



Arrest

nr. 154 862 van 21 oktober 2015
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Chinese nationaliteit te zijn, op 2 april 2014 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 27 februari 2014 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 onontvankelijk wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 7 september 2015, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 7 oktober 2015.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van advocaat C. VERKEYN, die loco advocaat S. MICHOLT verschijnt voor de verzoekende partij, en van advocaat L. DE WITTE, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 3 februari 2014 diende verzoeker 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).

1.2. Op 27 februari 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding een beslissing waarbij de aanvraag om machtiging

tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen onontvankelijk wordt verklaard. Dit is de bestreden beslissing die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die per aangetekend schrijven van 03.02.2014 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 zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012) deel ik u mee dat dit verzoek onontvankelijk is.

Reden(en):

Artikel 9ter §3 - 4° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna Vreemdelingenwet), zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012); de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde heeft in een advies vastgesteld dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Uit het medisch advies van de arts-adviseur d.d. 25.02.2014 (zie gesloten omslag in bijlage) blijkt kennelijk niet dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een directe bedreiging inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit. De beschreven aandoeningen vereisen geen dringende maatregelen zonder welke er acuut levensgevaar zou kunnen zijn.

Met betrekking tot de vraag of de aandoening van betrokkene een reëel risico kan inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, dient te worden opgemerkt dat zelfs indien er geen of zeer geringe behandelingsmogelijkheden zijn wat de gezondheidstoestand van betrokkene aanzienlijk kan doen achteruitgaan en zijn levensverwachting op korte of middellange termijn in het gedrang kan brengen, artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 niet geschonden is als de actuele gezondheidstoestand van verzoeker niet eveneens uitermate ernstig is (EHRM, 20 december 2011, Yoh-Ekale Mwanje t. België, §§ 81-85; EHRM, Decision, 24 mei 2012 E.O. t. Italië, nr. 34724/10, §§, 34-38; EHRM, Grote Kamer, 27 mei 2008, N. t. Verenigd Koninkrijk, § 42).

Om van een mensonterende en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is te kunnen spreken in de zin van artikel 3 van het EVRM en artikel 9 ter Vw. is immers niet enkel doorslaggevend dat er geen behandeling beschikbaar is in het land van herkomst, doch dient daarbij eveneens reeds actueel sprake te zijn van een kritieke gezondheidstoestand of een levensverwachting die op korte termijn in het gedrang is, zodat het vaststellen van het kennelijk en manifest ontbreken van dergelijk ernstig actueel gevaar voor de gezondheid ruimschoots volstaat om deze toepassingsvoorwaarde van artikel 9ter §1 en artikel 3 van het EVRM uit te sluiten.

Uit de vaststellingen van het medisch advies blijkt heden bijgevolg een manifest gebrek aan een vergevorderd, kritiek, dan wel terminaal of levensbedreigend stadium van de aandoening(-en) waaraan betrokkene lijdt, zodat dit element op zich toelaat overtuigend te besluiten dat betrokkene kan uitgesloten worden van de toepassing van artikel 3 van het EVRM en bijgevolg ook van de toepassing artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet.

Uit het voorgelegd standaard medisch getuigschrift blijkt bijgevolg dat betrokkene kennelijk niet lijdt aan een ziekte die 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. Bovendien dient te worden vastgesteld dat het EHRM de schendingen van art. 2 EVRM (recht op leven) en art. 3 EVRM onlosmakelijk verbonden acht. Indien er immers geen onmenselijke of vernederende behandeling kan worden vastgesteld, wordt wegens deze samenhang een eventuele schending van het recht op leven of fysieke integriteit niet verder onderzocht, gelet op de redenering die het EHRM op systematische wijze aan deze artikels toekent (EHRM, 20

december 2011, Yoh-Ekale Mwanje t. België, § 86; EHRM, 2 mei 1997, D. t. Verenigd Koninkrijk, §§ 58 59; EHRM, Decision, 29 juni 2004, Salkic e.a. t. Verenigd Koninkrijk; EHRM, Decision, 7 juni 2011, Anam t. Verenigd Koninkrijk).

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).

De onontvankelijkheid van deze aanvraag wordt vastgesteld onverminderd de eerbiediging van de andere voorwaarden tot ontvankelijkheid, voorzien in Artikel 9ter §3.

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

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een tweede middel voert verzoeker de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van artikel 62 van de vreemdelingenwet, van artikel 3 van het EVRM, van artikel 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van de materiële motiveringsplicht, van de zorgvuldigheidsplicht en voert tenslotte machtsmisbruik aan. Hij licht het middel toe als volgt:

"4.2.1. De verwerende partij stelt in de bestreden beslissing dd. 27 februari 2014 (kennisgeving 3 maart 2014) dat 'artikel 9ter § 3 – 4 ° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna Vreemdelingenwet) zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (B.S. 06.02.2012); de in § 1 vijfde lid, vermelde ambtenaar – geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde heeft in een advies vastgesteld dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.' (stuk 1).

De verwerende partij baseert zich hiervoor op het medisch advies van de arts-adviseur dd. 25 februari 2014 voor de verzoekende partij (stuk 3).

4.2.2.

Overeenkomstig artikel 9 ter, § 3, 4 ° van de Vreemdelingenwet (ingevoegd door de Wet van 08.01.2012 (B.S. 06.02.2012) kan de ambtenaar – geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde die in zijn advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan de voorwaarden voorzien in § 1, eerste lid van artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet de aanvraag onontvankelijk verklaren.

De bestreden beslissing is een schoolvoorbeeld van steeds terugkomende onwil in hoofde van de verwerende partij.

Immers, het gaat hier om een prima facie beoordeling waarbij de bedoeling bestaat de aanvraag reeds onontvankelijk te verklaren wanneer de ambtenaar – geneesheer vaststelt dat de ziekte een manifest gebrek aan ernst vertoont. De gedachte van de wetgever bestaat erin om bijvoorbeeld 'een ontstoken teennagel' of 'banale neusverkoudheid' van de medische regularisatie procedure uit te sluiten.

