

Arrest

**nr. 128.134 van 19 augustus 2014
in de zaak RvV X / IX**

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Pakistaanse nationaliteit te zijn, op 15 april 2014 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van 23 januari 2014 van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en voor Maatschappelijke Integratie 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 ongegrond verklaard wordt. De bestreden beslissing werd aan verzoeker ter kennis gebracht op 25 maart 2014.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 12 juni 2014, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 3 juli 2014.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken J. CAMU.

(Gehoord de opmerkingen van advocaat V. HERMANS, die loco advocaat S. MICHOLT verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat S. MATROYE, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.)

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoeker verklaart van Pakistaanse nationaliteit te zijn en geboren te Karachi op 30 oktober 1961.

Op 18 juni 2010 diende verzoeker een asielaanvraag in.

Op 4 februari 2011 diende verzoeker een aanvraag in om machtiging tot voorlopig verblijf op grond 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 verkort de vreemdelingenwet).

Op 4 maart 2011 verklaarde verweerder deze aanvraag van 4 februari 2011 onontvankelijk. Tegen deze beslissing diende verzoeker een annulatieberoep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna verkort de Raad).

Bij arrest nr. 61.726 van 18 mei 2011 vernietigde de Raad de bovenvermelde beslissing. Tegen dit arrest werd door de Belgische Staat een cassatieberoep aangekend bij de Raad van State.

Op 9 augustus 2011 nam het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (hierna verkort het CGVS) een beslissing houdende de weigering van de vluchtelingenstatus en de status van subsidiaire bescherming. Tegen deze beslissing diende verzoeker een beroep in bij de Raad.

Op 7 oktober 2011 diende verzoeker een aanvraag in om machtiging tot voorlopig verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Bij arrest nr. 71.003 van 29 november 2011 van de Raad werd de status van vluchteling en subsidiaire beschermde geweigerd aan verzoeker.

Op 8 december 2011 werd de aanvraag om machtiging tot voorlopig verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet van 7 oktober 2011 onontvankelijk verklaard.

Bij arrest nr. 220.934 van 10 oktober 2012 verwierp de Raad van State het cassatieberoep tegen het arrest nr. 61.726 van de Raad.

Op 19 november 2012 verklaarde de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel, Migratie en Maatschappelijke integratie de op 4 februari 2011 ingediende aanvraag om machtiging tot voorlopig verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet onontvankelijk.

Op 17 mei 2013 diende verzoeker een aanvraag in om machtiging tot voorlopig verblijf op grond van artikel 9bis van de vreemdelingenwet.

Op 21 januari 2014 verleende de ambtenaar-geneesheer een medisch advies inzake de op 7 oktober 2011 ingediende aanvraag om machtiging tot voorlopig verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Dit advies luidt als volgt:

"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 07.10.2011,

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Voorgelegde medische attesten:

- *Protocol bloedanalyse de dato 22/07/2010.*
- *Resultaat serologie de dato 25/11/2010.*
- *Protocol bloedanalyse de dato 25/11/2010.*
- *Voorschrift brilglazen, datum onleesbaar, van dr. Hellen Corver,*
- *Protocol gastroscopie de dato 16/12/2010 van prof. J. Belaiche. Oesofagitis graad 0.*
- *Medisch verslag de dato 27/12/2010 van prof. J. Belaiche. Helicobacter Pylori.*
- *Protocol bloedanalyse (2) de dato 11/01/2011.*
- *Medisch certificaat de dato 21/01/2011 van dr. Gutelman Henry. Diabetes type 2, hypothyroïdie.*
- *Medisch certificaat de dato 14/03/2011 van dr. Boldo Pol-Marie. Diabetes type 2, hypothyroïdie.*
- *Protocol bloedanalyse de dato 24/05/2011.*
- *Protocol bloedanalyse de dato 15/07/2011.*
- *Medisch getuigschrift de dato 12/09/2012 van dr. Frans Janssens. Diabetes type 2.*
- *Verslag consultatie spoedgevallen de dato 10/06/2013 van dr. Rosier Philippe. Acute alcoholintoxicatie.*
- *Consultatieverslag de dato 17/06/2013 van dr. Hugo D'aes.*
- *Voorschrift kinesitherapie de dato 31/07/2013 van dr. Lasters Bruno.*

Bespreking van het medisch dossier:

Uit dit medisch dossier bestaande uit de hierboven vermelde medische attesten blijkt dat de betrokkene behandeld wordt voor een lichte diabetes mellitus type 2.

De eerste stap in de behandeling van diabetes mellitus type 2 is gewichtsreductie, diëtische maatregelen (ook geen alcohol) en meer lichaamsbeweging. Er wordt duidelijk gesteld dat het om een lichte vorm gaat, in dergelijke gevallen volstaan de hierboven vermelde maatregelen. De behandeling met medicatie is in dit geval geenszins essentieel.

De refluxoesofagitis graad 0 en de aanwezigheid van Helicobacter pylori zijn niet meer actueel. Behandelingsduur van dergelijke discrete vorm van refluxoesofagitis bedraagt 4 tot maximaal 8 weken. Behandeling van Helicobacter Pylori bestaat uit een 10-daagse antibioticakuur. Beide behandelingstermijnen zijn reeds ruimschoots overschreden.

De aangehaalde hypothyroïdie werd tegengesproken door de schildkliertesten op bloedafname. Alle testen waren normaal.

De nekklachten (cervicobrachialgie) gaan niet gepaard met neurologische uitvalverschijnselen en zijn aldus niet ernstig. Er is overigens ook geen dringend verder onderzoek uitgevoerd om een onderliggend ernstig probleem uit te sluiten.

De acute alcoholintoxicatie is ook geen actueel probleem meer.

Conclusies:

Dit medisch dossier laat niet toe het bestaan vast te stellen van een graad van ernst zoals vereist door artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens, zoals geïnterpreteerd door het Europees Hof van de Rechten van de Mens dat een aandoening eist die levensbedreigend is gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte (EHRM 27 mei 2008, Grote Kamer, nr. 26565/05, N v. United Kingdom; EHRM 2 mei 1997, nr. 30240/96, D v. United Kingdom). Tevens blijkt uit de beschikbare medische gegevens dat er geen sprake is van een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft. Op basis van de vermelde medische gegevens kan er geen contra – indicatie om te reizen weerhouden worden. Verder is er geen mantelzorg nodig omwille van de vermelde aandoeningen. Ik stel bijgevolg vast dat er geen sprake is van een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid van Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd Artikel.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar hij verblijft."

Op 23 januari 2014 werd de voormelde aanvraag ongegrond verklaard.

Dit is thans de bestreden beslissing, waarvan de motivering luidt als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 07.10.2011 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

[...]

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, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 8.12.2011, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

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 [...] die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts- attaché dd. 21.01.2014 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).

Gezien de asielprocedure van betrokkene nog lopende is verzoek ik het attest van immatriculatie dat aan betrokkene werd afgegeven verder te verlengen tot nadere berichtgeving over de asielprocedure.

Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkene terug in het Wachtregister in te schrijven.

Een eventuele onmogelijkheid tot reizen zal bij de uitvoering van een verwijdering onderzocht worden.”

2. Onderzoek van het beroep

In zijn eerste en enige middel voert verzoeker de schending aan van artikel 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van de formele en materiële motiveringsplicht, van de zorgvuldigheidsplicht, van "het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur" en het artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna verkort het EVRM)

Hij licht zijn enig middel toe als volgt:

"4.1.

Betreffende de verzoekende partij kan opgemerkt worden dat hij lijdt aan ernstige medische aandoeningen. De verzoekende partij heeft immers niet alleen te kampen met diabetes maar ook met ernstige cervicagliaie (stuk 4).

De arts – attaché verwerende partij stelt echter verkeerdelijk dat "Dit medisch dossier laat niet toe het bestaan vast te stellen van een graad van ernst zoals vereist door artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens, zoals geïnterpreteerd door het Europees Hof van de Rechten van de Mens dat een aandoening eist die levensbedreigend is gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte (EHRM 27 mei 2008, Grote Kamer, nr. 26565/05, N v. United Kingdom; EHRM 2 mei 1997, nr. 30240/96, D v. United Kingdom). Tevens blijkt uit de beschikbare medische gegevens dat er geen sprake is van een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft. Op basis van de vermelde medische gegevens kan er geen contra – indicatie om te reizen weerhouden worden. Verder is er geen mantelzorg nodig omwille van de vermelde aandoeningen. Ik stel bijgevolg vast dat er geen sprake is van een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid van Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd Artikel." (stuk 3).

Bijgevolg houdt de verwerende partij in de bestreden beslissing voor dat uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de "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)"

(stuk 1).

