

Arrest

nr. 200 210 van 23 februari 2018
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. BRIJS
Moskoustraat 2
1060 BRUSSEL

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXe KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Ghanese nationaliteit te zijn, op 27 september 2017 heeft 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 en Administratieve Vereenvoudiging van 17 augustus 2017, 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 beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten van 17 augustus 2017.

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 beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 4 oktober 2017 met referentnummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 20 november 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 14 december 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. WIJNANTS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat B. BRIJS, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat E. WILLEMS, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 17 augustus 2017 nam de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris de beslissing 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 (hierna: de Vreemdelingenwet) ongegrond werd verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing die gemotiveerd is als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 20.02.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

*O(...), J(...) A(...)
Geboren te (...) op (...)
Nationaliteit: Ghana
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:

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.

Overwegende dat na onderzoek door onze arts-adviseur (zie gesloten omslag, verslag d.d. 11/08/2017), zij concludeerde dat de medische elementen die aangehaald werden door betrokkene niet weerhouden kunnen 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.
Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).*

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

Gelieve betrokkene tevens af te voeren uit het Vreemdelingenregister omwille van "verlies van recht op verblijf."

1.2. Op 17 augustus 2017 nam de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris eveneens de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Dit is de tweede bestreden beslissing en zij is gemotiveerd als volgt:

“BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

De heer die verklaart te heten:

*Naam + voornaam: O(...), J(...) A(...)
Geboortedatum: (...)
Geboorteplaats: (...)
Nationaliteit: Ghana*

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

binnen 30 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig paspoort en/of een geldig visum.”

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een enig middel werpt de verzoekende partij onder meer de schending op van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, de artikelen 1, 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

2.2. De eerste bestreden beslissing is het resultaat van een aanvraag die werd ingediend op grond van artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet. Deze bepaling luidt als volgt:

“§ 1

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

De 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.”

Ze is volledig opgehangen aan het advies van de ambtenaar-geneesheer van 11 augustus 2017. Dit advies luidt als volgt:

“NAAM: O(...), J(...) A(...)

Mannelijk ’

nationaliteit: Ghana

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

adres: (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door voornoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 20.02.2012.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- In het SMG d.d. 30-5-2011 van Dr. D(...), internist, attesteert hij dat betrokkene lijdt aan diabetes type 2 sinds 2005, heden behandeld met Insuline Retard 3xdag. Als bijkomende pathologie wordt glaucoom, arteriële hypertensie, hypercholesterolemie en steatose van de lever vermeld. De behandeling bestaat uit Coveram, Glucophage en Insulatard.
- In het SMD d.d. 27-1-2012 waarvan de stempel onleesbaar is maar vermoedelijk door handschrift vergelijking ook van Dr. D(...) worden dezelfde diagnoses vermeld: dabetestype 2, hypertensie, glaucoom en hyperlipidemie. De behandeling bestaat in 2012 uit Coveram, Zocor, Glucophage en Insulatard
- Op 9-2-2012 wordt een nieuw SMD ingestuurd met een meer exhaustieve diagnostiek namelijk: diabetes type 2 met retinopathie, hypertensie, gemengde hyperlipidemie met hypercholesterolemie en hyperglyceridemie, obesitas. De behandeling bestaat uit Insulatard, Glucophage, Coveram en Zocor.
- Op 15-6-2016 attesteert Dr. D(...) opnieuw de gekende Diabetes Mellitus, de arteriële hypertensie, de hypercholesterolemie en het glaucoom. Bijkomend vermeldt hij een deficit van vitamine D en een diagnose die onleesbaar is chronique?" De behandeling bestaat uit Insuline te controleren met glucometer en priktest D-cure, Dulcolax, Coveram, Glucophage en Zocor.
- Attest van 5-3-2014 en 8-6-2015 van de Presbyterian Health Service Doormaa Hospital waarin vermeld staat dat diabetes behandeld met insuline niet kan opgevolgd worden in Ghana wegens de onregelmatige en onbetrouwbare elektriciteitsvoorziening.
- Op 14-7-2017 dient Dr.- E(...), huisarts een nieuw SMG in met de volgende diagnostiek: Insuline behoevende diabetes mellitus type 2, hypertrofe cardiomyopathie met angor, steatose van de lever, hypertrofie van de prostaat, calcifiërende tendinopathie van de rechter schouder, hypercholesterolemie, hypertensie, en glaucoom. De medicamenteuze behandeling bestaat uit insulatard, Glucophage, Coveram, Timoptol en Latanoprost.