(<http://www.kruispuntmi.be/vreemdelingenrecht/detailnieuwsbr.aspx?id=16244#1>).

Er kan opgemerkt worden dat de verwerende partij de lat van de ontvankelijkheid op de allerhoogste sport legt die denkbaar is: de E.H.R.M. rechtspraak die de uiterste grenzen bepaalt van bescherming die absoluut moet geboden worden. Artikel 9ter VW vereist zelf geen "directe" levensbedreiging wegens "kritieke" gezondheidstoestand of "vergevorderd stadium" van de ziekte. Vraag die zich hier dus bij stelt is dus of de motivering van de verwerende partij geen voorwaarde toevoegt aan artikel 9ter VW, en daardoor artikel 9ter VW miskent.

Een recent arrest van de Raad van State (arrest nr. 223.961 van 19 juni 2013, te consulteren op www.raadvanstate.be) stelt dat een ruimere bescherming in de interne wetgeving aanwezig is:

"Hoe dan ook vormt de omstandigheid dat artikel 3 van het EVRM als hogere norm ten aanzien van de Vreemdelingenwet geldt en mogelijkerwijze een lagere vorm van bescherming voorziet, geen beletsel voor de toepassing van artikel 9ter, § 1, eerste lid, van die wet zoals hierboven beschreven. Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving van de verdragspartijen.

(...)

Zoals eveneens hierboven is uiteengezet, is de verwijzing in het bestreden arrest naar artikel 3 van het EVRM als hogere norm dan de Vreemdelingenwet absoluut niet dienstig, alleen al omdat die verdragsbepaling geen ruimere bescherming in de nationale wetgeving verbiedt."

De arts – attaché van de verwerende partij mag dus alleen 9ter aanvragen medisch onontvankelijk verklaren als zij kennelijk (= manifest, overduidelijk) geen enkel reëel risico inhouden. Het kan absoluut niet de bedoeling zijn dat de verwerende partij de aanvragen “medisch onontvankelijk” verklaren terwijl zij misschien “medisch ongegrond” zijn.

In casu is er geenszins sprake van ziektes die een manifest gebrek aan ernst vertonen. De verwerende partij heeft slechts een héél oppervlakkige prima facie toets uitgevoerd.

Niettegenstaande de verwerende partij enkel een prima facie beoordeling dient uit te voeren, heeft verwerende partij wel de plicht om omzichtig en zorgvuldig te werk te gaan.

Uit de diagnose die werd vastgesteld bij de verzoekende partij blijkt dat deze lijdt aan ernstige gezondheidsproblemen.

“Sur le plan cardiaque, il a été diagnostiqué chez lui lors d'un séjour en Inde ce qu'il décrit comme un « trou » au niveau des cavités cardiaques.

(...)

Ce patient présente donc une communication inter – ventriculaire au niveau d'un anévrisme du septum inter – ventriculaire membraneux.

Le shunt est significatif et il existe des répercussions claires au niveau des cavités cardiaques sous la forme d'une dilatation ventriculaire gauche, ventricule gauche qui paraît par ailleurs hyperdynamique.

Il convient donc d'envisager chez ce patient la réparation de cette CIV. Je vais en discuter en réunion médico – chirurgicale et j'ai prévu de revoir le patient en consultation dans 2 mois, de manière à contrôler les données échographiques et à discuter avec lui de l'attitude thérapeutique. »

(stuk 6, medisch attest ingevuld door dokter Philippe Dubois dd. 8 augustus 2013)

“CIV congénital avec détérioration récente de l'état clinique nécessitant une intervention chirurgicale urgente.”

(stuk 5, standaard medisch attest ingevuld door dokter Joris Marc, dd. 14 november 2013).

Het standaard medisch attest getuigt eveneens dat de verzoekende partij reeds gehospitaliseerd werd voor de aandoening waar hij aan lijdt:

“Hospitalisation du 12.11.'13 □ 25.11.13'.”

(stuk 5, standaard medisch attest ingevuld door dokter Joris Marc, dd. 14 november 2013).

Naar aanleiding van deze operatie dient de verzoekende partij de volgende medicamenteuze behandelingen te volgen:

“ASAFLOW 80 mg/j;

Kinésithérapie respiratoire 5 x/semaine

PARACETAMOL 4 x 1 g/j. »

(stuk 7, operatieverslag dd. 25 november 2013).

In tegenstelling tot hetgeen de arts – attaché in het medische verslag voorhoudt, blijft een adequate medische opvolging noodzakelijk. Immers, betreffende de voorziene duur van de noodzakelijke behandeling wordt door dokter Joris Marc het volgende geattesteerd:

“Antidouleurs pdt. 6 semaines.

Asaflow à vie.”

(stuk 5, standaard medisch attest ingevuld door dokter Joris Marc, dd. 14 november 2013).

Wat de gevolgen en mogelijke complicaties zouden zijn indien de behandeling wordt stopgezet, antwoordt dokter Joris Marc het volgende:

“Impossible à déterminer.”

(stuk 5, standaard medisch attest ingevuld door dokter Joris Marc, dd. 14 november 2013).

De verzoekende partij onderging op 14 november 2013 ‘une réparation de la valve aortique’:

“Bij hartklepaandoeningen kunnen meerdere hartkleppen lekken, vernauwd zijn of afwijkingen vertonen. Er kan schade aan het hart ontstaan. Als blijkt dat de pompfunctie van het hart achteruitgaat en het hart geleidelijk minder aan kan, is het verstandig om achteruitgang te voorkomen. De cardioloog kan adviseren om een hartklepoperatie uit te voeren. Een ingreep aan de hartkleppen is een grote operatie die de nodige voorbereiding vereist.

Bij een reparatie van een hartklep kan de chirurg bijvoorbeeld vergroeide klepbladen losmaken of een uitgerekte klepring een beetje kleiner maken.

(...)

