

Arrest

nr. 216 167 van 31 januari 2019
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat R. VAN DE SIJPE
Heistraat 189
9100 SINT-NIKLAAS

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die beiden verklaren van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 16 januari 2018 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 en Administratieve Vereenvoudiging van 29 november 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 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.

Gelet op de beschikking van 7 mei 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 18 juni 2018.

Gezien het arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen met nr. 209 276 van 13 september 2018, waarbij de debatten worden heropend en waarbij de partijen worden opgeroepen om te verschijnen op de openbare terechtzitting van 22 oktober 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. DE GROOTE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat R. VAN DE SIJPE, die verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat A.-S. DEBERSAQUES, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 27 juni 2012 diene de 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 29 november 2017 beslist de gemachtigde van de toenmalig bevoegde staatssecretaris (hierna: de gemachtigde) dat deze aanvraag ontvankelijk, doch ongegrond is.

Het betreft de thans bestreden beslissing. Zij werd aan de verzoekers ter kennis gebracht op 19 december 2017 en is als volgt gemotiveerd:

“(…)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 27.06.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

N., E. I. (R.R.: …)

Geboren te E. op 30.08.1960

+ partner: N., E. M. (R.R.: …)

Geboren te O.-U. op 14.04.1971

+ minderjarige kinderen:

-N., D. D.; °21.02.2004

-N., J. H.; °29.03.2007

-N., T. T.; °16.12.2008

Nationaliteit: Nigeria

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.

Er werden medische elementen aangehaald voor N. E. I., die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 28.11.2017 in gesloten omslag).

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.

Dat in het verzoekschrift ook argumenten worden aangevoerd welke geen betrekking hebben op de medische toestand van betrokkene (verzoeker haalt aan dat hij nog nooit in aanraking is gekomen met het Belgische gerecht of de politie, dat hij op geen enkele wijze voor overlast heeft gezorgd en dat hij geen gevaar inhoudt voor de maatschappij). Dat met de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 duidelijk een onderscheid werd aangebracht in twee verschillende

procedures, m.n. ten eerste het artikel 9ter als een unieke procedure voor in België verblijvende personen met een medische aandoening, ten tweede het artikel 9bis voor in België verblijvende personen, die menen te beschikken over buitengewone omstandigheden, en die om humanitaire redenen een verblijfsmachtiging wensen te verkrijgen.

Dat de hier ingeroepen niet-medische elementen buiten de medische context van artikel 9ter vallen en dat derhalve in dit verzoek aan deze niet-medische argumenten geen verder gevolg kan worden gegeven.

(...)"

2. Over de rechtspleging

In toepassing van artikel 39/81, tweede lid, van de vreemdelingenwet dient de verwerende partij binnen de acht dagen na de kennisgeving van het beroep een administratief dossier neer te leggen.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) heeft er in het tussenarrest nr. 209 276 van 13 september 2018 op gewezen dat uit de stukken van het rechtsplegingsdossier is gebleken dat de verwerende partij verzuimde om een administratief dossier neer te leggen.

Op de terechtzitting van 22 oktober 2018 legt de advocaat van de verwerende partij een stuk neer waaruit zou moeten blijken dat er in de onderhavige zaak wel degelijk een administratief dossier aan de Raad werd overgemaakt.

De Raad wijst in dit kader op het bepaalde in artikel 3, §1, van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen:

“§ 1. Alle processtukken worden aan de Raad toegezonden bij ter post aangetekende brief. In geval van uiterst dringende noodzakelijkheid bedoeld in artikel 39/82 en in artikel 39/84 van de wet van 15 december 1980, kan in afwijking van het eerste lid, de verzoekende partij haar vordering tot schorsing of haar vordering tot het opleggen van voorlopige maatregelen :
1° hetzij, per fax verzenden, waarbij ze die fax uiterlijk op de terechtzitting met haar handtekening moet authenticiseren, zoniet wordt de zaak van de rol geschrapt;
2° hetzij per bode bezorgen aan de griffie, tegen ontvangstbewijs op de dagen en uren waarop de griffie toegankelijk moet zijn voor het publiek.
In afwijking van het eerste lid, kan de verwerende partij het administratief dossier en haar nota met opmerkingen per bode bezorgen aan de griffie, tegen ontvangstbewijs.
(...)"

De verwerende partij heeft aldus twee mogelijkheden: zij kan het administratief dossier overmaken per aangetekende brief of zij kan het per bode bezorgen aan de griffie en dit “*tegen ontvangstbewijs*” en tijdens de openingsuren van de griffie.

Het stuk dat de verwerende partij ter terechtzitting neerlegt, is een brief gericht aan de hoofdgriffier met de mededeling dat het dossier van de Dienst Vreemdelingenzaken in de onderhavige zaak in bijlage wordt gevoegd. Noch uit deze brief, noch uit enig ander stuk van het rechtsplegingsdossier, kan blijken dat het administratief dossier per aangetekende zending zou zijn overgemaakt. Op de ter terechtzitting neergelegde brief is bovendien ook geen ontvangstmelding aangebracht door de griffie. Bij gebrek aan enig ontvangstbewijs of bewijs van aangetekende zending moet de Raad dan ook vaststellen dat de verwerende partij geheel niet aannemelijk maakt dat zij in de onderhavige zaak een administratief dossier heeft neergelegd.