Het betreft hier een man met als voornaamste pathologie diabetes mellitus die behandeld wordt met Glucophage (metformine) en Insuline. Als nevenpathologie wordt gedurende jaren de afwijking in het lipidenpatroon de arteriële hypertensie en het glaucoom vermeld. Allen worden medicamenteus behandeld en er wordt geen notie gemaakt van enige negatieve evolutie. Op basis van de verkregen documenten kan de nieuwe diagnostiek van angor en hypertrofe cardiomyopathie niet geobjectiveerd worden aan de hand van enig document of verandering in medicatie, noch kan de ernst en de nood tot specialistische behandeling ingeschat worden. Dit geldt ook voor de schouderproblematiek en de prostaathypertrofie.

De huidige medicamenteuze behandeling is:

- Insulatard: een traag werkend insulinepreparaat
- Glucophage = metformine
- Coveram= combinatiepreparaat van amiodipine en perindopril voor behandeling van de hypertensie.
- Timoptol= oogdruppels, een bètablokker ter behandeling van glaucoom
- Latanoprost= oogdruppels, een prostagelandine analoog in behandeling voor glaucoom

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

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 Van4-5-2017	met het unieke referentienummer 9627
Aanvraag Medcoi Van15-4-2017	met het unieke referentienummer 9165
Aanvraag Medcoi Van15-11-2016	met het unieke referentienummer 8857
6-9-2016	8595
9-5-2017	9440
20-10-2015	7304

Deze verschillende informatie uit MedCOI toont aan dat in Ghana een uitgebreide gezondheidsvoorziening is voor diabetes patiënten met toegang tot algemene geneeskunde, interne

geneeskunde, cardiologie, oftalmologie voor behandeling van eventuele complicaties, en eveneens is orthopedie en urologie aanwezig in verschillende instellingen.

2. De verschillende medicatie die door de patiënt genomen wordt is voorhanden in Ghana, zoals blijkt uit bijgevoegde MedCOI search.

3. Op de pagina van de diabetes liga wordt vermeld dat Insuline op kamertemperatuur mag bewaard worden, eventueel is boven de 30° een koeltasje aangewezen. We vermelden ook dat de huidige insulinepennen veel in handtassen bewaard worden, dus ook niet in een koelvak. Het argument van de gebrekkige elektriciteitsvoorziening wordt hiermee weerlegd.
zie <https://www.diabetes.be>

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de medische zorg en opvolging die betrokkene nodig heeft ter behandeling van zijn diabetes in zijn thuisland Ghana aanwezig is. De mogelijkheid voor het opvangen van eventuele complicaties bij negatieve evolutie is eveneens aanwezig. In het kader van de bijkomende pathologie cardiologisch, orthopedisch en urologisch zijn er eveneens voorzieningen. De medicatie die de betrokkene heden inneemt is eveneens voorhanden: verschillende types insuline zijn verkrijgbaar, evenals metformine, timolol, latanoprost, nifedipine en perindopril.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in heiland van herkomst/terugname:

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 drie belangrijkste ziektekostenverzekeringssystemen in Ghana zijn de onderlinge districtsziektekostenverzekering (DMHIS), de privé-ziektekostenverzekering en de privégezondheidsmutualiteiten. De twee laatstgenoemde systemen zijn privé-verzekeringen en worden niet gefinancierd door de regering. De DMHIS is het publiek ziektekostenverzekeringssysteem en wordt financieel gesteund door de Nationale Kas van de Sociale Verzekeringen (NHIA). Dit stelsel komt het meest voor en is aanwezig in de 145 districten van het land. Elke DMHIS is in haar bestuursdistrict verantwoordelijk voor de inschrijving van de leden, het bijhouden van de aansluitingen, het verzamelen van de bijdragen, het toepassen van de inkomenscriteria, om te bepalen wie behoeftig is, en het beheer van de subsidies voor behoeftige personen die men van de NHIA 'ontvangt'.

De basisdekking omvat: alle kosten, met inbegrip van voeding, die verband houden met ambulante zorgen en ziekenhuisopnames, de integrale betaling van de geneesmiddelen die vermeld worden op een goedgekeurde lijst en de betaling van de referentiegezondheidszorgen die op een goedgekeurde lijst vermeld worden. Het gaat meer in het bijzonder om orodentale zorgen, oogheekundige zorgen, dringende zorgen, gezichtsverzorging; dringende zorgen, materniteitszorgen, met inbegrip van prenatale zorgen, normale bevallingen en sommige gecompliceerde bevallingen, de behandeling van malaria, diarree, aandoeningen van de bovenste luchtwegen, huidziekten, hypertensie, astma en diabetes. Meer dan 95 % van de ziekten wordt gedekt door de NHIS. de medicatie van betrokkene wordt gedekt door het NHIS.

De aansluiting bij het Nationaal Gezondheidsverzekeringsschema (NHIS) wordt verondersteld verplichtte zijn voor alle Ghanezen en zou de rechtstreekse kosten van de gezondheidszorgdiensten en de geneesmiddelen voor de meest voorkomende ziekten moeten dekken. Het stelsel wordt mei name met behulp van de volgende middelen gefinancierd : BTW-opbrengsten, de bijdragen van de

werknemers van de formele sector en de bijdragen van de werknemers van de informele sector.⁴ Behoeftige personen, personen die ouder zijn dan 70 jaar, kinderen die jonger zijn dan 18 jaar, gepensioneerden, werknemers die aangesloten zijn bij de sociale zekerheid en zwangere vrouwen moeten de verzekeringspremie niet betalen. Voor de werknemers van de informele sector wordt de premie in functie van het inkomen en het vermogen van de verzekerde om een bijdrage te leveren berekend. De premie kan per persoon en per jaar 7,2 è 48.0GH bedragen.

Wat betreft de aandoening van betrokkene nl. diabetes is er in 2015 in het stedelijke Ghana een paper over diabetes management gepubliceerd. The National Health Insurance Scheme (NHIS) biedt de meest directe financiële bescherming voor diabetes. Onze MedCOI-contactpersoon GH12 zegt dat diabetespatiënten gebruik kunnen maken van alle diabetische geneesmiddelen die te vinden zijn op de medicijnenlijst van het NHIS. Het NHIS in Ghana ondersteunt geen terugbetaling. Onze contactpersoon GH12 specificeert dat als het geneesmiddel op de NHIS-lijst staat en als de prijs bij de apotheek gelijk is aan of lager is dan de prijs op de lijst, dan hoeft de patiënt niets te betalen. Aan de andere kant, als de prijs hoger is dan de prijs op de lijst, dan zal de patiënt de volledige kosten moeten betalen omdat de NHIS aan geen terugbetalingen doet.

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.

Er is geen strikte noodzaak tot mantelzorg. 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. Integendeel zelfs, betrokkene haalt zelf aan in zijn asielaanvraag d.d. 17/11/2005 dat hij in Ghana gewerkt heeft als computertechnicus en had als bij-job een job als King Server. Betrokkene vermeld hierbij ook dat hij over een diploma beschikt van het middelbaar onderwijs.