De chirurg snijdt het borstbeen open over een lengte van ongeveer twintig centimeter. Door daarna de twee helften met de ribben opzij te duwen kan hij bij het hart komen. Het lichaam wordt gedurende de operatie aangesloten op de hart-longmachine. Deze machine zorgt voor voldoende aanvoer van zuurstof (en voedingsstoffen) voor het lichaam; de functie die het hart normaal gesproken vervult. Als er geen bloed meer door het hart loopt, wordt het hart met een speciale vloeistof gekoeld en stilgelegd. Daarna opent de chirurg het hart en bekijkt de klep die geopereerd gaat worden. Pas dan beslist hij wat voor operatie hij gaat uitvoeren: een reparatie of een klepvervanging. Als de chirurg de operatie heeft uitgevoerd, wordt het bloed weer door de slagaderen (kransslagaderen) van het hart geleid en het

lichaam weer op normale temperatuur gebracht. Het borstbeen wordt met metaaldraad gesloten. Na de operatie verblijft de patiënt enige tijd op de intensivereafdeling. Het totale verblijf in het ziekenhuis duurt ongeveer 8 dagen. Na de operatie komt men in aanmerking voor hartrevalidatie (...).¹

1 <http://www.mijncardioloog.com/Hartklepoperatie.htm>

“Hartklep reparatie of vervanging chirurgie is een behandeling optie voor valvulaire hart-en vaatziekten. Wanneer hartkleppen beschadigd raken of ziek, kunnen zij niet goed functioneren. Voorwaarden die hartklep disfunctie kan veroorzaken zijn valvulaire stenose en valvulaire insufficiëntie (regurgitatie).

Wanneer een (of meer) afsluiter (s) wordt stenotische (stijf), moet de hartspeer harder werken om het bloed door de klep. Enkele redenen waarom de hartkleppen worden stenotische onder meer infecties (zoals reumatische koorts of Staphylococcus infecties) en veroudering. Indien een of meer kleppen worden onvoldoende (lekkende), bloed lekken naar achteren, wat betekent dat er minder bloed wordt gepompt in de juiste richting. De arts kan besluiten dat de zieke klep (s) moet operatief worden gerepareerd of vervangen.

Traditioneel, reparatie of vervanging van hartkleppen is open-hart operatie betrokken zijn, wat betekent dat de borstkas wordt geopend in de operatiekamer en het hart gestopt voor een tijd, zodat de chirurg kan repareren of vervangen van de afsluiter (s). Met het oog op de borst, het borstbeen of sternum opent, wordt in tweeën gesneden en verspreid uit elkaar. Zodra het hart is blootgesteld, zijn grote buizen ingebracht in het hart, zodat het bloed kan worden gepompt door het lichaam tijdens de operatie door een cardiopulmonale bypass machine (hart-long machine). De bypass machine is nodig om bloed rond te pompen, want het hart is gestopt en bewaard blijft, terwijl de chirurg de klep reparatie of vervanging procedure.²

“Er kunnen tijdens of na de operatie complicaties optreden. Sommige patiënten lopen een groter risico dan andere. Dit risico is afhankelijk van de conditie van uw hart en uw andere organen.

Soms sterven mensen tijdens een operatie. Als u een groter risico loopt, dan bespreekt uw eigen cardioloog dat met u en met uw familie.

Tussen de dag van opname en een maand na de operatie overlijdt één tot vijf procent van de patiënten. De kans op ernstige complicaties (bloeding, infectie, hart- of herseninfarct, hartritmestoornissen) na een klepoperatie is vijf tot tien procent.³

Bovendien lijdt de verzoekende partij eveneens aan “arteriële hypertensie”:

“Hoge bloeddruk of hypertensie is een aandoening, waarbij de bloeddruk te hoog is. Een te hoge bloeddruk geeft een verhoogd risico op ziekte.

Men spreekt van hypertensie als de bovendruk hoger is dan 140 mm Hg (18,5 kPa), of als de onderdruk hoger is dan 90 mm Hg (12 kPa). Voor patiënten met diabetes mellitus en nierziekten gelden de waarden 130/80 mm Hg (17/10,5 kPa). (Internationale richtlijnen verschillen enigszins, maar houden allemaal rekening met diabetes mellitus, nierziekten en hart- en vaatziekten; de 140/90 mm Hg grens is “unaniem”.

(...)

Mensen met hypertensie lopen een verhoogd risico vroegtijdig te overlijden door een hartaandoening, een herseninfarct of door beschadiging van de nieren.

2 <http://o.elobot.eu/categorie/hart-het-bloed-en-bloedsomloop/hartklep-reparatie-of-vervanging-operatie>

3 <http://www.umcutrecht.nl/zorg/patienten/onderzoek/H/hartklepoperatie/mogelijkecomplicaties.htm>

- Hartfalen. Hoge bloeddruk betekent voor het hart dat het meer arbeid moet verrichten om het bloed, tegen een hogere weerstand in, door het lichaam te pompen. Hierdoor wordt de spierwand van de linker hartkamer op den duur dikker en minder flexibel, wat op den duur kan leiden tot diastolisch hartfalen.

- Hart- en vaatziekten. Hypertensie verhoogt de kans op het ontwikkelen van atherosclerose en daarmee verhoogt het de kans op het krijgen van angina pectoris, een hartinfarct, een beroerte, claudicatio intermittens.

- Hartritmestoornissen. Hypertensie is een belangrijke risicofactor bij het ontstaan van boezemfibrilleren.

- Hersenbloeding. De hogere druk in de bloedvaten leidt tot een verhoogde wandspanning. Dit verhoogt de kans op een hersenbloeding. Zeker als daarnaast sprake is van een aangeboren of verworven vaataneurysma's.

- Nierfalen. Verlies van eiwit (albumine) in de urine is een teken dat de glomerulus, de filtertjes met bloedvatjes die de pro-urine vormen, beschadigd zijn door de hoge bloeddruk. Als dit ziekteproces voortschrijdt, leidt dit tot chronisch nierfalen en uiteindelijk eindstadium nierziekte. Zo'n 10% van de sterfte als gevolg van een te hoge bloeddruk is het gevolg van nierfalen.(...)⁴

Hierdoor lijdt de verzoekende partij aan een “pulmonale arteriële hypertensie”:

“Pulmonale Hypertensie of PH is een ziekte waarbij de druk in de longvaten (kleine circulatie) toeneemt. Dit mag niet verward worden met verhoogde bloeddruk in de grote circulatie (arteriële hypertensie).