Het gegeven dat de verwerende partij verzuimd heeft om een administratief dossier neer te leggen, wordt verder ondersteund door de inventaris van het rechtsplegingsdossier, alsook door de elektronische databank van de Raad.

Het staat bijgevolg vast dat de verwerende partij geen administratief dossier heeft neergelegd.

3. Onderzoek van het beroep

De verzoekers betogen in hun eerste en enig middel als volgt:

“II.2.1 Verzoekers menen volgend middel te kunnen aanvoeren tegen de motivatie van de bestreden beslissing van de Staatssecretaris van Migratie- en asielbeleid dd. 29.11.2017 waarbij de aanvraag om tot een verblijf in toepassing van artikel 9 ter van de wet van 15 december 1980 gemachtigd te worden ongegrond werd verklaard:

2.1.1 Het middel bestaat uit een schending van artikel 9ter van de Wet van 15.12.1980, de beginselen van behoorlijk bestuur, meer bepaald het redelijkheidsbeginsel en het zorgvuldigheidsbeginsel én de schending van de materiële motiveringsplicht en artikel 3 EVRM, doordat verwerende partij geen afdoende onderzoek heeft gevoerd naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische behandelingen in Nigeria.

1.

Iedere beslissing van de overheid dient in alle redelijkheid en met de nodige zorgvuldigheid te worden genomen.

Het redelijkheidsbeginsel veronderstelt dat de genomen beslissing dient voort te spruiten uit een zorgvuldig onderzoek en een beslissing moet zijn die door ieder ander redelijk denkend mens of orgaan zou kunnen worden genomen en die men als een redelijk verantwoorde beslissing zou kunnen zien en aanvaarden.

Zij dient zich bij het nemen van de beslissing niet alleen alle feiten correct en volledig vast te stellen, te waarderen en te interpreteren, daarnaast dient zij zich ook van alle relevante gegevens op de hoogte te stellen.

2.

Verzoekers zijn van oordeel dat verwerende partij geen afdoende onderzoek heeft gevoerd naar de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van medische zorgen in het land van herkomst.

Verwerende partij is niet ingegaan op de door verzoekers (in hun initieel verzoekschrift om verblijfsmachtiging om medische redenen) in vraag gestelde kwaliteit van deze medische behandelingen aldaar.

Verzoekers stelden immers in hun verzoekschrift tot medische regularisatie:

'Bovendien is de gezondheidszorg er in slechte staat. Er kan hiervoor worden verwezen naar een internationale studie van WHO regional Office for Africa, Who Country Cooperation Strategy 2008-2013, Nigeria, 2009, p. 4 (stuk 3):

'Inadequate decentralization of services: PHC facilities offer a limited package of services. Most health services can only be accessed at secondary and tertiary levels that are concentrated in urban areas, thus limiting access by rural populations.

Weak referral linkages: There are weak referral linkages between the levels of health care, limiting the provision of health services across a continuum of care.

Dilapidated health infrastructure: Dilapidated buildings and equipment are in need of repairs and maintenance or replacement to deliver even the basic services.

Weak institutional and capacity: Currently, there is no effective system for supervision of health services in the public and private sectors. '

Gelet op de bedenkelijke medische infrastructuur is zonder meer duidelijk dat verzoeker niet zal kunnen beschikken over medische zorgen van een aanvaardbaar kwalitatief niveau (RvSt 7 mei 2001, nr. 95.175.RDE 2002 N° 119; RvSt 30 november 1999, nr. 83.760.RDE 2002 N° 119; Kortg. Leuven 6 december 1996, T. Vreemd. 1997, 299-300)'

Verwerende partij heeft in de bestreden beslissing op deze argumentatie omtrent het onaanvaardbaar kwalitatief niveau, inhoudelijk niks gesteld. Zij houdt louter voor dat een minder goede kwaliteit geen grond geeft tot verblijfsmachtiging. Evenwel is in casu geen sprake van een minder goede kwaliteit dan in België, maar van een algemeen slechte kwaliteit met beperkte beschikbaarheid van medische zorgen (hetgeen door verwerende partij in de bestreden beslissing overigens ook niet als dusdanig wordt

ontkend), zodat dit weldegelijk een invloed heeft op de beoordeling van de toegankelijkheid van de medische zorgen.

Verwerende partij kan immers niet ontkennen dat het kwaliteitsniveau toch een minimum moet behalen, zoniet dient de afwezigheid van een deugdelijke behandeling als een schending van artikel 3 EVRM (m.n. het verbod op een onmenselijke of vernederende behandeling) te worden beschouwd.

De Europese Commissie voor de Rechten van de Mens verstaat hieronder: "a lack of proper care in a case where someone is suffering from a serious illness could in certain circumstances amount to treatment contrary to Article 3".

In casu kan niet worden betwist dat verzoeker zich in een voldoende ernstige medische situatie bevindt en nood heeft aan insuline, zoals blijkt uit de medische attesten. In het verzoekschrift en de geciteerde documenten is bovendien duidelijk aangetoond dat hij in Nigeria niet zal kunnen beschikken over medische zorgen van een aanvaardbaar kwalitatief niveau (RvSt 7 mei 2001, nr. 95.175.RDE 2002 N° 119; RvSt 30 november 1999, nr. 83.760.RDE 2002 N° 119; Kortg. Leuven 6 december 1996, T. Vreemd. 1997, 299-300).