Dit is evenwel geenszins het geval. Ten gevolge van zijn medische kwalen heeft de verzoekende partij een blijvende behandeling en opvolging nodig om een menswaardig bestaan te kunnen leiden. Opvallend is dat de aandoeningen door de arts – attaché van de verwerende partij niet worden betwist "uit dit medisch dossier bestaande uit de hierboven vermelde medische attesten blijkt dat de betrokkene behandeld wordt voor een lichte diabetes mellitus type 2 (...)" (stuk 3). De aandoeningen worden echter ten onrechte afgeschreven als niet ernstig.

De verzoekende partij wordt al jaren medisch opgevolgd en behandeld door verschillende dokters en specialisten. Er is geen beterschap in zicht. Een adequate en nauwgezette medische follow – up en behandeling blijft dus noodzakelijk!

De arts – attaché stelt dat de verzoekende partij lijdt aan een lichte diabetes mellitus type 2. Echter kan deze type diabetes niet aanzien worden als een mildere vorm van suikerziekte.

“Wordt vaak gezien als de mildere vorm van suikerziekte, maar dit is totaal onterecht. De aandoening treedt meestal op bij veertigplussers en krijgt het etiket ‘ouderdomsdiabetes’. Opvallend is echter dat deze vorm de laatste jaren op steeds jongere leeftijd voorkomt. In tegenstelling tot type 1-diabetes maakt de alveesklier bij ouderdomsdiabetes nog wel insuline aan. Maar de hoeveelheid is onvoldoende of de lichaamscellen zijn minder gevoelig voor de werking ervan. Bij het ontstaan van type 2-diabetes speelt erfelijkheid een onmiskenbare rol, maar ook zwaarlijvigheid kan er de aanleiding voor zijn.”¹ (de verzoekende partij zet vet)

Indien de verzoekende partij niet de nodige verzorging krijgt, hetwelk zeer bestaande is in het land van herkomst, Pakistan, treden er complicaties op:

“Op de lange termijn treden ook andere complicaties op:

-In de grotere slagaders treedt een sterk versnelde atherosclerose op. Diabetes mellitus is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten. Ook de kleinste slagadertjes gaan minder goed werken (micro-angiopathie) wat tot schade overal in het lichaam leidt, bijvoorbeeld diabetische retinopathie, een beschadiging van het netvlies met als gevolg slechtaziendheid of zelfs blindheid, of diabetische nefropathie, waarbij de nieren niet goed meer werken.

-De gevoelszenuwen gaan minder goed werken, waardoor na jaren vaak ongevoeligheid optreedt in de voeten en de handen. De voeten en handen gaan prikkelen en tintelen en tezelfdertijd wordt de tastzin minder goed, waardoor fijn werk zoals b.v. het dichtmaken van knoopjes onmogelijk wordt of de patiënt niet meer voelt dat hij in een punaise heeft getrapt. Dergelijke wondjes gaan bovendien eerder ontsteken door het hogere suikergehalte en de genezing gaat slechter door de verstoorde bloedtoevoer. De patiënt merkt het pas laat omdat hij het niet voelt. Dit kan er toe leiden dat op den duur tenen, voeten of onderbenen verloren gaan, omdat ze moeten worden geamputeerd.² (de verzoekende partij zet vet).

1 <https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/klachten-en-ziekten/diabetes/index.jsp>

2 http://nl.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

De verzoekende partij dient zijn diabetes onder controle te houden met medicatie (stuk 4) en krijgt volgende medicamenteuze behandeling:

“-omeparole 20 mg/d;

-glucophage 850 2/d

-diclofenac.”

(stuk 4).

De voorziene duur van de behandeling wordt gezien als levenslang (stuk 4). De mogelijke gevolgen en complicaties indien de behandeling wordt stopgezet omschrijft dokter D. als ernstig:

“ontregeling diabetes met complicaties.”

(stuk 4)

De toestand van de verzoekende partij is ernstig. Niettegenstaande de verzoekende partij aanvullende medische attesten en getuigschriften aan de verwerende partij heeft bezorgd, heeft de arts – adviseur deze medische verslagen niet grondig onderzocht. De medische attesten worden in het medisch verslag van de arts – adviseur vermeld, doch daar blijft het bij.

De arts – adviseur stelt in het medisch verslag vast dat “er geen sprake is van een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar bij verblijft” (stuk 3). Het blijft een raadsel hoe de arts – attaché in het medisch verslag kan stellen dat de aandoeningen waaraan de verzoekende partij lijdt niet ernstig zouden zijn. Bovendien wordt op geen enkel ogenblik rekening gehouden met het feit dat de verzoekende partij afkomstig is van Pakistan. Een land waar de veiligheidssituatie op heden nog altijd zeer precair te noemen is. De arts – attaché neemt een besluit, doch brengt niet in kaart dat de verzoekende partij zal teruggestuurd worden naar Pakistan... (zie hierna). De vraag blijft bijgevolg hoe diabetes in het land van herkomst, voor de verzoekende partij, geen onmenselijke of vernederende behandeling in de zin van artikel 3 E.V.R.M. zou uitmaken.

Niettegenstaande de verzoekende partij aanvullende medische attesten en getuigschriften hebben gefaxt en/of aangetekend opgestuurd, heeft de arts – adviseur deze medische verslagen niet afdoende of zelfs niet onderzocht. De arts – attaché van de verwerende partij heeft nergens gemotiveerd of de behandeling voor de verzoekende partij zowel toegankelijk als beschikbaar zijn in het land van herkomst. De conclusie die hieruit volgt is dat de verwerende partij niet alle concrete elementen en/of

medische attesten bij haar beoordeling in rekening heeft gebracht. De motiveringsverplichting is bijgevolg manifest geschonden.

Bovendien is mantelzorg vereist. Een regelmatige opvolging door de huisarts en/of specialisten is dan ook noodzakelijk. De toestand van de verzoekende partij gaat immers met zienderogen achteruit.

Bij de beoordeling van een medische regularisatieaanvraag heeft de verwerende partij de plicht om omzichtig en zorgvuldig te werk te gaan! De medische attesten die bij de medische regularisatieaanvraag werden voorgelegd vermelden duidelijk dat de verzoekende partij een degelijke medische begeleiding behoeft. Dit werd door de verwerende partij genegeerd.

Volgens rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen moet de verwerende partij in medische regularisaties rekening houden met alle beschikbare medische attesten op het moment van de beslissing, ook wanneer het gaat om nieuwe medische attesten waarnaar het standaard medisch attest niet verwijst en die later worden toegevoegd (RvV 29 maart 2013, nr. 100.322).

Stellen dat de verzoekende partij niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of niet 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 verzoekende partij gewoonlijk verblijft, is niet in overeenstemming met de werkelijkheid. Immers, uit de medische regularisatieaanvraag, die ondersteund werd door verschillende medische attesten, blijkt duidelijk dat het hier gaat om ernstige medische problemen (o.a.: diabetes en ernstige cervicalgie, ...) met ernstige beperkingen voor de verzoekende partij als gevolg.

De werkwijze die verwerende partij hier in casu heeft toegepast strookt niet met het algemeen rechtsbeginsel van behoorlijk bestuur en de zorgvuldigheidsverplichting! Dergelijke redenering is onredelijk en in strijd met artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Bovendien wordt er niet in concreto uiteengezet waarom de aangehaalde medische situatie van de verzoekende partij niet in overeenstemming is met artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Er staat enkel dat:

“Er werden medische elementen aangehaald voor [...] die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts – attaché dd. 21.01.2014 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).”

(stuk 1)

Volgens het RvV arrest 83.956 van 29 juni 2012 en RvV arrest 41.212 van 4 december 2012 miskent deze DVZ motivering artikel 9ter van de Verblijfswet en de formele motiveringsplicht. Artikel 9ter beschermt niet alleen tegen directe levensbedreigingen, maar ook tegen een reëel risico wanneer er geen adequate behandeling is in het land naar waar de aanvrager zou moeten terugkeren. De verwerende partij moet beide elementen nagaan en motiveren.

Een motivering zoals de verwerende partij hier heeft gebruikt is niet voldoende. In casu is de formele motiveringsverplichting geschonden waardoor het RvV arrest 83.956 van 29 juni 2012 en het RvV arrest 41.212 van 4 december 2012 naar analogie kan worden toegepast!

4.2.

Uit de rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen blijkt dat de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) de 9ter bescherming moet verruimen (stuk 5: Kruispunt Migratie-Integratie, ‘Nieuwsbrief Vreemdelingenrecht en IPR’, dd. 21 december 2012 (nr. 13-2012), <http://www.kruispuntmi.be/vreemdelingenrecht/detailnieuwsbr.aspx?id=18030#1>).