(...)

Pulmonale Veneuze Hypertensie en Pulmonale Hypertensie als gevolg van chronische hypoxie (de 2de en 3de categorie van PH) zijn vrij frequent en worden respectievelijk behandeld door algemene

cardiologen en pneumologen. Specifieke behandelingen voor patiënten met PAH zijn sinds korte tijd beschikbaar.

Bij de meerderheid van de patiënten wordt er gestart met orale anticoagulantia en zo nodig diuretica en zuurstof. Er wordt getest of de druk in de longvaten gereduceerd kan worden door vaatverwijders en zo ja, wat eerder zeldzaam is, wordt een goedkope calciumkanalenblokker (Adalat® of Tildiem®) voorgeschreven. Bij de andere patiënten wordt een medicatie voorgesteld die het vermenigvuldigen van de gladde spiercellen van de kleine longslagaders tegenhoudt.

In eerste instantie wordt een medicatie onder de vorm van tabletten opgestart, zoals de endothelinereceptor-antagonist bosentan (Tracleer®) of de fosfodiesterase-inhibitor sildenafil (Revatio®). Bij onvoldoende verbetering worden verschillende soorten medicatie gecombineerd. Soms moet men overschakelen naar producten met een meer complexe toedieningsmodaliteit zoals prostacycline-analogen. Men heeft de keuze tussen intraveneus epoprostenol (Flolan®), subcutane treprostinil (Remodulin®) of geïnhaled iloprost (Ilomedine®).

Als laatste mogelijkheid kan ook een atriale septostomie aan de patiënten aangeboden worden en uiteindelijk is een (hart)-long transplantatie de enige oplossing voor de jongere patiënten die niet beantwoorden aan die therapieën.(...)5”

4 <http://nl.wikipedia.org/wiki/Hypertensie>

5 <http://www.uzleuven.be/pulmonale-hypertensie/behandeling-van-pulmonale-hypertensie>

“Pulmonale Arteriële Hypertensie (PAH) is een zeldzame, progressieve aandoening van de bloedvaten in de longen. Bij pulmonale hypertensie is er een te hoge druk in de longslagaders. (De aandoening mag niet verward worden met "gewone" hypertensie, waarbij de druk in de slagaders van andere organen verhoogd is.) Er wordt van pulmonale arteriële hypertensie gesproken indien de gemiddelde druk in de longslagaders > 25 mm Hg in rust is. Doordat bij pulmonale hypertensie de vertakkingen van de longslagaders zich als reactie op de te hoge druk vernauwen, stijgt de druk nog verder en krijgt het hart steeds meer moeite om het bloed door de longen te pompen, met zuurstofgebrek als gevolg. De rechter hartkamer vergroot zich. Het zuurstofgebrek en hartfalen zorgen ervoor dat de meeste volwassenen niet meer aan het arbeidsproces kunnen deelnemen of het huishouden en de zorg voor het gezin aan anderen moeten overlaten.(...)6”

Uit voorgaande blijkt duidelijk dat voor de verzoekende partij regelmatige opvolging en adequate behandelingen, teneinde ernstige complicaties te vermijden, noodzakelijk zijn.

De werkwijze die verwerende partij hier in casu heeft toegepast strookt niet met het algemeen rechtsbeginsel van behoorlijk bestuur! Immers, de verzoekende partij heeft de Tibetaanse origine. Objectieve informatie toont aan dat er nog steeds een grote schending is van de mensenrechten ten aanzien van de Tibetanen. Dit heeft uiteraard nefaste gevolgen op de medische infrastructuur en de toegankelijkheid voor de Tibetanen in China.

Door de medische regularisatieaanvraag, dd. 3 februari 2014, van verzoekende partij onontvankelijk te verklaren op grond van het feit dat uit het voorgelegde medisch attesten niet zou blijken dat de verzoekende partij niet zou lijden aan medische aandoeningen die een reëel risico inhouden, blijkt dat de verwerende partij niet in alle objectiviteit alle inhoudelijke elementen die in het standaard medisch attest werden aangehaald, heeft onderzocht.

De arts-adviseur van de verwerende partij heeft de medische aandoeningen van de eerste verzoekende partij geëvalueerd en heeft de gevolgen van een mogelijk gebrek aan behandeling in het land van herkomst niet onderzocht.

“uit het standaard medisch getuigschrift dd. 14.11.2013 blijkt dat het beschreven ventrikelseptumdefect actueel geen reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene. Deze aandoening werd afdoende heelkundig verholpen op 14.11.2012 (waarschijnlijk wordt 14.11.2013 bedoeld). Er bestaat dus actueel geen risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.”(stuk 3)

Verwerende partij kan dan ook, gelet op bovengaande vaststellingen, onmogelijk voorhouden dat de ziekte waar de verzoekende partij aan lijdt kennelijk niet beantwoorden aan een ernstige ziekte. De bestreden beslissing dd. 27 februari 2014 (kennisgeving 3 maart 2014) druist in tegen de bedoeling van de wetgever om ziektes, die een manifest gebrek vertonen aan ernst, uit te sluiten van de mogelijkheid om een medische regularisatieaanvraag in te dienen.

Dergelijke redenering is onredelijk en in strijd met artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet.

6 http://nl.wikipedia.org/wiki/Pulmonale_Arteri%C3%ABle_Hypertensie

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:

Uit het medisch advies van de arts – adviseur dd. 25.02.2014 (zie gesloten omslag in bijlage) blijkt kennelijk niet dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een directe bedreiging inhoudt voor zijn leven

of fysieke integriteit. De beschreven aandoeningen vereisen geen dringende maatregelen zonder welke er acuut levensgevaar zou kunnen zijn.