Zie het internetartikel Internations, 'Healthcare in Nigeria', te vinden op <https://www.internations.org/nigeria-expats/guide/moving-to-nigeria-15540/healthcare-in-nigeria-3>:

The quality of Nigerian healthcare institutions is generally considered rather poor. There might also be shortages of medical supplies, and the blood supply of the country is not considered safe. Hygiene conditions are problematic, especially outside the large cities.

A major problem afflicting the healthcare system in Nigeria is the so-called "brain drain" of doctors and medical staff. It is estimated that there are four doctors for every 10,000 inhabitants.

Highly-trained experts often leave the country in order to pursue their profession in countries with better infrastructure or higher wages.

Het tekort aan medicijnen en dokters maakt dat een afdoende medische zorg t.a.v. verzoeker niet verzekerd kan worden.

Zie ook Chike Okafor, 'A reflection on healthcare services in Nigeria and the challenges of medical tourism', 19.04.2017, te vinden op <https://www.businessdonline.com/reflectionhealthcare-services-nigeria-challenges-medical-tourism/> :

'Healthcare services in Nigeria have been and are still very poor. (...)

Also, essential (Basic) healthcare services are lacking, as most PHC facilities are short of the minimum healthcare package stipulated by the National Primary Healthcare Agency. Where Private clinics are available, they are not affordable, since about 70% of Nigerians live below \$1/day. Given that over 65% of Nigerians live in rural areas, it is easy to understand why most Nigerians do not have physical and financial access to basic healthcare services.

(...)

The health sector in Nigeria is facing a major human resources crisis. It has been a challenge trying to understand why with the large human resource base the nation prides itself about, there still exists a huge deficiency in the health workforce. According to Elizabeth Omoluabi writing for the International Organization for Migration on the Needs Assessment of the Nigerian Health Sector, she says; "The needs assessment shows that Nigeria's current stock of practicing physicians (30,232 doctors by 31 December, 2013) is only about 35% of the officially quoted numbers from a database whose content has never been updated since 1963. As a corollary, the density of Human Resources for Health is much lower than often officially acknowledged.

With 0.17 doctors to 1000 population, Nigeria's physician density is actually among the lowest in Africa and compares very unfavourably with emerging countries like South Africa (5.5), Tunisia (11.9), Algeria (12.1), Brazil (17.2), Mexico (28.9); and developed countries, such as Greece (60.4), Austria (47.5) and Italy (42.4). Nigeria has less than one-tenth of the required number of doctors to meet its needs. "

With the mal-distribution of the available workforce, and the increasing brain drain resulting in shortage of critically needed health professionals, the health sector recognizes there is a gap that has to be filled

if we are to measure up with key indicators. We must realize that human resources are critical in the provision of quality health care.

The shortage of health workers is the cause of the deplorable health indices in major parts of the country, poor quality of service in many public and private health establishments and a loss of confidence by many Nigerians. '

Zie in het bijzonder voor diabetes: Nigeria Diabetes online Community Blog, Politics of diabetes in Nigeria, te vinden op <http://nqdocblog.com/tag/doc-nqdoc-diabetes-diabetes-care-diabetesnigeria-healthcare-nigeria-nigeria-diabetes-nigeria-diabetes-dhf-diabeteshandfoundation/>.

18.11.2016:

'The failure of Nigerian politicians to identify with non-communicable diseases especially diabetes, by which many of them are believed to be affected, and their ability to travel abroad for treatment make them not to have any inspiration or encouragement to make any specific serious legislation, policy or advocacy that is needed to support the common people on the care and management of diabetes, as many are being afflicted and killed by the disease due to their helplessness.

This is evident in the absence of any specific health policy or program on diabetes, lack of appropriate medical facilities for diagnosis and care, inadequate funding for noncommunicable diseases, shortage of diabetes specialists and caregivers, inadequate education on prevention and management of diabetes, absence of any parliamentary resolution on diabetes and absence of any regulation on access to and price of diabetic drugs, (especially insulin) among others.

However, according to International Diabetes Federation (IDF), as at year 2015 out of 415 million people living with diabetes in the world, 75 percent are in the poor and middle income countries with Sub-Saharan Africa accounting for 14.2 million . It is shown that prevalence rate of diabetes in Nigeria is 1.9 percent for adults and 3 out of 100,000 children while around 949, 900 persons are undiagnosed. Among 5 million people that die due to diabetes annually across the world Nigeria accounts for more than 40,000. Relatively, Nigeria leads in the number of incidence of and mortality rate from the disease in Africa.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat verzoeker in Nigeria niet afdoende kan beschikken over medische zorgen, laat staan van een aanvaardbaar kwalitatief niveau, zodat artikel 9ter geschonden is, minstens is er sprake van een schending van het redelijkheids- en zorgvuldigheidsbeginsel

3.

Bovendien moet worden opgemerkt dat verzoeker de medische zorgen sowieso niet kan betalen en deze dan ook voor verzoekers niet toegankelijk zijn.

Verwerende partij verwijst naar ziektekostenverzekering NHIS (National Health Insurance Scheme) en meent dat verzoeker daarop een beroep zou kunnen doen.