Dienst Vreemdelingenzaken mag niet langer medische regularisatie-aanvragen afwijzen alleen omdat de ziekte volgens het advies van de DVZ arts "niet direct levensbedreigend" is "gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer gevorderd stadium van de ziekte". In deze gevallen wordt de EHRM rechtspraak te beperkend geïnterpreteerd en is niet bepalend.

Deze norm staat niet in artikel 9ter van de Verblijfswet maar wordt verkeerd gededuceed uit de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens over art. 3 EVRM.

In verschillende recente arresten vernietigt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen analoge beslissingen van DVZ (zowel onontvankelijk als ongegrond verklaringen van 9ter aanvragen): RvV nr.

92.258 van 27 november 2012 - RvV nr. 92.397 en RvV nr. 92.444 van 29 november 2012 - RvV nr. 92.661 van 30 november 2012 - RvV nr. 92.863 van 4 december 2012.

Uit deze rechtspraak blijkt dat de interpretatie door DVZ van de EHRM rechtspraak "te beperkend" is. Volgens de interpretatie door DVZ en de DVZ arts kan artikel 3 EVRM slechts geschonden worden "als de aandoening direct levensbedreigend is, gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte". Volgens de RvV stelt het EHRM dat echter geenszins als absolute voorwaarde. De DVZ arts vertrekt dus van een verkeerde deductie (RvV nr. 92.397, RvV nr. 92.661).

In deze rechtspraak stelt de RvV vast dat art. 9ter, §1, eerste lid, Vw niet (alleen) verwijst naar artikel 3 EVRM of naar een levensbedreiging, maar van toepassing is op 'drie verschillende situaties', namelijk op een ziekte die, wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf:

- ofwel een reëel risico inhoudt voor het leven,
- ofwel een reëel risico inhoudt voor de fysieke integriteit,
- ofwel een reëel risico inhoudt op onmenselijke of vernederende behandeling.

De RvV stelt dat de hoge drempel van de EHRM rechtspraak over artikel 3 EVRM geen afbreuk kan doen aan de duidelijke wetsbepaling van artikel 9ter Vw. Artikel 9ter Vw biedt een ruimere bescherming dan direct levensbedreigende ziektes. De DVZ artsen moeten dus een ruimer onderzoek doen, en de DVZ beslissingen moeten ruimer gemotiveerd worden.

Ook de rechtspraak van de Raad van State (RvSt 19 juni 2013, nr. 223.961) volgt de vaste rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en veroordeelt de beperkte invulling door de Dienst Vreemdelingenzaken. In dit arrest zegt de Raad van State dat artikel 9ter Verblijfswet duidelijk verschillende opties inhoudt, die los staan van mekaar en die onafhankelijk onderzocht moeten worden:

- de ziekte houdt een reëel risico voor het leven of fysieke integriteit in;
- de ziekte houdt een reëel risico in op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst.

Daarnaast veroordeelt de Raad van State eveneens de praktijk van de Dienst Vreemdelingenzaken die de medische regularisatie beperkt tot 'direct levensbedreigende ziektes' of 'kritieke gezondheidstoestand'. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, dat handelt over de toekenning van een machtiging tot verblijf, is ruimer dan artikel 3 E.V.R.M., dat gaat over de uitwijzing van zieke vreemdelingen.

Niettegenstaande een onderzoek naar de mogelijkheden van behandeling of opvang in het land van herkomst noodzakelijk is en de DVZ artsen ruimer onderzoek moet doen alsook de verwerende partij ruimer motiveren, maakt de arts – attaché van de verwerende partij er zich van af met één zin die stelt "tevens blijkt uit de beschikbare medische gegevens dat er geen sprake is van een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft" (stuk 3). Dit is volgens hetgeen hierboven werd uiteengezet onvoldoende!

Meer nog, als men het verslag van de arts – attaché voor de verzoekende partij en de beslissing van de verwerende partij bestudeert, kan er duidelijk afgeleid worden dat de verwerende partij gebruik maakt van zogenaamde "standaardbeslissingen". De vraag die zich hierna dan overduidelijk bij stelt is of de verwerende partij wel rekening heeft gehouden met alle elementen eigen aan de ziektebeelden van de verzoekende partij.

Bijgevolg miskent de verwerende partij nog steeds de draagwijdte van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. De materiële motiveringsverplichting wordt in het licht van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet geschonden. De bestreden beslissing dient bijgevolg geschorst en vernietigd te worden.

4.3.

Zoals reeds hierboven aangehaald beschermt artikel 9ter van de Vreemdelingenwet zieken die een reëel risico lopen voor het leven of de fysieke integriteit, of op een onmenselijke of vernederende behandeling, in het geval er geen adequate (beschikbare en toegankelijke) behandeling is in het land van herkomst of het buitenland waar betrokkene naar zou moeten terugkeren na afwijzing van de medische regularisatieaanvraag.

Er dient op gewezen te worden dat de bestreden beslissing dd. 23 januari 2014 (kennisgeving 25 maart 2014) GEEN enkele motivering bevat over het tweede en derde deel van de definitie van artikel 9ter: of er geen van de genoemde risico's is in het geval dat de verzoekende partij geen adequate behandeling meer zou krijgen na terugkeer.

Ook in de EHRM rechtspraak is niet alleen de ziekte van belang, maar ook de mogelijkheid tot behandeling en opvang in het herkomstland (stuk 5: Kruispunt Migratie-Integratie, 'Nieuwsbrief Vreemdelingenrecht en IPR', dd. 21 december 2012 (nr. 13-2012), <http://www.kruispuntmi.be/vreemdelingenrecht/detailnieuwsbr.aspx?id=18030#1>).

De RvV analyseerde de EHRM rechtspraak en concludeert dat de interpretatie daarvan door DVZ te beperkend is.

Het onderzoek naar een mogelijke schending van art. 3 EVRM betreft meer dan het louter beantwoorden van de vraag of het mogelijk is om te reizen, of de vraag of de verwijdering een reëel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van de betrokkene.

Het EHRM heeft oog voor alle omstandigheden van dat dossier: zowel voor de algemene omstandigheden in het land van herkomst, als ook voor de persoonlijke situatie van een vreemdeling in het land van herkomst. Mogelijk geven factoren en omstandigheden op zichzelf geen aanleiding tot een schending van artikel 3 EVRM, maar hun combinatie wel.

Ook het EHRM houdt bij de motivatie van zijn arresten niet enkel rekening met het feit dat de vastgestelde ziekte van de betrokken vreemdeling zich heden niet in een terminale of kritieke fase bevindt.

Het EHRM sluit niet uit dat een ernstige aandoening een schending kan uitmaken van art. 3 EVRM als er geen behandeling voorhanden is in het herkomstland waardoor de aandoening alsnog op korte termijn kan evolueren naar een actuele levensbedreiging.

Het EHRM motiveert ook rekening houdende met de eventuele beschikbaarheid (en in mindere mate de toegankelijkheid) van een medische behandeling in het land van herkomst en de eventuele aanwezigheid van een sociale of familiale opvang in het land van herkomst.

De verzoekende partij is afkomstig van Pakistan. Uit de objectieve informatie blijkt duidelijk dat de gezondheidszorg in Pakistan ondermaats is. De verzoekende partij heeft nood aan grote gespecialiseerde zorgen. De objectieve informatie toont aan dat het voor de verzoekende partij onmogelijk is om aldaar de medische hulp te krijgen.

Het aantal diabetes patiënten in Pakistan is zeer hoog. Elke dag sterven er 10 mensen gelet op diabetes gerelateerde medische problematiek.

In Pakistan, there are around 6.7 million people with diagnosed diabetes and almost the same number of people at high risk of becoming diabetic. The projections are that this number will rise to 12.8 million by 2035, which puts Pakistan among the top countries with the highest number of population suffering from diabetes. An alarming fact for public health experts in this regard is that 10 people die every hour in Pakistan due to diabetes-related causes. Besides, the incidences of heart attacks and strokes have increased due to the prevalence of this disease.

Other complexities related to the disease are limb amputation, kidney damage or blindness which limit patients' abilities to function as normal human beings as well as lead to increased financial burden on their families. If the patient is the main bread-earner, his income suffers and a lot has to be spent on the treatment of the disease. Even if he is not, the treatment of family member(s) has to go on for the rest of the life and may consume large chunks of savings as well. (...)

So, the foremost challenge at the moment is to increase awareness among the masses on what the word diabetes mellitus means, what its symptoms and causes are and how can the complexities caused by it can be avoided. Health sector experts stress that every individual should have access to diagnostic facilities and the state should made arrangements to screen the vulnerable populations. This will be a public service as well as a means to reduce the burden on public healthcare system which has to deal with far complex diseases caused by diabetes. (...)

"Diabetes is more harmful to people than terrorism. We are taking it seriously and going from door to door to warn people about it," he concludes."