Met betrekking tot de vraag of de aandoening van betrokkene een reëel risico kan inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, dient te worden opgemerkt dat zelfs indien er geen of zeer geringe behandelingsmogelijkheden zijn wat de gezondheidstoestand van betrokkene aanzienlijk kan doen achteruitgaan en zijn levensverwachting op korte of middellange termijn in het gedrang kan brengen, artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 niet geschonden is als de actuele gezondheidstoestand van verzoeker niet eveneens uitermate ernstig is (EHRM, 20 december 2011, Yoh – Ekale Mwanje t. België, §§ 81 – 85; EHRM, Decision, 24 mei 2012 E.O. t. Italië, nr. 347124/10, §§, 34 – 38; EHRM, Grote kamer, 27 mei 2008, N t. Verenigd Koninkrijk, § 42).

(...)

Uit het voorgelegd standaard medisch getuigschrift blijkt bijgevolg dat betrokkene kennelijk niet lijdt aan een ziekte die 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. Bovendien dient te worden vastgesteld dat het EHRM de schendingen van art. 2 EVRM (recht op leven) en art. 3 E.V.R.M. onlosmakelijk verbonden acht. Indien er immers geen onmenselijke of vernederende behandeling kan worden vastgesteld, wordt wegens deze samenhang een eventuele schending van het recht op leven of fysieke integriteit niet verder onderzocht, gelet op de redenering die het EHRM op systematische wijze aan deze artikels toekent (EHRM, 20 december 2011, Yoh – Ekale, Mwanje t. België, § 86; EHRM, 2 mei 1997, D. t. Verenigd Koninkrijk, §§ 58 – 59; EHRM, Decision, 29 juni 2004, Salkic e.a. t. Verenigd Koninkrijk; EHRM, Decision, 7 juni 2011, Anam t. Verenigd Koninkrijk).

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)."

Volgens het RvV arrest 83.956 van 29 juni 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. Voor toepassing van de medische filter moet de verwerende partij beide elementen nagaan en motiveren.

- 14 -

Dit wordt ook nog eens expliciet bevestigd door het RvV arrest nr. 92.863 van 4 december 2012:

"Aldus blijkt 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 of zonder aan te geven dat het slechts een banale ziekte betreft, de rechtspraak van het EHRM inzake artikel 3 van het EVRM bij de verwijdering van zieke vreemdelingen, te beperkend interpreteert."

En het RvV arrest nr. 93.285 van 11 december 2012:

"De bestreden beslissing steunt op een deductie van de artis-adviseur die geen steun vindt in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Er werd in strijd met artikel 9ter, 61, eerste lid van de vreemdelingenwet niet nagegaan of er geen sprake is van een ziekte of aandoening die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van bestemming. De zorgvuldigheidsplicht en materiële motiveringsplicht werden geschonden in het licht van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet."

Deze rechtspraak van de RvV werd bevestigd door de Raad van State in het arrest nr. 223.961 van 19 juni 2013 (terug te vinden op de website van de Raad van State: www.raadvanstate.be).

"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."

Een motivering zoals de verwerende partij hier heeft gebruikt is niet voldoende. In casu is de formele motiveringsverplichting geschonden waardoor de RvV arresten 83.956 van 29 juni 2012, 92.863 van 4 december 2012 en 93.285 van 11 december 2012 naar analogie kan worden toegepast!

4.2.3.

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.

Bovendien mag er niet vergeten worden dat artikel 9ter, § 3, 4 ° van de Vreemdelingenwet de verwerende partij enkel toelaat om de medische filter toe te passen rekening houdend met alle elementen van artikel 9ter, § 1, eerste lid VW.

Artikel 9ter VW beschermt zieken die een reëel risico lopen voor het leven of de fysiek integriteit, of op een onmenselijk 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 9ter aanvraag.

Er dient op gewezen te worden dat de bestreden beslissing dd. 27 februari 2014 (kennisgeving 3 maart 2014) GEEN enkel 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.

Bijgevolg is de materiële motiveringsplicht geschonden.

4.2.4.

Uit het standaard medische attest bijgevoegd bij de medische regularisatie aanvraag dd. 27 februari 2014 (kennisgeving 3 maart 2014) blijkt duidelijk aan dat de verzoekende partij lijdt aan medische aandoeningen waarbij een adequate behandeling noodzakelijk is.

De verzoekende partijen zijn afkomstig uit China, en is van Tibetaanse origine.

“De kwaliteit van de gezondheidszorg in de grote steden is behoorlijk goed en vrij betaalbaar. Sommige ziekenhuizen bieden hun buitenlandse patiënten zelfs een Engelstalige service aan. In grotere steden bestaan er ook internationale ziekenhuizen met uitsluitend buitenlands verzorgend personeel (en beduidend hogere prijzen). De patiënt wordt vaak gevraagd op voorhand voor de zorgen te betalen. Het is dus aangeraden steeds een kredietkaart of voldoende cash met zich mee te dragen voor een ziekenhuisbezoek. Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg buiten de stedelijke gebieden is evenwel beperkt.”

(stuk 8, Reisadvies China, dd. 11 december 2013, geldig op 21 januari 2014, te consulteren op http://diplomatie.belgium.be/nl/Diensten/Op_reis_in_het_buitenland/reisadviezen/azie/china/ra_china.jsp, verzoeker zet vet).

“(…)

Is er algemene gezondheidszorg beschikbaar voor alle inwoners van China en hebben mensen een verzekering en toegang tot alle faciliteiten?

Het hangt er vanaf waar je je bevindt. Als je een officiële inwoner bent van een stad als Beijing of Shanghai dan heb je goede toegang tot gezondheidszorg. Er zijn daar ziekenhuizen en als je voor een bedrijf werkt dan heb je een gezondheidszorg verzekering. De uitzondering hierop zijn de migranten die officieel ergens anders wonen en niet de stedelijke verblijfsvergunning hebben.

Ze hebben in hun thuisprovincie misschien wel een dekking voor de gezondheidszorg, maar niet in Beijing. Sommige steden zoals Beijing waar veel migranten wonen hebben dit veranderd of zijn dit aan het veranderen.