Evenwel moet opgemerkt worden dat verzoeker zelf zich niet kan aansluiten tot deze ziektekostenverzekering. Bovendien is de informatie waarop verwerende partij louter theorie, nu in de praktijk blijkt dat slechts 1,5 % van de Nigeriaanse bevolking hierdoor verzekerd wordt.

Het gaat hierbij voornamelijk om ambtenaren en hun familie. Andere organisaties hebben zich niet aangesloten bij deze ziektekostenverzekering. Aldus kan verzoeker geen beroep doen op de door NHIS gedekte behandeling van diabetes.

Zie het artikel van Abdullahi Sadiq Mohammed, 'Nigeria: National Health Insurance (NHIs) and Matters Arising', <http://aijafrica.com/stories/2017Q717Q864.html>. 17.07.2017 :

'The users are enrolled at place of their work as a federal government employee or as a staff of any agency that joined the scheme. The NHIS made attempt to co-opt non-formal sector into the programme through such initiatives as community- based social health insurance scheme, tertiary institution social insurance scheme, public-private partnership social insurance scheme and vulnerable group social health insurance scheme. These are novel ideas and ordinarily, by now, everybody should have covered by the scheme. However, only 1.5% was covered. Nigeria is good at presenting neat paperwork but with the ardent inertia of political will for full implementation.

(...)

Many private organisations have no organised health insurance for their employee because they were not mandated by law. Failure of government to make health insurance contribution compulsory for both private and public sector has resulted in haphazard implementation of the programme. Furthermore, the programme was not covering enough because it was not conceived to cover enough from the beginning.

Why do you target only civil servants and their families? How many per cent of Nigerians are civil servants? '

De informatie waar verzoekers naar verwijzen is recenter dan die van verwerende partij. Aldus kan niet worden gesteld verzoekers een beroep kunnen doen op deze ziektekostenverzekering. Evenmin zijn er garanties dat zij zich bij andere private verzekeringen kunnen aansluiten. Het is immers niet geweten wat de voorwaarden en kosten hiervoor zijn.

Aangezien tot slot ook niet duidelijk is wat de gemiddelde kostprijs is van de door verzoeker in te nemen medicatie en wat de exacte kostprijs is van medische zorgen, kan niet worden gesteld dat verzoeker kan werken voor het bekostigen van de nodige medische zorgen. Indien niet geweten is hoeveel de behandeling in zijn totaliteit kost, kan niet beweerd worden dat verzoeker dit kan betalen.

Volgens informatie waarover verzoeker beschikt, zijn de kosten voor insuline dermate gestegen waardoor deze onbetaalbaar zijn voor verzoekers en hun drie kinderen.

Zie Nigeria Diabetes online Community Blog, Politics of diabetes in Nigeria, te vinden op <http://ngdocblog.com/tag/doc-ngdoc-diabetes-diabetes-care-diabetes-nigeria-healthcare-nigeria-nigeria-diabetes-nigeria-diabetes-dhf-diabeteshandfoundation/>, 18.11.2016 :

'The failure of Nigerian politicians to identify with non-communicable diseases especially diabetes, by which many of them are believed to be affected, and their ability to travel abroad for treatment make them not to have any inspiration or encouragement to make any specific serious legislation, policy or advocacy that is needed to support the common people on the care and management of diabetes, as many are being afflicted and killed by the disease due to their helplessness.

This is evident in the absence of any specific health policy or program on diabetes, lack of appropriate medical facilities for diagnosis and care, inadequate funding for non-communicable diseases, shortage of diabetes specialists and caregivers, inadequate education on prevention and management of diabetes, absence of any parliamentary resolution on diabetes and absence of any regulation on access to and price of diabetic drugs, (especially insulin) among others.

However, according to International Diabetes Federation (IDF), as at year 2015 out of 415 million people living with diabetes in the world, 75 percent are in the poor and middle income countries with Sub-Saharan Africa accounting for 14.2 million . It is shown that prevalence rat of diabetes in Nigeria is 1.9 percent for adults and 3 out of 100,000 children while around 949, 900 persons are undiagnosed. Among 5 million people that die due to diabetes annually across the world Nigeria accounts for more than 40,000. Relatively, Nigeria leads in the number of incidence of and mortality rate from the disease in Africa.

Meanwhile, the current economic condition, a result of economic recession, in the country is making selfmanagement of diabetes unaffordable for the people living with diabetes.

The reliance on importation of all the much needed diabetic supplies, continuous fall in the exchange rate of Naira to foreign currencies, galloping inflation and dwindling real income have all contributed to unaffordability and inaccessibility of the supplies most especially insulin.

The price of each of the items has skyrocketed to about 150 percent increase within a short period of eight months. Choosing myself as a typical sample of an average person living with diabetes in the country , my monthly costs of supplies currently within Lagos metropolis could be broken down as follows :

Insulin (Mixtard of 100IU) N5500 per vial Syringes N2500 per pack of 100 units

Glucometer (Accu-chek Active) N8000

Meter test strips N4600 per pack

Diabetic multivitamin N3400

All these prices are only obtainable within Lagos which is the major commercial city in the country, but in other cities and towns most of the supplies are either much more costlier or not totally available. Meanwhile, my monthly income stands at around N25000 out of which I spend around N16000 on the supplies (64 percent). The cost of transportation and other implicit costs are yet to be included. '

Uit het voorgaande blijkt dat 64 % van een normaal inkomen in Nigeria gespendeerd wordt aan medische verzorging van diabetes alleen. Aangezien dit niet de enige medische problemen zijn bij het gezin, moet worden aangenomen dat dit onbetaalbaar is. Verzoekster (suicidepoging en psychose) alsook hun zoon Terry (een zorgwerkende psychische ontwikkelingsstoornis met ernstige taalontwikkelings- en gedragsstoornis (agressief gedrag), moeilijke sociale communicatie, emotioneel gedrag gekleurd door angst) kampen immers met medische problemen. Hun aanvraag tot medische regularisatie is op vandaag nog steeds lopende (zie positief arrest RvV nr. 196 046 van 1 december 2017).

