023 - Dr. N. (...) A. (...)
3. Verslag endoscopie - 09/06/2023 - Dr. M. (...) P. (...)
4. Verslag spoedopname - 31/03/2023 - Dr. L. (...) M. (...) L. (...)
5. Verslag spoedopname (vervolg op 4) - 31/03/2023 - Dr. I. (...) B. (...)

Actuele aandoeningen:

1. Parkinsonisme (Syndrome Parkinsonien akinéto rigide). Dit is niet de ziekte van Parkinson maar gelijkaardige Symptomen van de ziekte uitgelokt door een andere factor, mogelijks de cerebrovasculaire voorgeschiedenis. De neuroloog merkt wel op dat de gangproblemen niet verbeteren door de behandeling.
2. Cardiaal Arteriële hypertensie en voorkamerfibrilleren. Wordt in SMG vermeld maar nergens anders besproken of geobjectiveerd. Betrokkene neemt wel medicatie die bij deze aandoeningen passen.
3. Diabetes Mellitus. Type onduidelijk want wordt niet vermeld. Wordt verder niet opnieuw vermeld. Er zijn geen labowaardes zoals HbA1c vermeld. Er is 1 glucosemeting in het spoedverslag en deze is goed. Betrokkene neemt geen medicatie voor deze aandoening. Op het SMG staat ook diabetische retinopathie. Als dit zo is wordt het nergens anders gestaafd of opnieuw vermeld. Het SMG vermeldt dat de betrokkene gevolgd zou worden door een diabetologe.
4. Dyslipiemie
5. Chronische constipatie en urinaire retentie/incontinentie. Het endoscopisch onderzoek vond geen bijzonderheden. Voor de urinaire Problemen gebruikt betrokkene een cystocatheter.

Op het SMG staat hemiplegie links, maar dit moet wellicht een hemiparese zijn, en is een restletsel van de cerebrovasculaire accidenten.

De rectosigmoidoscopie vond geen bijzonderheden.

De spoedopname was voor een bloeding na tandextractie Dit was gelimiteerd in de tijd en is nu niet meer acuut of relevant.

Behandeling:

A. Zorgen

1. Diabetoloog
2. Cardioloog
3. Neuroloog
4. Uroloog
5. Kinésithérapie
6. Verpleging aan huis
7. Suprapubische katheter

De katheter kan verzorgd en vervangen worden door de verpleging aan huis.

B. Medicatie

1. Lixiana - Edoxaban, anticoagulantia
2. Tamsulosine - Alfablokker, voor urinaire klachten
3. Bisoprolol - Bètablokker
4. Lasix - Furosemide, lisdiuretica
5. Atorvastatine - Statine, verlaagd cholesterol
6. Coveram - Perindopril + Amlodipine, Ace inhibitor + Calciumantagonist, tegen hypertensie
7. Prolopa - Levodopa + Benserazide, behandeling parkinsonisme

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

- *Aanvraag MEDCOI van 21.07.2023 met het unieke referentienummer 17102*
- *Aanvraag MEDCOI van 03.10.2023 met het unieke referentienummer 17340*
- *Aanvraag MEDCOI van 24.11.2022 met het unieke referentienummer 16334*
- *Aanvraag MEDCOI van 06.06.2023 met het unieke referentienummer 16917*
- *Aanvraag MEDCOI van 26.09.2022 met het unieke referentienummer 16153*
- *Aanvraag MEDCOI van 16.12.2021 met het unieke referentienummer 15363*
- *Aanvraag MEDCOI van 20.06.2022 met het unieke referentienummer 15867*

A. Zorgen

1. Diabetoloog/endocrinoloog

[...]

*Inpatient treatment by an endocrinologist
Available*

*Outpatient treatment and follow up by an endocrinologist
Available*

2. Cardioloog

[...]

*Inpatient treatment by a cardiologist
Available*

*Outpatient treatment and follow up by a cardiologist
Available*

3. Neuroloog

[...]

*Inpatient treatment by a neurologist
Available*

*Outpatient treatment and follow up by a neurologist
Available*

4. Uroloog

[...]

*Inpatient treatment by an urologist
Available*

*Outpatient treatment and follow up by an urologist
Available*

5. Kinesithérapie

*Inpatient treatment by a physical therapist
Available*

*Outpatient treatment and follow up by a physical therapist
Available*

6. Verpleging aan huis

[...]

Home care: care at home by a nurse
Available

7. Catheter

Op medcoi was hier geen informatie over te vinden. Ik heb dus verder op het internet gezocht.
<https://aleeefurgical.com/product/all-silicone-catheter-12fr/>

[...]