(stuk 6, "Diabetes: A silent killer", the News on Sunday, 9 maart 2014, de verzoekende partij zet vet)

"Diabetes education has been well-acknowledged as an indispensable tool for the management and prevention of diabetes. In Pakistan, level of awareness at both physicians and patients along with other community people level has been observed to be very low. Diabetes care practices are also observed to be inadequate. Level of awareness, physical activity and availability of professional dietetic services has shown potential for better management of diabetes or its complications. These observations highlight the importance of measures to be taken for the diabetes education in preventing diabetes in Pakistan."

(stuk 7, "Diabetes in Pakistan: Epidemiology, Determinants and Prevention", Journal of Diabetology, toegankelijk op 15 april 2014, te consulteren op <http://www.journalofdiabetology.org/Pages/Releases/FullTexts/ThirdIssue/RA-1-JOD-10-039.aspx>, de verzoekende partij zet vet)

De publieke gezondheidszorg in Pakistan is geheel ondermaats.

"Hamza Mazhar, a 35-year-old teacher from Pakistan's eastern city of Lahore, says he never wants to see the inside of a government hospital again. My mother was taken to the hospital with an upper respiratory tract infection in February this year and doctors said she needed care in the hospital's Intensive Care Unit (ICU)," he told IRIN. But the doctors in charge wanted the family to pay a bribe to get

into the ICU, which had plenty of spare beds. They could not afford to pay. His mother was unable to get the treatment she needed and in March she died.

Health care in Pakistan is identified as one of the country's most corrupt sectors, according to surveys by Transparency International; general surveys suggest the majority of Pakistanis are unhappy with the health services they are offered.

This is just one of the many challenges facing Pakistan's health system, as identified in the first ever comprehensive assessment of the sector, published in the medical journal *The Lancet* and launched today in Islamabad. Entitled *Health Transitions in Pakistan*, the series of articles says Pakistan's health sector lags behind 12 countries in the region with cultural, economic and geographic similarities.

Pakistan has no national health insurance system and 78 percent of the population pay health care expenses themselves. It is the only country in the world without a National Health Ministry.

The report authors say the recently elected government has a unique opportunity to push through reforms and take advantage of recent constitutional changes that devolve health care to the provinces.

The findings are not entirely negative. Progress has been made on all health indicators in the past 20 years. The rates of child deaths and maternal mortality have fallen, and the community-based Lady Health Workers programme is singled out for praise.

In Pakistan, as more widely throughout south Asia, non-communicable diseases like cancer, diabetes and heart problems have replaced communicable diseases like malaria and diarrhea in the past two decades as the leading causes of death and morbidity.

This general trend has not been matched by an adaptation in the Pakistani health system or government policy. Poor road safety, cheap cigarettes and high-levels of obesity (one in four adults) all lead to preventable deaths.

So-called "lifestyle diseases" could cost the country nearly US\$300 million in 2025, according to the report's authors.

They say the right government action, including higher excise taxes on cigarettes, new legislation, and information campaigns could cut the premature mortality rate from cardiovascular diseases, cancers, and respiratory diseases by 20 percent by 2025.

Humanitarian crises provoked by earthquakes, flooding and conflict over the past decade have mobilized large sums of money both internationally and within the country. But corresponding sums have not been spent on underlying health services, which have the potential to save many more lives. Public health spending has declined from 1.5 percent of GDP in the late 1980s to less than 1 percent, according to the report – equivalent to less than 4 percent of the government budget. That has left Pakistanis with little support for medical costs, which are responsible for more than two-thirds of major economic shocks for poor families, according to the Ministry of Social Welfare and Special Education.(...)"

(stuk 8, ecoi.net, IRIN, 'Challenges to improving healthcare in Pakistan', dd. 17 mei 2013, toegankelijk op 15 april 2014, artikel te consulteren op http://www.ecoi.net/local_link/247411/357626_en.html, de verzoekende partij zet vet).

"For an underdeveloped and unevenly developed country like Pakistan, the emphasis on healthcare needs to be on the 63 percent of the population that lives away from large cities and earns less than a dollar a day. Primary healthcare then becomes of great importance and the provision of clean drinking water, sewage disposal, immunization and tackling the problem of malnutrition seems more of a concern as compared to the issue of the numerical inadequacy of the doctor per person or the hospital beds per person.

Total healthcare spending in Pakistan relative to the size of the economy is low, at an estimated 2.4% of GDP in 2010, and will stay flat on this basis in 2011-15 as spending rises in line with the pace of economic expansion. Almost three-quarters of healthcare expenditure in Pakistan consists of out-of-pocket spending, meaning that the old and the sick have to pay directly for healthcare.

The healthcare sector is undeveloped, with almost one-half of the population lacking access to primary healthcare. Most people will continue to rely on traditional doctors for treatment. Healthcare will remain far more readily available in urban areas, where the majority of doctors and hospitals are concentrated. Healthcare in rural areas is often sought from hakims (traditional healers), who have little or no formal medical training. More and more people are being denied health care simply because they cannot afford it. Fewer and fewer people consult doctors. Fees have not gone up, but the cost of medicines is high, and even when they see a doctor they often cannot follow up on care, as medicines are beyond their budget,' said Waheed Sharif, a general practitioner in Lahore. As an example, he cited the case of a patient with high blood pressure who took the pills she is supposed to take each day only once a week 'because that's all she can afford'.

The Network for Consumer Protection, an Islamabad-based NGO, which conducted a detailed survey in 2004 on the pricing of drugs and access to them, found 'public health facilities had extremely low

availability of essential medicines' while 'medicines for common treatments were unaffordable and out of reach to the poor when purchased in the private sector.

Basically health has become a luxury. The rich can get the best treatment. But people like me cannot afford to be sick,' said Qaiser Hussain. He fears that, like his father, who died of cardiac arrest in his 50s, he has a heart disease. 'I suspect this, but what can I do? I must just wait and see,' he said."

(stuk 9, *ecoi.net*, 'Anfragebeantwortung zu Pakistan: 1) Behandlungsmöglichkeiten von Krebs; 2) Allgemeine Informationen zur medizinischen Versorgung', artikel te consulteren op http://www.ecoi.net/local_link/227087/334866_en.html, de verzoekende partij zet vet).

"(...)

The healthcare system in Pakistan includes both public and private services. The public sector, which is regulated and recognized is comprised of health facilities from Basic Health Units (BHU's), Rural Health Centres (RHC's) and tertiary care facilities. In Pakistan, Primary Healthcare (PHC) units include both BHUs and RHCs, and less than 30% of the population uses the facilities of the PHC. Reasons that the public sector is severely under-utilized is mainly due to inherent weaknesses including insufficient focus on prevention and promotion of health, excessive centralization of management, political interference, lack of openness, weak human resource development, lack of integration, and lack of a public health policy."

(stuk 10: *GlobalSurance*, 'Pakistan Expat Health Insurance / Healthcare System News', geconsulteerd op 3 juni 2013, artikel te consulteren op http://www.globalsurance.com/resources/pakistan/pakistan_general_news/; de verzoekende partij zet vet).

"(...)

According to government statistics, there is one doctor for every 1,222 people in the country, one dentist for 16,854 people, and one hospital bed to 1,701 people. According to the Economic Survey of Pakistan 2010-2011, the target set for the national health policy was to increase the number of doctors by 5,000, dentists by 450, and have another 35,000 nurses, 5,500 paramedics and 500 traditional health attendants. For rural areas, there were to be 14 new Rural Health Centres (RHCs), 40 new Basic Health Units (BHUs) and the upgrade of 45 RHCs and 900 BHUs.

Various professional bodies in Pakistan are concerned with medical resources and needs. They include the Pakistan Medical and Dental Council (PMDC), the Pakistan Dental Association (PDA), and the College of Physicians and Surgeons (CPSP). In addition, the National Institute of Cardiovascular Diseases (NICVD) was established to meet the increasing demand for the diagnosis, management and prevention of cardiovascular diseases, as well as to keep up to date with the rapid technological advances in the field through research and development. Likewise, the implementation of the National Programme for Family Planning and Primary Health Care is a timely and much-needed response to the health care needs of the rural communities in the country. The Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital & Research Centre (SKMCH&RC) has been providing comprehensive care, free of charge, to thousands of homeless cancer patients. Health care services across the country have visibly increased. Basic Health Units (BHU), Rural Health Centres (RHC), and civil dispensaries have been created in the remote rural areas to meet the health needs of the local communities. In the cities, there are both state and private hospitals with modern technologies to meet a variety of health needs.(...)"

(stuk 11, *Pakistan, Country of Origin Information*, dd. 7 december 2012, artikel te consulteren op <http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/sitecontent/documents/policyandlaw/coi/pakistan/report-071212.pdf?view=Binary>, de verzoekende partij zet vet).