En hoe maken de migranten dan nu gebruik van gezondheidszorg? Wat als er iets dringends gebeurt? Hoe gaan ze daarmee om?

Ik denk dat ze in sommige gevallen naar huis zullen moeten gaan. Ik denk dat ze uiteindelijk niet de zorg ontvangen die ze eigenlijk zouden moeten krijgen. Het hangt er soms een beetje vanaf, maar er zijn zeker gevallen geweest van mensen die ziek werden en gewoon geen behandeling kregen.

De aandoening kan dan erger worden of mensen kunnen eraan overlijden. Het is dus zeker een probleem dat ze bij de hervormingen aanpakken of ze denken er op zijn minst over na.

En deze hervormingen veranderen het hele gezondheidszorgsysteem. Begint het vanuit de stad of kun je dit ook op het platteland waar nemen?

Eén van de kernpunten is het aanpakken van migranten en de toegang tot voorzieningen. Een andere kwestie in veel provincies is dat er gewoon niet genoeg dokters ofwel gekwalificeerde dokters zijn. In de plattelandsgebieden zijn er gewoon geen diensten of klinieken aanwezig.

Ze proberen het aantal klinieken en aantal dokters te vergroten. Het is niet gemakkelijk om voor de gezondheidszorg van 1,3 miljard mensen te zorgen. Het heeft dus met verschillende dingen te maken en een deel hiervan is om ervoor te zorgen dat mensen zorg kunnen krijgen ongeacht waar ze wonen.

Dus ze leiden meer dokters op om meer gezondheidszorg te bieden, maar denk je dat de mensen op het platteland betere toegang krijgen tot een dokter? En zijn er staatsziekenhuizen of zijn er ook privé klinieken waar mensen heen kunnen gaan?

De meest klinieken worden door de staat gerund, maar sommige zijn gedeeltelijk of geheel geprivatiseerd. Eén van de andere kwesties is dat ze vanwege de gedachte van hervormingen hebben toegestaan dat ziekenhuizen op een winstbasis werken. Mensen kregen dus plotseling allerlei medicijnen voorgeschreven die ze helemaal niet nodig hadden. De ziekenhuizen probeerden dus winst te maken met de verkoop van medicijnen.

Het probleem in de plattelandsgebieden is dat er geen privé- of staatsziekenhuizen zijn en mensen zijn ook niet bereid om ervoor te betalen. In de stedelijke gebieden zijn er ook wel wat kwesties, maar deze zijn toch onder controle. In de plattelandsgebieden zijn er zeker echte uitdagingen met het systeem van de gezondheidszorg. Voor het grootste deel is er niet eens een echt systeem. Er zijn erg weinig klinieken en dokters dus dat maakt alles veel moeilijker.

(...)

Er is een tekort aan dokters en verpleegkundigen en er werd gesproken over het opleiden van meer dokters en verpleegkundigen. Zie je dit gebeuren?

Ik denk dat China erg achtergesteld was wat dokters betreft. Je moet niet vergeten dat de Culturele Revolutie slechts één generatie geleden heeft plaats gevonden. Veel hoog opgeleide mensen werden hierdoor getroffen. Er waren waarschijnlijk wel dokters, maar die konden lange tijd hun beroep niet praktiseren.

Ze moesten dus in feite het hele medische beroep opnieuw opbouwen en er was niemand aanwezig om de opleiding te verzorgen. Het heeft dus lang geduurd, maar nu worden er zeker veel dokters opgeleid. Dit is zeker nodig gezien de enorme hoeveelheid inwoners en het feit dat iedereen toegang tot een dokter moet hebben.(...)"

(stuk 9, 'gbtimes.com', Gezondheidszorg in China, dd. 16 juni 2010, artikel te consulteren op <http://nl.gbtimes.com/leven/gezondheidszorg-china>, verzoeker zet vet).

De verzoekende partij is geboren in Tibet. Volgende objectieve informatie kan teruggevonden worden over de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Tibet:

"Tal van indicatoren geven aan dat de Volksrepubliek China (VRC) ver verwijderd is van het realiseren van haar fundamentele verplichtingen met betrekking tot de verstrekking van gezondheidszorg in Tibet. Zo is de baby- en kindersterfte in Tibet, waaronder sterfgevallen tijdens de bevalling, zo hoog dat dit Tibet in dit opzicht tot een van de minst ontwikkelde gebieden op aarde maakt (Tibet Information Network, "Delivery and Deficiency", zie link [1]). De gezondheidszorg is niet alleen onbetaalbaar en onbereikbaar voor de overgrote meerderheid van de Tibetanen, maar de verspreiding van ziekten en het grote aantal sterfgevallen als gevolg van de ontoereikende gezondheidszorg, doen vermoeden dat de investeringen in de gezondheidssector in Tibet niet op de juiste wijze gericht zijn op de gezondheidsproblemen waarmee Tibetanen te maken hebben.

Veel voorkomende en gemakkelijk behandelbare aandoeningen zoals diarree blijken in Tibet vaak fataal te zijn als gevolg van het niet beschikbaar zijn van behandeling en medicijnen. Diarree is verantwoordelijk voor 20% van de kindersterfte in de Tibetaanse Autonome Regio (TAR) ("Delivery en Deficiency"). Aandoeningen die voortvloeien uit een tekort aan jodium, zoals retardatie en struma zijn zeer wijd verspreid. Ook al kost een individuele jaarlijkse behoefte van gejodeerd zout slechts vijf yuan (US \$ 0,67), toch zijn er vermoedelijk nog steeds 100 miljoen mensen in China, voornamelijk in Tibet en Xianjiang (de Oeigoer Autonome Regio (XUAR)), die lijden aan een tekort aan jodium (zie [2]).