B. Medicatie

1. Edoxaban

[...]

Not Available

Zoals u kan zien is Edoxaban niet beschikbaar. De waardige alternatieven Apixaban, Dabigatran, en Rivaroxaban zijn wel beschikbaar.

2.1.2.1.2 Directe orale anticoagulantia (DOAC's)	
↗	alle verpakkingen weergeven
🧴	Apixaban
🧴	Dabigatran
🧴	Edoxaban
🧴	Rivaroxaban
Medication	apixaban
Medication Group	Cardiology: anti blood clotting
Type	Alternative Medication
Availability	Available
Medication	dabigatran
Medication Group	Cardiology: anti blood clotting
Type	Alternative Medication
Availability	Available
Medication	rivaroxaban
Medication Group	Cardiology: anti blood clotting
Type	Alternative Medication
Availability	Available

2. Tamsulosine

[...]

Available

3. Bisoprolol

[...]

Available

4. Furosemide

[...]

Available

5. Atorvastatine

[...]

Available

6. Perindopril + amlodipine

[...]

Available

7. Levodopa + benserazide

[...]

Available

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in 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.

In Bangladesh zijn er 4 factoren binnen de gezondheidszorg: de overheid van Bangladesh, de niet-gouvernementele sector, de private sector en de informele sector. Patiënten kunnen kiezen tot welke sector ze zich wenden. Er bestaat een doorverwijssysteem, maar dit is niet verplicht. De Bengaalse overheid is bij grondwet verantwoordelijk voor het organiseren van de gezondheidszorg en dit op alle administratieve niveaus van het land.

De publieke gezondheidszorg valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Gezondheid en Familiewelzijn, behalve dan de primaire gezondheidszorg in verstedelijkte gebieden. Deze valt onder de competentie van het Ministerie van Lokaal Bestuur, Plattelandsontwikkeling en Coöperatieven. Complementair aan het publieke netwerk voorziet de niet-gouvernementele sector vooral in preventieve en basiszorg.

De private sector groeit heel snel met vooral ziekenhuizen in verstedelijk gebied, maar de betere kwaliteit van zorgen komt ook met een hogere prijs. De informele sector met onder andere de vele apothekers is dan weer heel toegankelijk voor de bevolking

Medicijnen die op de lijst van Essentiële geneesmiddelen staan, zijn samen met een aantal andere medicijnen, gratis. Wanneer het medicijn niet beschikbaar blijkt te zijn in de apotheek van het ziekenhuis, dient de patiënt deze te bekomen in een andere apotheek.

Bij terugkeer naar Bangladesh kan betrokkene onder meer terecht in de vele publieke ziekenhuizen in de hoofdstad Dhaka. Zo is er het Dhaka Medical College Hospital, het grootste publieke hospitaal in Dhaka, waar de medische zorgen gratis zijn. Soms wordt een kleine bijdrage gevraagd aan hen die het zich kunnen veroorloven. Medicatie is er gratis en gesubsidieerd door de overheid. Betrokkene lijdt aan een mentale aandoening. Het ziekenhuis kent een afdeling die zich toelegt op mentale gezondheidszorg, dit zowel voor inpatienten als outpatients. Er werken verschillende psychiaters en patiënten worden meestal met medicatie behandeld, al is er ook psychotherapie beschikbaar.

De advocaat van betrokkene haalt het probleem van steekpenningen en corruptie aan waardoor medische zorgen duur en niet toegankelijk zouden zijn. De advocaat haalt hiervoor een aantal algemene bronnen aan. Hij haalt geen documenten aan die op betrokkene persoonlijk van toepassing zijn. Wat betreft de verwijzing naar corruptie dient gesteld:

"Het EHRM heeft 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, Müslim/Turkije, § 68)."

De beslissing is van toepassing op verzoekster én haar partner. Betrokkenen tonen niet aan dat zij niet kunnen instaan voor de kosten die gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp. Tijdens zijn interview d.d. 26.11.2015, in het kader van zijn asielprocedure, verklaarde C. (...) A.W. (...) dat hij over veel financiële middelen beschikt. Zo zou hij een markt hebben in Comilla en een hotel en veel eigendommen in Dhaka. Bovendien lijkt het erg onwaarschijnlijk dat verzoekers in het land van herkomst geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. In hun interviews in het kader van de asielprocedure d.d. 09.12.2021 en 07.04.2022 gaven betrokkenen en diens echtgenote ook aan nog contact te hebben met familieleden en vrienden in het land van herkomst.