Uit deze objectieve informatie kan afgeleid worden dat het voor de verzoekende partij uiterst moeilijk tot quasi onmogelijk zal zijn om de noodzakelijke zorgen te krijgen in zijn land van herkomst. De verzoekende partij behoeft een intense medische behandeling die in zijn land van herkomst duidelijk niet voorhanden is.

Bovendien negeert de verwerende partij de precare veiligheidssituatie in Pakistan. De verzoekende partij is afkomstig uit Karachi (Pakistan). Objectieve informatie toont aan dat er nog steeds sprake is van een aanhoudende conflictsituatie. Dergelijke onstabiele veiligheidssituatie heeft een nefaste invloed op de gezondheidszorg in Pakistan.

De vraag die dient gesteld te worden is of een persoon met een grote nood aan gespecialiseerde zorgen, zoals de verzoekende partij, al dan niet deze zorgen zal kunnen krijgen in haar land van herkomst, op heden, aldus rekening houdende met de specifieke situatie waarin een land verkeert, i.e. Pakistan.

"Niet-essentiële reizen naar Pakistan worden afgeraden omwille het risico op ernstige veiligheidsproblemen (terroristische aanslagen, onlusten, gewelddadige betogingen, ontvoeringen, commando aanvallen enz.) die in heel het land op eender welk moment kunnen voorkomen. (...)

Bepaalde gebieden in Zuid-Punjab (Multan, Bahawalpur) en Sindh, inclusief bepaalde wijken van de stad Karachi, leveren reële problemen op. Voor alle grotere steden van het land (inclusief Islamabad, Rawalpindi, Lahore en, a fortiori Quetta, Peshawar, Karachi) waar zich buitenlanders bevinden zijn gewelddaden in de vorm van (zelfmoord)aanslagen, aanvallen op Westerlingen, gewelddadige betogingen, religieus-sectair geweld en criminaliteit in het algemeen steeds actueel. (...)"

(stuk 12, Reisadvies Pakistan dd. 27 januari 2014, geldig op 15 april 2014, artikel te consulteren http://diplomatie.belgium.be/nl/Diensten/Op_reis_in_het_buitenland/reisadviezen/azie/oost-timor/ra_pakistan.jsp?referer=tc:314-75882-64, de verzoekende partij zet vet)

"Bij twee bomexplosies in de Pakistaanse havenstad Karachi zijn zeker negen doden gevallen. Tientallen mensen raakten gewond. De aanslagen waren gericht tegen een kantoor van de liberale Awami-partij. Die partij was eerder ook al doelwit van terroristen. In Pakistan worden vandaag parlamentsverkiezingen gehouden. Het is voor het eerst in de geschiedenis van het land dat een democratisch gekozen volksvertegenwoordiging en de regering hun termijnen hebben volgemaakt. De verkiezingen worden daarom historisch genoemd.

De campagne voor de parlamentsverkiezingen werd regelmatig opgeschrikt door aanslagen en schietpartijen. Zeker 130 mensen zijn daarbij gedood. Vorige week werd nog een Awami-kandidaat doodgeschoten; in april kwam een lokale bestuurder van die partij om het leven bij een aanslag. Vermoed wordt dat Taliban-strijders achter de aanvallen zitten.

In Karachi werd vanochtend ook een stemlokaal beschoten. Twee politiemensen die het bureau bewaakten raakten zwaargewond en liggen in kritieke toestand in het ziekenhuis. De daders zijn er op motoren vandoor gegaan."

(stuk 13, NOS, 'Aanslagen bij verkiezingen Pakistan', dd. 11 mei 2013, artikel te consulteren op <http://nos.nl/artikel/505522-aanslagen-bij-verkiezingen-pakistan.html>, de verzoekende partij zet vet).

"Binnen enkele dagen zullen de mensen in Pakistan hun stem kunnen uitbrengen, maar de intimidatiepogingen van de taliban blijven verdergaan. Opnieuw werden verschillende verkiezingsbijeenkomsten bestookt en vielen er meer dan 30 doden en meer dan 100 gewonden.

De golf van geweld tegen kandidaten voor de komende parlamentsverkiezingen in Pakistan blijft maar aanhouden. Vandaag was opnieuw een kandidaat van de islamitische partij JUI-F het doelwit van een aanslag, nadat gisteravond al vele mensen bij een aanval op een partijlid werden gedood. Een andere bom was gericht tegen de tot nog toe regerende Volkspartij PPP. In totaal stierven bij de aanslagen in het noordwesten van het land volgens officiële cijfers minstens 34 mensen en werden er 103 verwond.

Moefti Syed Janan, kandidaat van talibangezinde partij Jamiat Ulema-e-Islam Fazal (JUI-F) bevond zich vandaag met zijn aanhangers op een markt in Hangu in de opstandige provincie Khyber-Pakhtunkhwa, toen de bom ontplofte. Acht mensen kwamen om, 33 werden verwond. Janan, die ongedeerd bleef, beticht de regering ervan te weinig te doen voor de bescherming van verkiezingsdeelnemers. Volgens een expert was bij de aanslag een springtuig aan een motor bevestigd en vanop afstand opgeblazen. Eerder had de politie van een zelfmoordterrorist gesproken.

Het aantal doden van de aanslag gisteravond steeg volgens officiële cijfers naar 21. Zeventig mensen raakten gewond toen de bom in het district Kurram aan de Afghaanse grens explodeerde.

De Pakistaanse taliban (TTP) eiste de verantwoordelijkheid voor de aanslag van gisteren op. Doel was niet de partij, maar kandidaat Munir Orakzai, die voor zijn overstap naar de JUI-F de seculiere regering onder de PPP aanhing. De radicaalislamitische taliban wijzen de verkiezingen af en hebben drie partijen uit de huidige regering in het vizier voor aanslagen. Een daarvan is de Volkspartij PPP, die vandaag eveneens werd aangevallen. Volgens de politie kwamen bij de explosie van een op afstand ontstoken bom in het district Lower Dir in Khyber-Pakhtunkhwa vijf aanhangers van de PPP om. Niemand eiste die aanslag op.

Sinds het begin van de verkiezingsstrijd op 11 april werden volgens mensenrechtenorganisaties al meer dan 100 mensen gedood en werden honderden anderen verwond. De drie beoogde partijen van de taliban hebben wegens de terreurdreiging geen grote bijeenkomsten meer gehouden. (...)"

(stuk 14, HLN.be, '34 doden en 100 gewonden bij aanslagen voor verkiezingen in Pakistan', dd. 7 mei 2013, artikel te consulteren op <http://www.hln.be/hln/nl/960/Buitenland/article/detail/1628784/2013/05/07/34-doden-en-100-gewonden-bij-aanslagen-voor-verkiezingen-in-Pakistan.dhtml>, de verzoekende partij zet vet).

"A remote-controlled bomb in the southern Pakistani city of Karachi has killed eight people and injured a senior judge, police say. (...) The bomb was attached to a motorcycle and was so powerful that it damaged nearby shops, police told the Associated Press news agency."

(stuk 15, "Pakistan bomb kills eight and injures Karachi judge", BBC News, 26 juni 2013, de verzoekende partij zet vet).

KARACHI: At least 40 people including women and children were killed and 135 others sustained injuries after a powerful blast ripped through a densely populated area near Abbas Town, Health Department Sindh said Sunday. "More than 40 people are feared dead and above 135 injured", Health

Secretary Sindh said while talking to media here. (...) At least 130 kilograms of explosives were used in the blast, which you cannot hide inside a bike. Our findings suggest a four-wheeler was used as the carrier of the bomb evident from parts of a car engine found from the site", sources quoted the bomb experts as saying.

(stuk 16, "40 dead, dozens injured in Karachi blast", International The News, 3 maart 2013, de verzoekende partij zet vet)

"KARACHI: The Tehrik-i-Taliban Pakistan (TTP) claimed responsibility Thursday for an explosion targeting a police bus near Razzaqabad police training college in Karachi's Shah Latif Town in which 13 policemen were killed and 47 others, including civilians, were wounded, DawnNews reported."

(stuk 17, "Karachi car bomb kills 13 policemen; TTP claims attack", Dawn.com, 14 februari 2014, de verzoekende partij zet vet)

In de bestreden beslissing wordt geen rekening gehouden met de mogelijke stopzetting van de behandeling, alsook wordt er niet stilgestaan bij de toegankelijkheid van een mogelijke behandeling in het land van herkomst. Bij een terugkeer naar het land van herkomst zullen de medische problemen van de verzoekende partij verergeren. De bestreden beslissing maakt in dit opzicht dan ook een schending van artikel 3 E.V.R.M. uit.