Niets laat dus derhalve toe te concluderen dat hij niet zelf zou kunnen instaan voor de zorgen voor zichzelf en de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp die hij nodig heeft. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Ghana – het land waar hij tenslotte ongeveer 42 jaar verbleef - geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp. Integendeel zelfs, in diezelfde asielaanvraag d.d. 17/11/2005 vermeld hij dat hij drie meerderjarige kinderen heeft die allen in Ghana wonen. Deze kunnen tevens ook hun steentje bijdragen wat betreft de kosten die gepaard gaan met nodige zorgen die betrokkene nodig heeft in Ghana.

Bovendien legt betrokkene geen enkel bewijs voor dat men niet in staat is te reizen, waardoor kan aangenomen worden dat een terugkeer naar Ghana mogelijk is.

Concluderend ten gesteld worden dat de nodige zorgen toegankelijk zijn in Ghana.

Conclusie:

De aandoening vormt geen risico voor zijn leven of fysieke integriteit van betrokkene want medische behandeling is mogelijk in het land van herkomst

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de geobjectiveerde en behandelde pathologie nl diabetes mellitus, glaucoom, arteriële hypertensie 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 zijn thuisland Ghana. De andere vermelde aandoeningen waarvan geen objectief bewijs voorhanden zijn kunnen eveneens in het thuisland opgevolgd worden. Vanuit cardiologisch en urologisch standpunt is er voldoende zorg aanwezig zodat hier evenmin sprake kan zijn van een risico

voor het leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, noch een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf. “

2.3. De verzoekende partij viseert in haar middel onder meer het volgende motief:

“Wat betreft de aandoening van betrokkene nl. diabetes is er in 2015 in het stedelijke Ghana een paper over diabetes management gepubliceerd. The National Health Insurance Scheme (NHIS) biedt de meest directe financiële bescherming voor diabetes. Onze MedCOI-contactpersoon GH12 zegt dat diabetespatiënten gebruik kunnen maken van alle diabetische geneesmiddelen die te vinden zijn op de medicijnenlijst van het NHIS. Het NHIS in Ghana ondersteunt geen terugbetaling. Onze contactpersoon GH12 specificiert dat als het geneesmiddel op de NHIS-lijst staat en als de prijs bij de apotheek gelijk is aan of lager is dan de prijs op de lijst, dan hoeft de patiënt niets te betalen. Aan de andere kant, als de prijs hoger is dan de prijs op de lijst, dan zal de patiënt de volledige kosten moeten betalen omdat de NHIS aan geen terugbetalingen doet.”

Zij betoogt dat de werkelijke kostprijs van de medicatie niet is onderzocht, terwijl zij nochtans elementen had aangereikt aan de verwerende partij die aantonen dat de hoge kostprijs van de insuline in de praktijk vaak te toegang tot de nodig zorgen in Ghana belemmeren. Uit de motivering blijkt dan wel dat het NHIS slechts de kosten van de medicatie zal dekken indien de apotheek dezelfde of een lagere prijs vraagt dan op de medicijnenlijst van de NHIS, maar dat niet is nagegaan wat dan wel de gemiddelde prijs is van de medicatie die zij nodig heeft en of zij die volledig zelf dient te dragen. Er wordt dus geen antwoord geformuleerd op de elementen die in het kader van de aanvraag werden aangebracht, zodat een gebrek aan zorgvuldigheid blijkt, alsook een schending van de formele motiveringsplicht en artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

2.4. De verwerende partij gaat niet in concreto in op dit middelonderdeel maar stelt wel in haar nota :

“Verzoeker weerlegt de vaststelling, dat hij niet aannemelijk maakt dat hij in het herkomstland niet zou kunnen worden tewerkgesteld en alzo niet zou kunnen instaan voor zijn eigen medische kosten, op geen enkele wijze.