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

Conclusie:

Betrokkene is een man van 65 uit Bangladesh met parkinsonisme en cardiale Problemen. Hij wordt voor zijn aandoeningen in België behandeld. Ons onderzoek toont aan dat deze behandeling in Bangladesh kan worden verdergezet. Derhalve kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden vastgesteld dat betrokkene actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte die een imminent gevaar oplevert voor zijn leven of zijn fysieke integriteit waardoor de betrokkene niet in staat zou zijn om te reizen.

Uit het voorgelegd medisch dossier kan ook niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling bij terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft aangezien de adequate behandeling daar beschikbaar en toegankelijk is."

Uit het hierboven geciteerde advies en de bijhorende informatie in het administratief dossier blijkt dat weldegelijk werd nagegaan of 1) verzoekers actuele gezondheidstoestand een tegenindicatie tot reizen vormt en 2) of de medische behandeling en medicatie in hun land van herkomst beschikbaar en toegankelijk zijn. Deze uiteenzetting verschaft verzoekers het genoemde inzicht en laat hen aldus toe de bedoelde nuttigheidsafweging te maken. Een schending van de uitdrukkelijke motiveringsplicht, zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, wordt niet aangetoond.

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

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De overheid is onder meer verplicht om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk te onderzoeken, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (cf. RvS 28 juni 2018, nr. 241.985).

De aangevoerde schending van de bovenvermelde algemene beginselen moet in casu worden onderzocht in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, hetgeen bepaalt:

"§1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate

behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

(...)

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

Verzoekers bekritisieren in eerste instantie dat voor wat betreft de beschikbaarheid van de nodige zorgen en medicatie in Bangladesh wordt verwezen naar niet-publieke MedCOI-bronnen, die niet vermelden waar de zorgen precies in Bangladesh kunnen worden verkregen.

De Raad wijst erop dat uit nazicht van het administratief dossier blijkt dat alle stukken waarnaar de arts-adviseur in zijn medisch advies verwijst, daarin aanwezig zijn. Een stuk waarnaar wordt verwezen in de bestreden beslissing dient niet in zijn geheel overgenomen te worden in deze beslissing zelf. In het kader van de formele motiveringsplicht volstaat het om in het kort het voorwerp en de inhoud van die stukken te vermelden, zonder dat het nodig is ze *in extenso* over te nemen (OPDEBEEK, I. en COOLSAET, A., Administratieve rechtsbibliotheek: formele motivering van bestuurshandelingen, Brugge, die Keure, 1999, p. 131 – 133). De formele motiveringsplicht is dan ook niet geschonden omdat in de bestreden beslissing wordt verwezen naar stukken die niet afzonderlijk aan verzoekers werden meegedeeld of die niet publiekelijk toegankelijk zijn. Deze stukken bevinden zich immers in het administratief dossier en er wordt niet met concrete bewijzen aangetoond dat verzoekers geen toegang konden krijgen tot dit administratief dossier. Verzoekers houden voor dat het administratief dossier omwille van ‘privacyredenen’ moeilijk te bekomen is en dat men een kopie ervan fysiek bij verweerder moet gaan afhalen maar dat een afspraak hiervoor zeer lang op zich kan laten wachten. Dit betreft echter louter een blote bewering die geenszins wordt ondersteund door de nodige bewijsstukken. Sterker nog, in het administratief dossier bevindt zich een schrijven van verzoekers’ raadsman van 9 november 2023 waarin verweerder om een kopie van het administratief dossier wordt verzocht. Twintig dagen later, op 29 november 2023, repliceert verweerder als volgt: *“Dit is een heel lijvig dossier, alvorens u al de bestanden op te sturen vragen we u of u het dossier vanaf een bepaald jaar of periode nodig heeft”*. Verzoekers’ raadsman antwoordt nog diezelfde dag: *“dit mag van het laatste jaar zijn”*. Hieruit blijkt onomstotelijk dat verzoekers’ loze bewering dat zij ‘zeer lang’ moeten wachten op een afspraak om een kopie van hun administratief dossier in persoon te gaan afhalen bij de diensten van verweerder, geen steek houdt. Immers is er duidelijk sprake van het ‘opsturen’ van de gewenste documenten. Daarnaast tonen verzoekers niet aan dat zij ondanks bovenstaand mailverkeer niet in het bezit zijn gesteld van een afschrift van hun administratief dossier. Het uitblijven van enige verdere communicatie hieromtrent is minstens een indicatie van het tegendeel. Aldus maken verzoekers op geen enkele wijze aannemelijk dat zij geen toegang hebben verkregen tot het administratief dossier en dus niet over de daarin vervatte MedCOI-bronnen konden beschikken. Verzoekers’ kritiek met betrekking tot de verwijzing naar het Fact Finding Mission Report: Bangladesh in de voetnoten, is dan ook niet ernstig.