Het is opmerkelijk dat de verwerende partij op heden negatieve beslissingen velt in het kader van de medische regularisatieaanvragen van burgers afkomstig uit Pakistan, die een gedwongen terugkeer van deze personen tot gevolg hebben. Personen die een medische regularisatieaanvraag indienen zijn immers vaak nog meer kwetsbaar dan de "modale" asielzoeker.

De verzoekende partij naar zijn land van herkomst terugsturen om aldaar de noodzakelijke gespecialiseerde zorgen te kunnen krijgen, wetende dat er geen behandeling beschikbaar is, maakt een schending uit van artikel 3 E.V.R.M.

4.4.

Bovendien kan ook het arrest M.S.S. tegen België en Griekenland van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens vermeld worden.

Dit arrest stelt dat, indien 'reliable sources' getuigen van 'practices resorted to or tolerated by the authorities which are manifestly contrary to the principles of the Convention', de nationale autoriteiten zich niet zonder meer kunnen beroepen op het vertrouwensbeginsel ten opzichte van de andere lidstaat. In concreto dient de Dienst Vreemdelingenzaken na te gaan hoe een andere lidstaat zijn internationale verplichtingen en de EU-richtlijnen in de praktijk brengt en individuele garanties eisen.

Naar analogie kan dit arrest toegepast worden voor wat betreft de verantwoordelijkheid van de Dienst Vreemdelingenzaken bij de beoordeling van de vraag of iemand op een efficiënte manier de noodzakelijke gezondheidszorgen in land van herkomst zal kunnen krijgen.

Hierboven werd reeds meer dan genoegzaam aangetoond dat de gezondheidszorg in het land van herkomst van de verzoekende partij NIET voldoende is. Er is voor de verzoekende partij geen adequate behandeling in Pakistan voorhanden. Bij gedwongen terugkeer naar een land van herkomst is er een reëel risico op schending van artikel 3 E.V.R.M.

4.5.

Overeenkomstig artikel 62 van de Vreemdelingenwet moeten alle administratieve beslissingen met redenen omkleed worden.

Artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 bepalen dat de bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd en dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moeten vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat motivering afdoende moet zijn.

De verwerende partij is heel summier in zijn motivering van de bestreden beslissing:

"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"

(stuk 1)

De verwerende partij heeft in de bestreden beslissing niet gemotiveerd waarom zij de medische aandoening, waar de verzoekende partij aan lijdt, niet ernstig is en bijgevolg niet in aanmerking kan genomen worden als grond voor een medische regularisatie.

4.6.

De werkmethode is onaanvaardbaar in een dossier zoals het voorliggende. Een dergelijke werkmethode schendt het principe van behoorlijk bestuur en de zorgvuldigheidsplicht.

De overwegingen in de bestreden beslissing zijn bijgevolg onvoldoende. De verplichting tot formele en materiële motivering is geschonden.

Gelet op het feit dat in het land van herkomst, Pakistan, geen adequate behandeling beschikbaar is die toegankelijk is voor eenieder is er een reëel risico op schending van artikel 3 E.V.R.M. bij een gedwongen terugkeer van de verzoekende partij naar het land van herkomst."

Zowel in het eerste als in het vijfde onderdeel van zijn enig middel voert verzoeker de schending aan van de motiveringsplicht zoals neergelegd in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en in artikel 62 van de vreemdelingenwet. Deze artikelen hebben tot doel de bestuurde in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid de beslissing heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Voornoemde artikelen verplichten de overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een afdoende wijze (RvS 6 september 2002, nr. 110.071, RvS 19 maart 2004, nr. 129.466, RvS 21 juni 2004, nr. 132.710).

Verzoeker voert in het vijfde onderdeel aan dat de bestreden beslissing zeer summier gemotiveerd is en dat in de bestreden beslissing niet gemotiveerd zou zijn waarom de medische aandoening niet ernstig is en niet in aanmerking kan genomen worden als grond voor een medische regularisatie.

In het eerste onderdeel wijst hij erop dat de arts-adviseur nergens heeft gemotiveerd of de behandeling toegankelijk of beschikbaar is in het land van herkomst. Niet alle concrete elementen of medische attesten zouden in rekening zijn gebracht. Hij meent dat hierdoor eveneens het beginsel van behoorlijk bestuur, de zorgvuldigheidsplicht en artikel 9ter van de vreemdelingenwet zijn geschonden. Er zou niet *in concreto* zijn uiteengezet waarom de aangehaalde medische situatie van verzoeker niet in overeenstemming is met artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Hij verwijst naar rechtspraak van de Raad die stelt dat niet enkel directe levensbedreigingen worden beschermd door artikel 9ter van de vreemdelingenwet, maar eveneens een reëel risico wanneer er geen adequate behandeling is in het land waarnaar de aanvrager moet terugkeren.

De beoordeling van motiveringsplicht moet worden beoordeeld in het licht van de toepasselijke wetsbepaling, *in casu* artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarvan verzoeker eveneens de schending aanvoert.

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.

§ 1/1(...)

§ 2. (...)

§ 3. (...)

§ 4. (...)

- § 5. (...)
- § 6. (...)
- § 7. (...)"

De Raad stelt echter vast dat in de bestreden beslissing wordt verwezen naar het advies van de arts-adviseur en dat dit advies werd bijgevoegd aan de bestreden beslissing bij het ter kennis brengen van de beslissing, zodat dient vastgesteld te worden dat dit advies integraal deel uitmaakt van die bestreden beslissing. In dit advies heeft de arts-adviseur gemotiveerd omtrent alle verschillende aandoeningen die verzoeker in zijn aanvraag en aanvullingen heeft aangehaald. Zo wijst de arts-adviseur erop dat wat betreft de diabetes type 2 er in de door verzoeker voorgelegde attesten duidelijk wordt gesteld dat het om een lichte vorm gaat. Ze meent dat in een dergelijke vorm gewichtsreductie, diëtistische maatregelen en meer lichaamsbeweging de enige noodzakelijke behandeling zijn en medicatie niet essentieel is. Ze motiveert dat de refluxoesofagitis en de aanwezigheid van *Helicobacter pylori* niet meer actueel zijn daar de behandelingstermijnen voor beide aandoeningen ruimschoots zijn overschreden. Schildkliertesten hebben de aangehaalde hypothyroïdie tegengesproken en bij gebrek aan neurologische uitvalverschijnselen zijn de nekklachten (cervicobrachialgie) niet ernstig. Daarom concludeert de arts enerzijds dat er geen sprake is van een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit, noch dat er een reëel risico op een mensenwaardige of vernederende behandeling zou ontstaan wanneer er geen behandeling in het herkomstland zou zijn. Hieruit blijkt duidelijk dat de arts-adviseur meer doet dan enkel de medische attesten opsommen en wel motiveert waarom de aandoeningen niet in aanmerking kunnen worden genomen als grond voor medische regularisatie. Er is bijgevolg geen sprake van "een raadsel" waarom de arts de aandoeningen niet ernstig acht.

Aangaande de vermeende schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, wijst de Raad erop dat voornoemd beginsel de overheid de verplichting oplegt haar beslissing op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411, RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Verzoeker toont niet aan met welke concrete elementen of medische attesten geen rekening zou gehouden zijn of welke medische verslagen niet onderzocht zouden zijn zodat aan de zorgvuldigheidsplicht niet voldaan zou zijn.

Voor de volledigheid wijst de Raad erop dat het afzonderlijk aanvoeren van "een schending van het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur", niet op dienstige wijze kan gebeuren. Dit begrip betreft immers een verzamelnaam voor tal van beginselen, zodat verzoeker dient te preciseren welk beginsel van behoorlijk bestuur hij geschonden acht.

Waar verzoeker verwijst naar rechtspraak van de Raad waarin artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet als volgt wordt geïnterpreteerd dat niet alleen de direct levensbedreigende situaties of reële risico's voor de fysieke integriteit als gevolg van ziekte worden gedekt, maar eveneens de reële risico's op een mensenwaardige of vernederende behandeling bij gebrek aan een adequate behandeling in het herkomstland, en bijgevolg ten aanzien van deze onderscheiden elementen door verweerder moet gemotiveerd worden, bevestigt de Raad dit standpunt (zie eveneens RvS 19 juni 2013, nr. 223.961). Echter de Raad stelt *in casu* vast dat door verweerder omtrent deze verschillende elementen formeel werd gemotiveerd. Dit in tegenstelling tot de situatie, behandeld in het door verzoeker aangehaalde arrest RvV 29 juni 2012, nr. 83.956 waar de arts in het advies zich had beperkt tot de vaststelling dat de gezondheidssituatie niet kritiek was. Het tweede arrest waarnaar verzoeker meent te kunnen verwijzen, betreft een foutieve referentie. Het arrest 41.212, is een arrest van 31 maart 2010 waarin het beroep wordt verworpen omdat de verzoeker niet is verschenen. Bijgevolg kan de Raad *in casu* geen schending van de formele motiveringsplicht naar analogie vaststellen. Ten overvloede weze nog vervolledigd dat in een continentale rechtstraditie arresten van de Raad geen precedentswaarde hebben.