Het moet daarenboven worden aangenomen dat verzoeker zelf niet kan werken gelet op de diabetische voetpathologie. Door de eigen medische problemen van verzoekster is ook zij niet in staat om te gaan werken. Deze bijkomende problemen bemoeilijken uiteraard de mogelijkheid voor het gezin om afdoende inkomsten te verwerven om naast hun basisbehoeften (met drie kinderen), ook in alle medische kosten van het gezin te voorzien. De verwijzing naar een attest van 2009 aangaande werkbereidheid in hoofde van verzoekers is dan ook weinig dienstig meer.

Het is trouwens bevreemdend dat verwerende partij van oordeel is dat verzoeker in zijn land van herkomst beroep zou moeten doen op kennissen, vrienden of familie voor het bekostigen van de medische zorgen. Zij zijn al vele jaren verwijderd uit hun land van herkomst. Verzoeker betwist dan ook dat dit mogelijk zou zijn. Het tegendeel wordt niet door verwerende partij aangetoond.

Dat het IOM terugkerende Nigerianen assisteert bij hun reïntegratie, is dienaangaande weinig relevant, aangezien geenszins is aangetoond dat verzoeker op het IOM beroep kan doen om toegang te krijgen tot medische zorgen zelf.

Nu er geen afdoende onderzoek is gevoerd naar de toegankelijkheid van de medische zorgen, is een vernietiging van de bestreden beslissing dan ook op zijn plaats."

Wat betreft de aangevoerde schending van de zorgvuldigheidsplicht moet erop worden gewezen dat dit beginsel van behoorlijk bestuur de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 14 februari 2006, nr. 154.954; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411). Het respect voor de zorgvuldigheidsplicht houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid in kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn.

De Raad stelt vast dat de verwerende partij niet een administratief dossier in te dienen. Bij het verzoekschrift hebben de verzoekende partijen een afschrift gevoegd van de bestreden beslissing, alsook van het advies van de ambtenaar-geneesheer dat aan deze beslissing ten grondslag ligt.

Het medisch advies van 28 november 2017 is als volgt gemotiveerd:

"(...)

NAAM: N., E. I. (R.R.: ...)

Mannelijk

Nationaliteit: Nigeria

Geboren te E. op (...)1960

Adres: (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door Mr. N. E. I. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 27.06.2012.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- SMG d.d. 21/06/2012 van Dr. P. W. (chirurg): matig ernstige posttraumatische stress-stoornis, astmatiforme klachten, diabetes mellitus type II - medicatie: analgetica, calmantia, glucophage, inhalatiesteroid
- Laboresultaten d.d. 18/06/2012 aangevraagd door Dr. A. S. (huisarts): glycemie nuchter 284mg/100ml, HbA1c 13,8%, vit D 9ng/ml, ANF positief, rest normaal
- Medisch attest d.d. 20/06/2012 van Dr. A. S.
- Verwijsbrief d.d. ?? van Dr. A. S.
- Consultatieverslag d.d. 18/06/2012 van Dr. K. S. (internist-longarts): Mantoux negatief, KO normaal, CT-thorax normaal, bronchoscopie afgebroken wegens gewelddadige weerstand, longfunctie normaal, gezien zoon met astma start proeftherapie met inhalatiesteroid

En van de medische stukken na actualisatie van het medische dossier door betrokkene:

- SMG d.d. 23/10/2017 van Dr. P. W.: diabetes mellitus type II met sensomotorische diabetische neuropathie en voetpathologie, hypovitaminose D met secundaire hyperparathyreoïdie, hypertensie, hypercholesterolemie - medicatie: Atozet, Coveram, D-Cure, Clexane (tijdens 2 weken loopgips), Dafalgan Forte, Insuman Rapid, Lantus - werd gehospitaliseerd van 10/10-16/10/2017
- Hospitalisatieverslag d.d. 16/10/2017 van Dr. L. D. R. (internist in opleiding) i.o.v. Dr. D. B. (internist-endocrinoloog): diabetische oppuntstelling na consultatie op voetkliniek met vermoeden van acute Charcot-artropathie of osteomyelitis niet geobjectiveerd op RX en MRI, gunstige evolutie met strikte bedrust dus aanleggen van loopgips gedurende 14 dagen met adequate pijnstilling en trombuspreventie - ontregelde metabole controle van gekende DM II waarvoor basaal bolusschema insuline en hereducatie door diabetes verpleegkundige/podoloog/diëtist, gekende sensorimotorische diabetische polyneuropathie die stabiel blijft, normale nierfunctie, oftalmologisch nazicht ambulant te plannen - hypovitaminose D met secundaire hyperparathyreoïdie waarvoor opstarten orale substitutie met D-Cure - medicatie bij ontslag: Atozet, Clexane, Coveram, D-Cure, Dafalgan Forte, Insuman Rapid en Lantus
- Consultatieverslag d.d. 10/10/2017 van Dr. D. B.: dringend advies diabetische voetkliniek wegens gezwollen rechter voet zonder voorafgaand trauma - vermoeden van acute Charcot artropathie en opname om dit verder uit te werken
- Consultatieverslag d.d. 27/09/2017 van Dr. B. V. (orthopedist): diffuse zwelling onderbenen, veneuze insufficiëntie, geen beenderig/orthopedische oorzaak, best advies endocrino en/of vasculaire heelkunde