Tevens wijst de Raad erop dat, waar verzoekers aangeven dat zij niet weten waar in Bangladesh de medische zorgen voorhanden zouden zijn, dit wel degelijk wordt vermeld in de MedCOI-bronnen die zich in het administratief dossier bevinden. Verzoekers tonen niet aan welk belang zij hebben bij hun kritiek dat dit niet expliciet wordt hernomen in de bestreden beslissing, nu zij niet hebben aangetoond geen toegang te kunnen krijgen tot de stukken van het administratief dossier. Daarenboven volgt uit de bewoordingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet dat in beginsel slechts dient vast te staan dat er een adequate behandeling mogelijk is in *“het land van herkomst”* en niet zozeer in de regio van herkomst in het betreffende land. Het volstaat dat wordt vastgesteld dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, waaronder inbegrepen dat van verzoekers redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeven waar men een behandeling kan verkrijgen.

Vervolgens bekritisieren verzoekers dat er voor het geneesmiddel ‘coveram’ een alternatief geneesmiddel wordt gehanteerd, namelijk *“perindopril + amlodipine, ace inhibitor + calciumantagonist, tegen hypertensie”*. Verder in de bestreden beslissing wordt gemotiveerd dat ‘perindopril + amlodipine’ beschikbaar zijn in Bangladesh, doch er wordt volgens verzoekers verder niets meer gesteld over *“ace inhibitor + calciumantagonist”*. Het betoog van verzoekers is echter gebaseerd op een verkeerde lezing van het medisch advies van 24 oktober 2023. Uit het medisch advies blijkt dat de arts-adviseur inderdaad vaststelt dat eerste verzoeker het medicijn coveram inneemt. Hij stelt vast dat het medicijn coveram bestaat uit twee bestanddelen: perindopril en amlodipine. Het ene is een ‘ace inhibitor’ en het andere is een

calciumantagonist. Beiden zijn werkzaam tegen hypertensie. De arts-adviseur heeft daarna onderzocht of de combinatie 'perindopril + amlodipine' beschikbaar is in Bangladesh. Uit het medisch advies blijkt dat dit geneesmiddel inderdaad voorhanden is in Bangladesh. Verzoekers' kritiek is dan ook niet dienstig.

Betreffende de toegankelijkheid van de medische zorgen in Bangladesh, verwijzen verzoekers naar de rapporten die ze reeds bij hun aanvraag hebben voorgelegd. Waar in het medisch advies wordt gesteld dat deze algemene informatie niet op verzoekers' individuele situatie wordt toegepast, merken verzoekers op dat zij thans Bengaalse staatsburgers zijn waarop de Bengaalse gezondheidszorg van toepassing zou zijn bij terugkeer.

Aangaande de algemene rapporten die door verzoekers werden bijgebracht betreffende de slechte toestand van de gezondheidszorg in Bangladesh, oordeelt de arts-adviseur in zijn medisch advies inderdaad dat door verzoekers' raadsman algemene bronnen worden aangehaald, zonder dat er documenten worden voorgelegd die persoonlijk van toepassing zijn op de betrokkenen. Door op algemene wijze te stellen dat ze Bengaalse staatsburgers zijn en de Bengaalse gezondheidszorg daarom op hen van toepassing is, komen verzoekers niet tegemoet aan dit motief. Dergelijke algemene rapporten kunnen niet als sluitende bewijzen worden aangenomen, zonder dat de daarin vervatte informatie op de persoonlijke situatie van verzoekers wordt geconcretiseerd. Verzoekers blijven daartoe in gebreke.

Volledigheidshalve dient nog te worden opgemerkt dat het feit dat verzoekers een andere mening zijn toegedaan dan de arts-adviseur, geen afbreuk doet aan de wettigheid van het medisch advies of de bestreden beslissing. In wezen geven verzoekers hiermee louter een eigen versie van of verklaring voor de feiten weer, zodat ze in wezen hun beoordeling in de plaats stellen van de beoordeling gedaan door verweerder. De aangevoerde kritiek geeft te dezen aldus weliswaar blijk van een andere feitelijke beoordeling van de gegevens van de zaak dan die van bevoegde overheid, doch het onderzoek van deze andere beoordeling nodigt de Raad uit tot een opportuiniteitsonderzoek, hetgeen niet tot zijn bevoegdheid behoort.