In arrest Paposhvili t/ België, nr. 41738/10 van 13 december 2016, en meer bepaald in de paragrafen 188 – 191 zoals infra geciteerd, oordeelde het Hof dat de Lidstaten geval per geval moeten nagaan of zorgen die over het algemeen beschikbaar zijn, voldoende en geschikt zijn voor de behandeling van de aandoeningen van de verzoeker teneinde hem te beschermen tegen een blootstelling aan een behandeling in strijd met artikel 3 EVRM. Hierbij herhaalde het EHRM dat de vraag zich niet stelt of de kwaliteit van de zorgen hetzelfde niveau bereikt als die zorgen die beschikbaar zijn in de Lidstaat en dat artikel 3 EVRM evenmin vereist dat er een specifieke behandeling voorhanden is die niet beschikbaar zou zijn voor de rest van de bevolking. Het Hof stelde dat ook rekening gehouden met worden met de kosten van medicatie, het bestaan van sociale of familiale banden en de afstand tot de beschikbare medische zorgen. Volgens het Hof dienen er enkel bijkomende garanties te worden ingewonnen, indien na de relevante informatie, nog steeds twijfels rijzen omtrent de impact op de verwijdering van de desbetreffende vreemdeling.

“(…) 188. As the Court has observed above (see paragraph 173), what is in issue here is the negative obligation not to expose persons to a risk of ill-treatment proscribed by Article 3. It follows that the impact of removal on the person concerned must be assessed by comparing his or her state of health prior to removal and how it would evolve after transfer to the receiving State.

189. As regards the factors to be taken into consideration, the authorities in the returning State must verify on a case-by-case basis whether the care generally available in the receiving State is sufficient and appropriate in practice for the treatment of the applicant's illness so as to prevent him or her being exposed to treatment contrary to Article 3 (see paragraph 183 above). The benchmark is not the level of care existing in the returning State; it is not a question of ascertaining whether the care in the receiving State would be equivalent or inferior to that provided by the health-care system in the returning State. Nor is it possible to derive from Article 3 a right to receive specific treatment in the receiving State which is not available to the rest of the population.

190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see Aswat, cited above, § 55, and Tatar, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the

existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see Karagoz v. France (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; N. v. the United Kingdom, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and E.O. v. Italy (dec.), cited above). 191. Where, after the relevant information has been examined, serious doubts persist regarding the impact of removal on the persons concerned – on account of the general situation in the receiving country and/or their individual situation – the returning State must obtain individual and sufficient assurances from the receiving State, as a precondition for removal, that appropriate treatment will be available and accessible to the persons concerned so that they do not find themselves in a situation contrary to Article 3 (on the subject of individual assurances, see Tarakhel, cited above, § 120).(...)"

Zoals supra uiteengezet heft de verwerende partij, conform voormelde rechtspraak van het EHRM een onderzoek gedaan op grond van de algemene informatie die beschikbaar is over de medicatie en opvolging die verzoekster behoeft. Vervolgens werd er rekening gehouden met zijn specifieke en individuele situatie waarbij geoordeeld werd dat hij geen bewijs heeft bijgebracht van arbeidsongeschiktheid waardoor hij lijkt te kunnen instaan voor zijn eigen medische kosten. Het feit dat hij niet onmiddellijk werk zou vinden, wordt niet gestaafd."

2.5. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen verplichten de overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dat op een "afdoende" wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, dit wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. De belangrijkste bestaansreden van de motiveringsplicht, zoals die wordt opgelegd door de voormelde wet van 29 juli 1991, bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van gegevens die in rechte en in feite juist zijn, of zij die gegevens correct heeft beoordeeld, en of zij op grond daarvan in redelijkheid tot haar beslissing is kunnen komen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden. (RvS 18 januari 2010, nr. 199.583, Staelens; RvS 11 december 2015, nr. 233.222). Artikel 62 van de Vreemdelingenwet legt evenzeer de plicht op om de beslissingen die voortvloeien uit de toepassing van de Vreemdelingenwet formeel te motiveren. Het komt de Raad toe om enkel de wettigheid van de motieven die zijn opgenomen in de bestreden beslissing te beoordelen. (RvS 11 december 2015, nr. 233.222)

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

2.6. Zoals reeds gesteld betoogt de verzoekende partij in haar verzoekschrift dat zij de verwerende partij in een actualisatie van 18 juli 2017 had gewezen op de hoge kostprijs van insuline in Ghana die in de praktijk de toegankelijkheid van de zorgen belemmert.