Uit de ter staving van de voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 57-jarige man die lijdt aan diabetes mellitus type II (niet-insulineafhankelijk) met momenteel behoefte aan insuline om de bloedsuikerspiegels onder controle te krijgen naast een aangepast diabetesdieet, met sensomotorische diabetische polyneuropathie sinds 2015 en sinds oktober 2017 met diabetische voetpathologie rechts ten gevolge ontregelde bloedsuikergehaltes. Mr. N. heeft ook last van arteriële hypertensie (hoge bloeddruk), hypercholesterolemie (verhoogde cholesterwaarden in het bloed) en een tekort aan vitamine D (hypovitaminose D) met secundaire hyperparathyreoïdie (de bijnierschlieren die te hard moeten werken om het calciumevenwicht in het lichaam in stand te houden met te weinig vitamine D).

Bespreking:

Mr. N. is zwaarlijvig (105,75kg voor een lengte van 189cm en dus BMI: 29,6) waardoor zijn bloeddruk, bloedsuiker en cholesterolwaarden verhoogd zijn (= metabool syndroom). Mocht betrokkene zich aan zijn dieet houden en gedurende 30 min./dag aan aangepaste lichaamsbeweging doen, dan zouden deze waarden zich normaliseren en zou hij geen of weinig behoefte meer hebben aan medicamenteuze ondersteuning.

Diabetes type 2 ten gevolge van zwaarlijvigheid met hoge bloeddruk en hypercholesterolemie (dyslipidemie) is op zich een goedaardige aandoening. Het is een aandoening die perfect kan voorkomen worden. Alle internationale studies, zowel in Europa als in de VS en Azië zijn het erover eens dat een verandering van levensstijl hierbij veel belangrijker is dan medicatie. Een vergelijking van de gegevens doet wat de behandeling betreft de balans onmiskenbaar overhellen in de richting van veranderingen in de levensstijl als essentieel onderdeel van de behandeling. De belangrijkste voordelen hiervan zijn een handhaving van het effect ook na de interventieperiode, de kosten-batenverhouding, de afwezigheid van bijwerkingen en de concomitante vermindering van de andere cardiovasculaire

risicofactoren. De heilzame effecten van een aangepaste levensstijl blijven dus over een lange periode behouden, daar waar het effect van geneesmiddelen enkel aanwezig is wanneer ze worden ingenomen. Veranderingen in de levensstijl zijn minder duur en veiliger dan medicatie, en ze leveren bijkomende voordelen op zoals een vermindering van het cardiovasculaire risico op lange termijn.

Alle studies die verwijzen naar aanpassingen van de levensstijl impliceren gewichtsverlies, een vermindering van de opname van verzadigde vetten, een verhoogde vezelconsumptie en dagelijks matige lichaamsbeweging. De resultaten van die studies sluiten opmerkelijk goed bij elkaar aan, ongeacht waar ze werden uitgevoerd (VS, Europa, Azië).

Of betrokkene nu wel zijn aangepast dieet volgt, is niet duidelijk. In de grote meerderheid van de gevallen is een gewichtsvermindering en aangepaste activiteit, behandeling die enkel onder de verantwoordelijkheid van betrokkene zelf valt, de meest aangewezen behandeling en geen enkele arts vermag dit in zijn plaatste doen.

Van de controle afspraak bij de orthopedist op 31/10/2017 zit geen verslag in het voorgelegde medische dossier, zodat ik niet kan evalueren of de klachten ter hoogte van de rechter voet verbeterd of verdwenen zijn. Van de controleafspraak bij de endocrinoloog op 30/10/2017 zit geen verslag in het voorgelegde medische dossier, zodat ik niet kan evalueren of betrokkene zich goed aan de dieet- en medicatie-afspraken heeft gehouden.

Vitamine D wordt door de huid aangemaakt onder invloed van zonlicht. Deze aanmaak is voor donkerhuidige mensen in België gecompromitteerd door de minder uren zonneschijn die wij hier ervaren. Een terugkeer naar Nigeria, waar het klimaat gunstiger is, gaat de nood aan orale substitutie met vitamine D voor betrokkene opheffen.