Een schending van de formele motiveringsplicht, noch van het artikel 62 van de vreemdelingenwet, noch van de artikelen 2 en 3 van de voormelde wet van 29 juli 1991, noch van de zorgvuldigheidsplicht als beginsel van behoorlijk bestuur kunnen hieruit worden afgeleid. Waar verzoekers ingaan op een schending van artikel 3 van het EVRM verwijst de Raad naar wat *infra* wordt uiteengezet.

Uit de bewoordingen van zijn eerste onderdeel blijkt dat verzoeker de motieven van de bestreden beslissing en het advies kent, en deze eveneens aan een inhoudelijk onderzoek onderwerpt, bijgevolg voert verzoeker ook de schending van de materiële motiveringsplicht aan.

Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad om zich bij de beoordeling van de aanvraag om machtiging tot voorlopig verblijf in de plaats te stellen van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen.

Verzoeker voert aan dat de arts ten onrechte de aandoeningen heeft afgeschreven als niet ernstig. Hij wijst op het feit dat hij al jaren door verschillende dokters en specialisten wordt opgevolgd en een adequate behandeling noodzakelijk blijft. Hij voert aan dat diabetes type 2 ten onrechte als een mildere vorm van diabetes wordt afgedaan en er op lange termijn complicaties optreden zoals hart- en vaatziekten en ongevoeligheid in handen en voeten. Hij wijst op de medicatie die hij neemt, en op het feit dat dokter D. de behandeling als levenslang omschrijft met complicaties in geval van stopzetting van de behandeling. Volgens verzoeker is de stelling van verweerder in de bestreden beslissing dat derhalve niet kan worden aangenomen dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf bijgevolg niet in overeenstemming met de werkelijkheid.

De Raad moet er echter op wijzen dat het feit dat verzoeker een andere mening is toegedaan dan de arts-adviseur op zich niet van aard is afbreuk te doen aan de wettigheid van de bestreden beslissing. Immers wanneer een verblijfsaanvraag op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet ongegrond wordt verklaard, zal dit veelal precies zijn omwille van het feit dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies tot een andere conclusie komt dan hetgeen de aanvrager trachtte te staven aan de hand van de neergelegde attesten (RvS 15 september 2010, nr. 207.380).

Bovendien komt het de Raad als annulatierechter niet toe zich in de plaats te stellen van de ambtenaar-geneesheer. De Raad kan enkel nagaan of verweerder bij diens beoordeling op kennelijk onredelijke wijze is te werk gegaan of één van de overige beginselen van behoorlijk bestuur heeft geschonden.

De Raad stelt in eerste instantie vast dat Dr. Janssens in het standaard medisch getuigschrift gevoegd bij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet uitdrukkelijk spreekt van "lichte" diabetes type II, onder diagnose herhaalt hij "ernst niet [onleesbaar] lichte diabetes type II, gemakkelijk onder controle" en bij evolutie en prognose van de aandoeningen "klassieke progressie diabetes indien P zijn matige diabetes verwaarloost". In overige attesten van Dr. Gutelman en Dr. Boldo respectievelijk van 21 januari 2011 en 14 maart 2011 wordt melding gemaakt van "diabète type II" met als vermelding van de gevolgen bij het stopzetten van de behandeling: "augmentation [onleesbaar] en aggravation de son diabète". In het attest van Dr. Janssens van 26 maart 2012 verklaart deze opnieuw "diabetes type II ernst: licht". En in het meest recente stuk aangaande de diabetes van 17 juni 2013 vermeldt "Type II diabetes (diabetes gepaard met obesitas of niet -insuline afhankelijke diabetes/"). In geen enkel voorgelegd attest wordt door een behandelende arts gewag gemaakt van een ernstige vorm van diabetes, er is geen sprake van ernstige complicaties zoals hart- en vaatziekten, noch van enige symptomen van gevoelloosheid in handen en voeten. Het attest waarnaar verzoeker verwijst van dokter D'aes van 12 november 2012 wordt enkel gevoegd bij het verzoekschrift en bevindt zich niet in het administratief dossier. Ook in dit attest is enkel sprake van een stabiele diabetes op korte termijn en een deterioratie op lange termijn.

De Raad meent dan ook dat het niet kennelijk onredelijk is van verweerder gewag te maken van een lichte vorm van diabetes en blijkt tevens uit de stukken dat de diabetes gepaard gaat met obesitas zodat de verwijzing naar gewichtsreductie, diëtistische maatregelen en lichaamsbeweging evenmin kennelijk onredelijk overkomt.

Het feit dat een aandoening door een arts als "ernstig" wordt gekwalificeerd of dat zich op lange termijn een verergering kan voordoen of complicaties kunnen ontstaan, betekent ook niet noodzakelijk dat deze aandoening in aanmerking komt als een risico op een menonwaardige en vernederende behandeling bij gebrek aan een adequate behandeling.

Tot slot poneert verzoeker nog dat mantelzorg vereist is, zonder dit verder enigszins te staven. Verzoeker maakt dus geenszins aannemelijk dat de stelling van de arts-adviseur dat geen mantelzorg nodig is van alle redelijkheid ontdaan zou zijn.

Ook waar verzoeker stelt dat hij niet alleen te kampen heeft met diabetes maar ook met een ernstige cervicalgie, dient de Raad vast te stellen dat de ambtenaar-geneesheer niet tegensprekt dat er neklachten zijn, doch echter van oordeel is dat deze klachten niet gepaard gaan met neurologische uitvalsverschijnselen en aldus niet ernstig zijn. Verder wordt dienaangaande ook gemotiveerd dat er geen dringend onderzoek werd uitgevoerd om een onderliggend ernstig probleem uit te sluiten. De Raad dient vast te stellen dat de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer hun grondslag vinden in de stukken van het administratief dossier. Tevens dient vastgesteld te worden dat de bewering van verzoeker dat het om "ernstige" neklachten gaat niet als dusdanig terug te vinden is in de voorgelegde medische stukken. Het louter gegeven dat verzoeker zijn neklachten wel als ernstig beschouwd kan geen afbreuk doen aan het advies van de ambtenaar-geneesheer.

Een schending van de materiële motiveringsplicht wordt niet aangenomen.

In het tweede onderdeel wijst verzoeker terecht op de *supra* aangehaalde rechtspraak van de Raad van State van 19 juni 2013, nr. 223.961. In dit arrest heeft de Raad van State in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, er duidelijk op gewezen dat: *"Anders dan de verwerende partij voorhoudt, houdt deze laatste bepaling duidelijk twee mogelijkheden in wat betreft de ziekte van de betrokkene: de ziekte houdt een reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit in, of zij houdt een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst in. De duidelijke bewoordingen van deze bepaling, waarin de twee mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat de tweede mogelijkheid, zijnde een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst, afhankelijk is van de eerste mogelijkheid, met name een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene."* Echter *in casu* stelt de Raad vast dat verweerder wel degelijk het bestaan van beide aspecten van artikel 9ter van de vreemdelingenwet heeft erkend. De bestreden beslissing verwijst naar het advies van de arts-attaché, zodat dit advies er integraal deel van uitmaakt. Dit advies beperkt zich niet tot een standaardzin maar motiveert waarom volgens de arts voor de lichte vorm van diabetes en de overige aandoeningen die niet langer actueel zijn geen medicamenteuze behandeling noodzakelijk is teneinde een mensonwaardige of vernederende behandeling te vermijden in het herkomstland. De arts-adviseur meent, in tegenstelling tot verzoeker zelf dat hij geen grote nood aan gespecialiseerde zorgen heeft en geen intense medische behandeling behoeft, wel integendeel dat hij kan volstaan met gewichtsreductie, diëtische maatregelen (ook geen alcohol) en meer lichaamsbeweging. Bijgevolg is het niet onredelijk dat *in casu* geen ruimere motivering rond beschikbaarheid en toegankelijkheid van de behandeling werd voorzien door de arts-adviseur. Er is zoals *supra* reeds gesteld ook geen sprake van twijfel of verweerder wel zou rekening gehouden hebben met alle elementen die eigen zijn aan de ziektebeelden van verzoeker.

Op deze grond kan evenmin een schending van de materiële motiveringsplicht of van artikel 9ter van de vreemdelingenwet worden aangenomen.