Met betrekking tot die actualisatie moet vooreerst het volgende worden vastgesteld:

Een afschrift van de brief van 18 februari 2017 werd gevoegd bij het verzoekschrift. In deze brief wordt inderdaad gewezen op de hoge kostprijs van insuline en wordt ter staving een rapport gevoegd. Het rapport waarvan sprake werd niet gevoegd bij het verzoekschrift, wat de verzoekende partij niet ten kwade worden geduid nu zij niet verplicht is in het kader van de huidige procedure alle stukken te reproduceren die zij in het kader van haar aanvraag aan de verwerende partij had overgemaakt. Immers, in het kader van deze procedure wordt door de verwerende partij het administratief dossier overgemaakt, waarin zich normaliter alle stukken bevinden die in het kader van de totstandkoming van de bestreden beslissing relevant zijn.

In het administratief dossier, dat in weerwil van de duidelijke verplichting van artikel 7 van het Procedurereglement RvV geen inventaris bevat, noch een daarbij gaande nummering van de stukken, is de bedoelde brief van 18 juli 2017 mét bijlagen niet terug te vinden. Wel bevindt er zich een intern document in, waaruit blijkt dat op die datum twee brieven werden ontvangen in het kader van de aanvraag van de verzoekende partij. Eén van die brieven kan worden teruggevonden : het betreft een schrijven waarmee een actueel medisch attest werd overgemaakt. De andere brief bevindt zich niet in

het administratief dossier; in alle redelijkheid moet worden aangenomen dat dit de brief is waarvan sprake in het verzoekschrift.

Aldus is aannemelijk gemaakt dat de bedoelde brief wel degelijk aan de verwerende partij werd bezorgd en dat zij dus op de hoogte was of hoorde te zijn van de erin opgenomen informatie over de hoge kostprijs van insuline in Ghana.

Hieruit vloeit voort dat evenzeer aannemelijk is gemaakt dat dat verzoekende partij, als aanvrager, zoals artikel 9ter, §1, derde lid dat voorschrijft, inlichtingen heeft overgemaakt aangaande de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in haar land van herkomst.

Vervolgens moet worden nagegaan of de motivering in de bestreden beslissing omtrent de financiële toegankelijkheid afdoende is, en blijkt geeft van de vereiste zorgvuldigheid.

De Raad stelt inderdaad vast dat het kwestieuze “als-dan”-motief van de ambtenaar-geneesheer niet afdoende is. Zowel de verzoekende partij als de Raad hebben er het raden naar of de apotheken de noodzakelijke insuline doorgaans al dan niet boven of onder de prijs zoals vastgelegd op de lijst van de NHIS verkopen en wat de prijs is. Op die manier kan niet worden vastgesteld of de verzoekende partij de insuline al dan niet zelf zal moeten bekostigen en zo ja, wat de impact van die kost zal zijn op de effectieve toegankelijkheid tot deze medicatie. Het administratief dossier lijkt hierover ook geen enkele indicatie te bevatten, en de verwerende partij toont niet aan dat daar anders over zal moeten worden gedacht. Evenmin kan worden vastgesteld dat met dit motief een antwoord wordt geboden op het argument van de verzoekende partij in haar aanvraag dat de hoge kostprijs de behandeling in werkelijkheid ontoegankelijk maakt.