De posttraumatische stress-stoornis en de astmatiforme bronchitis die vermeld worden op het SMG d.d. 21/06/2012 worden op het meest recente SMG d.d. 23/10/2017 niet meer als actuele aandoeningen aangehaald, noch is er sprake van een opvolging en behandeling bij een psychiater en een longarts en er wordt ook geen medicamenteuze behandeling vermeld voor deze aandoeningen, zodat ik kan besluiten dat zij genezen zijn.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Ezetimibe+atorvastatine (Atozet), een combinatie van cholesterolverlagende middelen
- Perindopril+amlodipine (Coveram), een combinatie van een ACE-inhibitor met een calciumantagonist om de bloeddruk te verlagen
- Biosynthetisch insuline (Insuman Rapid), een snelwerkend insuline-analoog
- Insuline glargine (Lantus), een langwerkend insuline-analoog

Zoals reeds aangehaald vervalt de behoefte aan vitamine D-substitutie (D-Cure) van zodra betrokkene zich minstens gedurende 15 min. aan de zon kan blootstellen. Paracetamol (Dafalgan Forte) is een pijnstillers die niet continu genomen wordt door betrokkene en die niet als essentiële medicatie beschouwd kan worden.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen, geen medische nood aan mantelzorg en geen medische indicatie voor arbeidsongeschiktheid.

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 Aanvraag Medcoi van met het unieke referentienummer BMA 9210
- Aanvraag Medcoi van Aanvraag Medcoi van met het unieke referentienummer BMA 10208
- Aanvraag Medcoi van Aanvraag Medcoi van met het unieke referentienummer BMA 7820
- Aanvraag Medcoi van Aanvraag Medcoi van met het unieke referentienummer BMA 10059

2. Overzicht met voor Mr. N. beschikbare medicatie in Nigeria volgens recente MedCOI-dossiers

3. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium: geen indicatie voor ezetimibe (<http://www.bcfi.be/nl/chapters/2?frag=1693>)

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist/endocrinoloog/cardioloog en een orthopedist beschikbaar is in Nigeria.

Atorvastatine, perindopril, amlodipine, snelwerkende insuline en insuline glargine zijn beschikbaar.

De indicatie voor overschakeling van atorvastatine (Lipitor) naar het combinatiepreparaat ezetimibe+atorvastatine wordt niet geobjectiveerd in het voorliggende medische dossier gezien het cholesterolgehalte op het meest recente laboresultaat d.d. 11/10/2017 normaal is onder atorvastatine (Lipitor) alleen, betrokkene een normale hart- en nierfunctie heeft en er dus geen indicaties zijn om een combinatiepreparaat te geven. Als betrokkene zich strikt aan zijn dieet en lichaamsbeweging zou houden, dan zou de nood aan deze en andere medicatie, zoals hier boven reeds aangehaald, verdwijnen.

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

Betrokkene haalt aan dat er met zekerheid kan worden gesteld dat er in zijn land van herkomst geen gelijkwaardige zorg kan worden geleverd, die even toegankelijk en bereikbaar is als in België.

Een verblijfstitel kan echter 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.

Nigeria kent verschillende types van ziektekostenverzekering.

Het belangrijkste is het 'National Health Insurance Scheme' (NHIS). Het NHIS heeft als doel de gezondheidszorg makkelijk toegankelijk te maken voor alle Nigerianen. Aan de hand van verschillende systemen, tracht men de kosten betaalbaar te maken voor de burgers.

De drie belangrijkste programma's zijn:

1) Formal Sector Social Health Insurance Programme (FSSHIP): Het FSSHIP dekt de medische kosten van werknemers in de publieke en de georganiseerde private sector. Dit programma is verplicht voor elke organisatie met tien of meer werknemers. De individuele bijdrage is inkomen gerelateerd en bedraagt 15% van het basissalaris. De werknemer hoeft slechts 5 van de 15% te betalen. Ook de echtgenoot/echtgenote en maximaal vier kinderen jonger dan 18 jaar zijn gedekt door de verzekering.

2) Urban Self-employed Social Health Insurance Programme (USESHP): USESHP is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma dat personen dekt die dezelfde economische activiteiten uitvoeren. De bijdrage die men betaalt is afhankelijk van het pakket dat men kiest.

3) Rural Community Social Health Insurance Programme (RCSHIP): Ook het RCSHIP is een non-profit ziekteverzekering, voor leden die behoren tot dezelfde gemeenschap. Naast het NHIS, kan men zich ook aansluiten bij een 'Community Based Insurance' of bij private verzekeringen.

Wat de aanpak van diabetes en hypertensie betreft, bestaat er 'Diverse Health Help Society', gelegen in Abuja. Zij voorzien in begeleiding en advies, doen gratis metingen van suikerspiegel en bloeddruk en subsidiëren de kosten voor medicatie om ervoor te zorgen dat zelfs de armste mensen toegang hebben tot de benodigde zorg.

De prijzen van medicatie verschillen naargelang de plaats waar men ze koopt. In overheidshospitelen zullen deze goedkoper zijn dan in andere ziekenhuizen.

Een consultatie bij een internist kost ongeveer 1000 Nigeriaanse Naira (1 Naira = 0,0023 euro).

De behandeling van diabetes wordt gedekt door het NHIS.⁷ De verzekerde dient nog wel 10% van de kosten voor medicatie te dragen. Enkel de kosten voor insuline worden niet gedekt.

Betrokkene en zijn partner (N., E. Ma.) leggen geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in hun land van oorsprong. In hun aanvraag 9bis d.d. 16.12.2009 leggen beiden een attest van werkbereidheid voor. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat verzoekers in Nigeria 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.

Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat hen 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:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type II met neurovasculaire gevolgen en een tijdelijke behoefte aan insuline, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. N. indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, en de zwaarlijvigheid, hypertensie, hypercholesterolemie en hypovitaminose D met secundaire hyperparathyroïdie die geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit, geen reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf, met name Nigeria.

(...)"

De verzoekers voeren in wezen aan dat de ambtenaar-geneesheer geen zorgvuldig onderzoek heeft gevoerd omtrent de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst. Zij stellen, met citering van hun aanvraag, onder meer dat er niet werd ingegaan op de specifieke argumentatie omtrent het onaanvaardbaar kwalitatief niveau van de gezondheidszorgen in Nigeria. De verzoekers argumenteren dat het niet gaat om een minder goede kwaliteit dan in België (zoals de ambtenaar-geneesheer het stelt), maar om een algemeen slechte kwaliteit met een beperkte beschikbaarheid van de medische zorgen, zodat dit wel degelijk een invloed heeft op de beoordeling van de toegankelijkheid van de medische zorgen. Volgens de verzoekers kan niet van een deugdelijke behandeling worden gesproken indien de kwaliteit van de medische zorgen niet een minimumniveau haalt. De verzoekende partijen stellen voorts dat het niet betwist kan worden dat er een voldoende ernstige medische situatie voorligt en zij geven aan dat ze in hun aanvraag en in de geciteerde documenten duidelijk hebben aangetoond dat zij in Nigeria niet zullen kunnen beschikken over medische zorgen van een aanvaardbaar kwalitatief niveau. De verzoekende partijen merken, in verwijzing naar verschillende algemene bronnen van informatie, tevens op dat een afdoende medische zorg in Nigeria niet verzekerd kan worden door het tekort aan medicijnen en dokters en zij concluderen in Nigeria niet over afdoende medische zorgen te beschikken.

De verweende partij heeft geen administratief dossier neergelegd. Bijgevolg dient te worden aangenomen dat de verzoekende partijen in hun aanvraag hebben beklemdoond dat de medische zorgen in Nigeria geen minimum aan kwaliteitsniveau behalen, dat de medische zorgen te beperkt beschikbaar zijn en dat er een tekort is aan medicijnen en dokters, hetgeen niet kennelijk onjuist voorkomt (cf. artikel 39/59, §1,

van de vreemdelingenwet). Het komt inderdaad kennelijk onredelijk over om een dergelijke argumentatie in de aanvraag af te doen als zou enkel zijn aangehaald dat “*er met zekerheid kan worden gesteld dat er in [verzoekers] land van herkomst geen gelijkwaardige zorg kan worden geleverd, die even toegankelijk en bereikbaar is als in België*”. Ook de daaropvolgende beoordeling, die geheel vertrekt vanuit de onjuiste premisse dat enkel zou zijn aangehaald dat de toegang tot de zorgverlening in Nigeria van mindere kwaliteit is dan in België, kan derhalve niet volstaan. Bijgevolg dient te worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer niet adequaat heeft geantwoord op de specifieke argumentatie die de verzoekers in hun aanvraag naar voor brachten.

Een schending van de zorgvuldigheidsplicht is aangetoond.

De Raad wijst er bovendien op dat wanneer, zoals te dezen, een verzoekende partij op gemotiveerde en onderbouwde wijze betwist dat een beslissing op een zorgvuldige feitenvinding berust, het aan de overheid toekomt om via het administratief dossier het bestaan van de in haar beslissing vermelde motieven en de deugdelijkheid ervan aan te tonen (cf. RvS 30 juni 2011, nr. 214.282). Een appreciatiebevoegdheid moet steeds worden uitgeoefend op grond van toereikende beweegredenen, wat in de eerste plaats veronderstelt dat er beweegredenen bestaan en dat dit bestaan bewezen kan worden. Bijgevolg kwam het de verwerende partij toe om een administratief dossier neer te leggen waarin met de meeste precisie en volledigheid duidelijkheid wordt verschaft over de beschikbaarheid van de medische zorgen in Nigeria (cf. RvS 30 juni 2011, nr. 214.282).

Waar de verzoekers verwijzen naar een beperkte beschikbaarheid van medicijnen en dokters in Nigeria, merkt de Raad op dat de ambtenaar-geneesheer op dit punt verwijst naar bronnen die aan het administratief dossier zouden zijn toegevoegd, maar die niet publiek toegankelijk zijn (MedCOI-documenten, overzicht van beschikbare medicatie). Aangezien de verwerende partij naliet om het administratief dossier over te maken, kan de Raad echter niet nagaan of de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer, omtrent de beschikbaarheid van de medicatie en omtrent de mogelijkheid van behandeling door verschillende artsen, steun vinden in de stukken van het administratief dossier. De Raad kan evenmin nagaan of de ambtenaar-geneesheer uit de inlichtingen waarover hij beweert te beschikken wel de juiste conclusie getrokken heeft.

Daar de administratie deze determinerende informatie niet ter beschikking van de Raad gesteld heeft, maakt ze de wettigheidscontrole op haar beslissing onmogelijk (RvS 17 februari 1998, nr. 71.867).

Het beroep dient dan ook ingewilligd te worden.

Deze vaststelling leidt tot de vernietiging van de bestreden beslissing.

4. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. 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.

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 29 november 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk, doch ongegrond wordt verklaard, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op eenendertig januari tweeduizend negentien door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. DE GROOTE