De voornaamste bron van de gezondheidszorg tot het midden van de 20e eeuw was de traditionele Tibetaanse geneeskunde, of Sowa Rigpa (Wetenschap van Genezing). Deze mix van wetenschap en geneeskunde voert tot meer dan 2500 jaar terug en omvat een heel spectrum aan kruiden en uitwendige geneesmiddelen ondersteund door een mengsel van spirituele rituelen, filosofie, kosmologie en anatomie. Omdat de praktijk van de traditionele Tibetaanse geneeskunde nauw verbonden is met de leer van het Tibetaanse boeddhisme werd het geleidelijk aan een geïntegreerd onderdeel van de Tibetaanse cultuur. Het werd zwaar onderdrukt toen Partijleider Mao Zedong afkondigde dat oude bijgelovige componenten, en in het bijzonder het religieuze aspect van de Tibetaanse geneeskunde, onder Chinese heerschappij moeten worden afgeschaft.

Meer recentelijk hebben de instroom van Chinese migranten, die de sociaaleconomische en milieumomstandigheden veranderen, vervuiling, en een gebrek aan onderwijs over de juiste hygiëne en voeding geleid tot de huidige crisis in de gezondheidszorg. Na de opkomst van de Communistische Partij zijn pogingen ondernomen tot verbetering in de gezondheidssector en het opzetten van een moderne infrastructuur voor de gezondheidszorg in de Volksrepubliek China. Echter, zoals blijkt uit de hiervoor genoemde statistieken, zijn deze pogingen tot modernisering nog niet volledig verwezenlijkt.

Het meest in het oog springende punt van zorg in de Tibetaanse gezondheidssector is een gebrek aan investeringen ter ondersteuning van de ontwikkeling van de elementaire medische voorzieningen, vooral in plattelandsgebieden. De Chinese regering heeft lokale overheden verantwoordelijk gemaakt voor de financiering van de gezondheidszorg. Door de beperkte financiële middelen van die arme provincies en dorpen, zijn zij gedwongen om op slecht uitgeruste klinieken en slecht opgeleide gezondheidswerkers te

steunen. Aangezien overheidsmiddelen zich meestal concentreren op stedelijke gebieden, moeten veel arme Tibetanen uit landelijke gebieden lange afstanden reizen voor een behandeling. Bovendien stromen werknemers in de gezondheidszorg, op zoek naar betere betaling en grotere mogelijkheden, naar de al over bemande stedelijke klinieken en ziekenhuizen, terwijl het tekort aan personeel in de landelijke steden en dorpen groeit. Het gebrek aan medische voorzieningen en onvoldoende gezondheidsvoorlichting in landelijke gebieden, waar de meerderheid van de Tibetaanse bevolking woont, resulteert in een groot aantal sterfgevallen bij gemakkelijk behandelbare ziekten - zoals diarree, astma en longontsteking ("Delivery en Deficiency").

(...)

Wantrouwen in het genationaliseerde zorgstelsel in combinatie met de hoge kosten, die weinig Tibetanen zich kunnen veroorloven, sluit veel Tibetanen uit van toegang tot gezondheidszorg. Op voorwaarde van regelmatige betaling aan hun lokale zorgverlener is er een ziektekostenverzekering, het Coöperatieve Medische System (CMS), ontwikkeld om patiënten te voorzien van scherp gereduceerde betalingen voor medische voorzieningen. Echter, degenen die deze regelmatige betalingen niet maken, zijn gedwongen om wanneer zij medische zorg nodig hebben contant te betalen. Deze tarieven zijn vaak hoger dan wat de meeste Tibetanen zich kunnen veroorloven, waardoor veel mensen in de schulden gejaagd worden. Sommige Tibetanen melden zich af voor het CMS uit angst voor het wanbeheer van het weinige geld dat ze hebben, aangezien voorbeelden van corruptie en discriminatie tegen Tibetanen in overvloed aanwezig zijn.

Onjuiste diagnoses en het onthouden van behandeling van sommige Tibetaanse patiënten, en de slechte kwaliteit in de verstrekking van gezondheidszorg, in vergelijking met Chinese patiënten, behoren tot de veel voorkomende vormen van discriminatie. Na de demonstraties van maart 2008 waren veel gewonde Tibetanen gewoon te bang om medische hulp te zoeken, uit angst voor zware repercussies waaronder marteling en gevangenisstraf. (Zie ICT rapport "A Great Mountain Burned by Fire", zie [4]). Tibetanen die in gevangenschap verblijven - zowel voor als na maart 2008 - worden door de autoriteiten vaak medische hulp ontzegd, ondanks de slechte conditie van gevangenen als gevolg van marteling en dwangarbeid.

China's snelle 'top-down' ontwikkeling in China heeft gefaald om Tibetanen, en veel Chinezen, voldoende, toegankelijke en effectieve gezondheidszorg te bieden. Grote tekortkomingen in de verstrekking van gezondheidszorg in Tibet, zoals de beperkte financiële middelen voor basisvoorzieningen, de hoge kosten en het ontoegankelijke karakter van de gezondheidszorg voor het merendeel van de Tibetanen, en corruptie en discriminatie beletten het gezondheidszorgsysteem om de Tibetaanse bevolking op de beste manier bij te staan. Investerings in elementaire gezondheidszorg, armoedebestrijding, onderwijs en gezondheidszorg zijn een dringend vereiste voor het verhogen van de standaard van de voorzieningen in de gezondheidszorg in Tibet."

(stuk 10, savetibet.nl, 'International campaign for Tibet', artikel te consulteren op <https://www.savetibet.nl/tibet-bibliotheek/kernthemas/gezondheidszorg/>, verzoeker zet vet).

"Nestled in the foothills of the tallest mountains on earth, Tibet offers literally breathtaking views from the top of the world. Most people in Tibet live at altitudes greater than 3,500 meters; this imposes a significant burden on the cardiopulmonary system, which in turn challenges the performance of the healthcare system. Unfortunately, the healthcare system currently fails to meet many of the needs of the Tibetan people. It is difficult to predict exactly what changes will have to be made in basic medical care and national health policy in order to raise Tibet to some minimum health standards. Nonetheless, this article aims to enhance our understanding of the Tibetan healthcare system and to address some of its shortcomings.

(...)