Hoewel de Raad begrip kan opbrengen voor het feit dat deze informatie niet steeds in detail zal kunnen worden bekomen, blijkt dat de verwerende partij in deze specifieke zaak wel degelijk toegang zou kunnen hebben tot de informatie over de reële kostprijs van de behandeling: in het stuk waarop de ambtenaar-geneesheer zich beroept inzake al dan niet tegemoetkoming van het NHIS in de prijs van medicatie (het heeft geen betrekking op diabetes doch op een vorm van kanker die ter zake niet relevant is) blijkt dat door het bestuur zeer specifieke vragen werden gesteld aan contactpersoon GH12 over de daadwerkelijke kostprijs, niet alleen van medicatie maar ook van verschillende behandelingen (intra muros en ambulante) van medische beeldvorming en van opvolging door gespecialiseerde artsen in Ghana en dat die in staat is gebleken daar gedetailleerde informatie over te verstrekken. In die optiek valt niet in te zien waarom dat niet zou kunnen voor wat betreft de in casu noodzakelijke behandeling, temeer nu de verzoekende partij het probleem van de hoge kostprijs reeds onder de aandacht had gebracht van de verwerende partij.

Minstens blijkt uit deze handelwijze dat de verwerende partij het zelf van belang acht in de mate van het mogelijke te weten te komen wat de effectieve kostprijs is van een behandeling. Dat is ook logisch, aangezien zelfs in het geval van de verzoekende partij, van wie wordt gesteld dat zij niet aantoonbaar arbeidsongeschikt te zijn, moet kunnen worden nagegaan of zij niet slechts een theoretische toegankelijkheid tot insuline zou hebben omwille van de hoge kostprijs, en of de verzoekende partij deze prijs in alle redelijkheid zou kunnen dragen, temeer nu het in casu gaat om een voortdurende behandeling. Dat de verwerende partij in casu geen verder onderzoek heeft verricht, brengt dan ook een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel aan het licht.

Het gestelde in de bestreden beslissing en het daarbij aansluitende verweer in de nota, met name dat de verzoekende partij niet aannemelijk maakt dat zij in het herkomstland niet zou kunnen worden tewerkgesteld en alzo niet zou kunnen instaan voor haar eigen medische kosten, doet om die reden geen afbreuk aan het eerder vastgestelde motiveringsgebrek.

Een schending van de formele motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is aannemelijk gemaakt.

2.7. Het middel is in de besproken mate gegrond en leidt tot de vernietiging van de eerste bestreden beslissing.

2.8. Betreffende de tweede bestreden beslissing stelt de verzoekende partij dat ze ingevolge de annulatie van de eerste bestreden beslissing evenzeer moet worden vernietigd.

De verwerende partij repliceert hierop niet in haar nota.

Blijkens de gegevens van het dossier heeft de verwerende partij het klaarblijkelijk zelf nuttig en nodig geacht om haar bevoegdheid tot het afleveren van een bevel om het grondgebied te verlaten slechts uit te putten nadat werd beschikt op de door verzoekers ingediende aanvraag tot medische regularisatie. Op die manier heeft zij zich geconformeerd aan artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet oplegt dat bij het nemen van een beslissing tot verwijdering, de minister of zijn gemachtigde onder meer rekening houdt met de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land. Door aldus te handelen erkent zij dat de uitkomst van deze aanvraag bepalend kan zijn voor het al dan niet afleveren van de bevelen om het grondgebied te verlaten.

Gelet op het feit dat uit hiervoor is gebleken dat de eerste bestreden beslissing moet worden vernietigd, moeten derhalve ook het daaropvolgende bevel om het grondgebied te verlaten worden vernietigd.

3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp.

4. Kosten

Gelet op het voorgaande past het de kosten van het beroep ten laste te leggen van de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 17 augustus 201, 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 de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten van 17 augustus 201,7 worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Artikel 3

De kosten van het beroep, begroot op 186 euro, komen ten laste van de verwerende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op drieëntwintig februari tweeduizend achttien door:

mevr. A. WIJNANTS,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

A. WIJNANTS