Verder wijzen verzoekers opnieuw naar de corruptie die binnen de Bengaalse gezondheidszorg heerst. Volgens hen biedt het medisch advies hieromtrent slechts een algemene, niet verifieerbare uitleg. De arts-adviseur stelt in zijn medisch advies het volgende: *"Wat betreft de verwijzing naar corruptie dient gesteld: "Het EHRM heeft 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, Müslim/Turkije, § 68)".* De arts-adviseur motiveert daarnaast dat verzoekers bij een terugkeer naar Bangladesh terecht kunnen in de vele publieke ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld het Dhaka Medical College Hospital, waar de medische zorgen en medicatie gratis zijn. Uit de door verzoekers voorgelegde informatie blijkt niet dat zij zich niet tot dit ziekenhuis zouden kunnen wenden. Wat de betaalbaarheid van de medische zorgen nog betreft, motiveert de arts-adviseur *"Betrokkenen tonen niet aan dat zij niet kunnen instaan voor de kosten die gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp. Tijdens zijn interview d.d. 26.11.2015, in het kader van zijn asielpprocedure, verklaarde C. (...) A W. (...) dat hij over veel financiële middelen beschikt. Zo zou hij een markt hebben in Comilla en een hotel en veel eigendommen in Dhaka. Bovendien lijkt het erg onwaarschijnlijk dat verzoekers in het land van herkomst geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. In hun interviews in het kader van de asielpprocedure d.d. 09.12.2021 en 07.04.2022 gaven betrokkenen en diens echtgenote ook aan nog contact te hebben met familieleden en vrienden in het land van herkomst"*. Dit wordt niet weerlegd door verzoekers. Er wordt dan ook niet aangetoond dat de medische zorgen en geneesmiddelen in het land van herkomst niet toegankelijk zouden zijn.

Tenslotte betogen verzoekers dat er in het medisch advies wordt vermeld dat betrokkene zou lijden aan een mentale aandoening, doch dat dit niet klopt. Uit het standaard medisch getuigschrift (hierna: SMG) blijkt nergens dat er sprake is van mentale problemen of nood aan een psychiater. De Raad moet verzoekers inderdaad bijtreden waar ze stellen dat er in het SMG geen gewag wordt gemaakt van een psychologische problematiek. Echter tonen verzoekers niet aan welk belang zij bij deze kritiek hebben. In het medisch advies motiveert de arts-adviseur *"Betrokkene lijdt aan een mentale aandoening. Het ziekenhuis kent een afdeling die zich toelegt op mentale gezondheidszorg, dit zowel voor inpatients als outpatients. Er werken verschillende psychiaters en patiënten worden meestal met medicatie behandeld, al is er ook psychotherapie beschikbaar"*. Hoewel uit het administratief dossier niet blijkt dat er sprake is van een psychologische problematiek, maken verzoekers niet aannemelijk dat de toegankelijkheid van de nodige zorgen – namelijk de opvolging door een cardioloog; diabetoloog; neuroloog; uroloog; kinesist en verpleegkundige aan huis – en de nodige medicatie – namelijk apixaban; dabigatran; rivaroxaban; tamsulosine; bisoprolol; furosemide;

atorvastatine; perindopril + amlodipine en levodopa + benserazide – niet op correcte wijze werd onderzocht louter omwille van de bovenvermelde passage betreffende een vermeende psychologische problematiek.

Er dient te worden geconcludeerd dat verzoekers de vaststellingen van de arts-adviseur, dat geen medische tegenindicatie om te reizen blijkt en dat een adequate medische behandeling en opvolging voor hen ook beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, niet hebben weerlegd. Zoals blijkt uit de voorgaande bespreking moet worden aangenomen dat hierbij een individueel en grondig onderzoek heeft plaatsgevonden in het licht van zowel de algemene situatie in Bangladesh als verzoekers' persoonlijke situatie.

De middelen zijn ongegrond.

3. Korte debatten

Verzoekers hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door verweerder.

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 zestien april tweeduizend vierentwintig door:

N. MOONEN,	wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,
------------	---

M. DENYS,	griffier.
-----------	-----------

De griffier,	De voorzitter,
--------------	----------------

M. DENYS

N. MOONEN