In zijn derde onderdeel herhaalt verzoeker in eerste instantie dat er geen motivering zou zijn opgenomen aangaande de beschikbare en toegankelijke behandeling in het herkomstland. In deze kan worden volstaan naar de bespreking van het tweede onderdeel. Verzoeker gaat vervolgens uitgebreid in op de interpretatie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna verkort het EHRM) van artikel 3 van het EVRM in medische gevallen als zou het Hof in zijn arresten niet enkel rekening houden met het feit of de betrokken vreemdeling zich heden niet in een terminale fase bevindt en eveneens rekening houden met de eventuele beschikbaarheid en toegankelijkheid van een medische behandeling in het herkomstland en de eventuele aanwezigheid van een sociale of familiale opvang in het herkomstland. Hiermee is volgens verzoeker aangetoond dat verweerder de rechtspraak van het Hof te beperkend interpreteert. In deze is het echter aangewezen het arrest van de Raad van State (RvS 28 november 2013, nr. 225.633) aan te stippen waarin de RvS enerzijds zijn *supra* aangehaalde rechtspraak bevestigde, stellend dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet een ruimere bescherming biedt dan artikel 3 van het EVRM maar tegelijk wat betreft de interpretatie van de rechtspraak van het EHRM zegt: *"De verzoekende partij [de Belgische staat] stelt terecht dat de vreemdeling kan worden uitgesloten van de toepassing van artikel 3 van het EVRM indien geen vergevorderd, kritiek, dan wel terminaal of levensbedreigend karakter van zijn aandoening blijkt. In dat geval hoeft geen verder onderzoek naar de behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst te worden gedaan. Derhalve*

overweegt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen ten onrechte dat de ambtenaar-geneesheer door enkel te onderzoeken of de aandoeningen direct levensbedreigend zijn, in de zin dat er sprake is van een kritieke gezondheidstoestand of een vergevorderd stadium van de ziekte, zonder verder onderzoek naar de mogelijkheden van een behandeling in het land van herkomst, de rechtspraak van het EHRM inzake artikel 3 van het EVRM bij de verwijdering van zieke vreemdelingen te beperkend interpreteert. "

Verzoeker gaat vervolgens met zeer uitgebreide landeninformatie in op de problematiek van de behandeling van diabetes in Pakistan. Ook bij de aanvraag om verblijfsmachtiging had verzoeker reeds uitgebreide informatie toegevoegd aangaande de zeer problematische situatie rond diabetes in Pakistan. Sterk samengevat blijkt uit deze informatie een hoog sterftecijfer in Pakistan als gevolg van diabetes, geeft de ziekte aanleiding tot ernstige financiële problemen, stelt zich ook het probleem van bewustwording van het probleem, gebrek aan fysieke activiteit en professioneel advies inzake dieet. De publieke gezondheidszorg blijkt erg corrupt en de middelen voor publieke gezondheidszorg werden nog teruggeschroefd zodat een groot deel van de bevolking geen toegang heeft tot gezondheidszorg. De situatie in stedelijke gebieden zou beter zijn dan in landelijke gebieden. Verzoeker leidt hieruit af dat het quasi onmogelijk zal zijn de intense medische behandeling te verkrijgen die hij zou behoeven.

De Raad stipt echter aan dat uit de rechtspraak van het EHRM blijkt dat het feit dat de medicatie moeilijk kan verkregen worden of slechts tegen betaling door de betrokkene niet automatisch leidt tot een schending van artikel 3 van het EVRM (EHRM 27 mei 2008, N. t. het Verenigd Koninkrijk, nr. 26565/05). Volgens het EHRM betekent een terugval van de ziekte hetzij een verslechtering van de medische toestand op zich nog geen schending van artikel 3 EVRM (EHRM 6 februari 2001, nr. 44599/98, Bensaid v. Verenigd Koninkrijk, §'n 32-41, EHRM 27 februari 2014, nr. 70055/10 Josef v. Belgique, § 120). Evenmin doorslaggevend is het gegeven dat een medische behandeling beperkt beschikbaar is omwille van logistieke redenen, zoals wachttermijnen, of geografische redenen en dus minder makkelijk te verkrijgen of minder toegankelijk in het land van terugkeer dan in de betrokken Verdragsluitende Staat, hetzij dat financiële toegankelijkheid van de beschikbare behandeling ernstige problemen geeft (EHRM 15 februari 2000, nr. 46553/99, SCC v. Zweden; EHRM, 22 juni 2004, nr. 17868/03, Ndongoya v. Zweden; EHRM 25 november 2004, nr. 25629/04, Amegnigan v. Nederland). Bovendien is er geen schending van artikel 3 van het EVRM wanneer de betrokkene in het land van herkomst de noodzakelijke medische zorgen kan krijgen, ook al zijn die zorgen niet van hetzelfde niveau als in het land waar de betrokkene op dat ogenblik verblijft, tenzij in zeer uitzonderlijke gevallen, als er dwingende menselijke overwegingen zijn die zich tegen de verwijdering verzetten (EHRM 27 februari 2014, nr. 70055/10 Josef v. Belgique, 119). Verzoeker gaat er in deze opnieuw aan voorbij dat de arts-adviseur geen enkele behandeling noodzakelijk acht en dat eveneens geen enkele van de door hem voorgelegde attesten van een ernstige vorm van diabetes gewag maakt. Bovendien kan ten overvloede worden aangestipt dat in de aanvraag om machtiging tot verblijf door verzoeker zelf werd aangehaald dat hij geschoold is en in zijn herkomstland een bachelor in de sociale wetenschappen heeft behaald. Bijgevolg beschikt de Raad niet over afdoende elementen die zouden aannemelijk maken dat verzoeker onmogelijk de medische behandeling zou kunnen bekostigen, die hij meent te behoeven.

Waar verzoeker in het tweede luik van zijn derde onderdeel de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM ook uitgebreid belicht vanuit het veiligheidsoogpunt dat ook een nefaste invloed zou hebben op de gezondheidszorg in Pakistan, meent de Raad dat dit aspect veeleer thuis hoort bij de beoordeling van de eventuele nood van verzoeker aan subsidiaire bescherming in het licht van artikel 48/4, §2, b en c van de vreemdelingenwet. Het volstaat erop te wijzen dat dit verzoek tot bescherming door het CGVS werd afgewezen en dat deze beslissing door de Raad werd bevestigd in zijn arrest nr. 71.003 van 29 november 2011.

Verzoeker legt in zijn vierde onderdeel, eveneens met betrekking tot de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM, de link met het arrest MSS v. België en Griekenland en wijst erop dat het Hof rekening houdt met betrouwbare bronnen, die praktijken aantonen die manifest in strijd zijn met de bepalingen van het EVRM en de lidstaten niet zonder meer mogen afgaan op het interstatelijk vertrouwensbeginsel.

Daargelaten de opmerking dat men *in casu* niet te maken heeft met een EU-lidstaat, zal de Raad om te beoordelen of er ernstige en bewezen motieven bestaan om aan te nemen dat verzoeker een reëel gevaar loopt op een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling, zich houden aan de door het EHRM gegeven aanwijzingen. In deze moeten de te verwachten gevolgen van de verwijdering van verzoeker naar het land van bestemming dienen te worden onderzocht, rekening houdend met de algemene situatie in dat land en met de omstandigheden die eigen zijn aan het geval van de

verzoekende partij (zie EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 78; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, §§ 128-129 en EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./ Verenigd Koninkrijk, § 108 *in fine*). Wat het onderzoek van de omstandigheden eigen aan het geval van verzoeker betreft, oordeelde het EHRM dat het ingeroepen risico een individueel karakter heeft indien het voldoende concreet en aantoonbaar is (*cf.* EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, § 359 *in fine*). De Raad moet *in casu* vaststellen dat, ook al kan de algemene situatie in Pakistan wat betreft het voorkomen van diabetes en de gezondheidszorg zorgwekkend worden genoemd, verzoeker *in concreto* geen enkel attest heeft voorgelegd dat een ernstige vorm van diabetes attesteert, noch enige andere aandoening die op korte tijd tot het overlijden, tot een aantasting van de fysieke integriteit of tot een mensonwaardige of vernederende behandeling aanleiding kan geven. De Raad beschikt over onvoldoende elementen om een schending van artikel 3 van het EVRM als aannemelijk te beoordelen.

Noch het derde, noch het vierde onderdeel van zijn middel maken een schending van artikel 3 van het EVRM aannemelijk.

In zijn zesde onderdeel voegt verzoeker niets toe aan de aangevoerde schendingen die in de overige onderdelen werden toegelicht, zodat kan worden volstaan met wat *supra* werd uiteengezet.

Het enig middel is ongegrond.

3. Korte debatten

Verzoeker heeft 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 negentien augustus tweeduizendveertien door:

mevr. J. CAMU,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. A MAES,

toegevoegd griffier.

De griffier,

De voorzitter,

A.MAES

J. CAMU