There are four distinct levels of health care facilities available in Tibet: the prefectural or municipal level, the county level, the township level, and the village level. Tibet is comprised of seven prefectures, each with varying numbers of counties, townships and villages. In my investigations of three of the seven prefectures, I discovered that healthcare resources vary tremendously between these levels as well as between prefectures.

At the prefectural level, there are a handful of hospitals with mostly adequate facilities to treat pulmonary diseases. Between the hospitals are several adult ventilators, a good supply of oxygen, nebulizers and inhalers, basic medications and occasionally a pulmonary specialist. Each hospital has its own x-ray and laboratory department. At least one hospital is equipped with a CT Scan facility and a bronchoscope. Almost all are equipped with a few patient care beds, oxygen, intravenous capabilities and medications. The county-level hospitals are more sparsely equipped; there is little available beyond basic laboratory and x-ray facilities. There are also a number of county-level clinics, both private and public, where basic medical needs can be attended to, but more complicated conditions are referred to the hospital. Finally, the two township level facilities I observed were poorly equipped to treat pulmonary diseases; the doctors used only a stethoscope for diagnosis and basic antibiotics for treatment.

While pulmonary diseases are not the greatest cause of morbidity and mortality in Tibet, they are the most widespread. The most common pulmonary diseases found in Tibet are TB, pneumonia, asthma, and lung cancer. Deficiencies in the basic structure and delivery of health care prevent these pulmonary diseases from being adequately treated. In all of China, the Tibet Autonomous Region (TAR) included,

- 20 -

Tibet has the highest incidence of TB. Lung cancer is not so prevalent, however, and other parts of China have a much higher incidence. It is difficult to estimate the incidence of either pneumonia or asthma because the former is over- and the latter is under-diagnosed.

(...)

While I have focused thus far on pulmonary disease, I will now turn my focus to broader issues of health policy. There are significant defects in the delivery of health care in Tibet, and the fundamental problems of the system are rooted in the most basic components of any sound health policy. The policy issues that need to be addressed are: standards of cleanliness, education and training, affordability, accessibility, and equity. Each is hindering the Tibetan people from achieving adequate health care.

Standards of cleanliness are generally low in Tibet. Sanitation is poor and public spaces, including sidewalks and streets, become convenient places to expel waste, human and otherwise. There is little in the way of hand-washing before a meal, or after the use of the toilet. Although poor sanitation is not such a concern for the spread of pulmonary disease, it is nonetheless a concern for health in general.

The lack of cleanliness standards is even more apparent in the medical realm. Of the 16 health centers I visited, few would be considered clean by western standards and none would be considered aseptic. Conditions are worse in the rural areas. Depending on the time of day, the clinics I witnessed had varying degrees of cleanliness, and the floors were often covered with dirt, spit, and cigarette butts. I saw a few facilities with sinks, but I never saw healthcare professionals actually using them to wash their hands. The operating rooms had a minimum level of sterility. Staff members were required to wear hats, masks, booties, and scrubs, but those were not necessarily clean. The surgical gloves were reused, and there was no autoclave or equivalent form of sterilization system present.

Education and training of medical professionals is a very serious problem in Tibet. The training of doctors in Tibet comes in as many varieties as there are doctors. I found very little common ground between the doctors in the four levels of health care. There are almost no standards of education that need to be achieved before one can label himself as a doctor except for an exam that must be passed to open up a private clinic. In the rural areas, the situation is even more desperate, with most doctors having had no medical training at all. The training criteria are further complicated by the fact that there are three kinds of medicine being practiced in Tibet: Tibetan, Chinese and Western. (Most doctors practiced both Western and Chinese medicine.) The training for each of these is different, both in place and duration.

While the doctors are poorly educated about medical conditions, one also sees this ignorance prevalent among the Tibetan people. This lack of understanding results in delayed care-seeking and non-compliance issues that account for more serious disease. Most laypersons believe the medical wives-tales that are handed down through the generations, so many of them choose not to seek more advanced medical care. Moreover, there is little effort on the part of medical professionals to educate the public about the importance of disease prevention, early intervention, and where to obtain appropriate medical care.

The system of health care in Tibet is currently changing to a community medical system (CMS). In this new system, patients sign up at their community health center and pay a small annual fee plus a co-payment with each visit. Once enrolled, they can use the facilities in their community and will only pay a portion of the costs for physician visits and medication. Patients are encouraged to use the same doctor for routine visits so that doctors can become familiar with the needs of their patients. Those patients who are covered by the CMS plan will have access to affordable medical care even at the prefectural level. Those who do not, are required to pay out-of-pocket for services and medications, and if being treated at a hospital, are required to give a 1,000 RMB deposit."

(stuk 11, 'Health Care in Tibet: Clinical and Policy Perspectives', Harvard, artikel te consulteren op <http://www.hcs.harvard.edu/~epihc/currentissue/spring2001/maish.html>, verzoeker zet vet).

"The PRC claims that the government provides free medical care for all Tibetans.' We found, however, that in practice two principal factors limit Tibetan children's true access to healthcare: the absence of adequate healthcare facilities, particularly in rural areas; and the high cost of healthcare even where facilities exist. Several Tibetan physicians whom we interviewed emphasized that children's ability to obtain quality healthcare in Tibet frequently depends on their parents' social and economic status, the cost of treatment and the geographic location of the family (urban or rural). Some evidence suggests that only Tibetan children whose parents have the 'right' background - a government position or some connection within the CCP - receive subsidized healthcare. In our interviews, geography and treatment costs emerged as the two primary concerns that seem to restrict Tibetan children's access to healthcare.

Farmers, villagers and nomads, in contrast to urban residents, often live in regions without adequate health facilities. Based upon her experience with recently arrived Tibetan refugee children, Dechen Tsomo, a nurse in Dharamsala, told us that in rural regions of Tibet 'no one has access [to a hospital].' In an emergency, nomads or farmers who live in remote areas of Tibet may well be unable to reach a hospital in time to avert fatality. Several experts told us that, as a consequence, rural Tibetans who 'get really sick' often die, despite the availability of effective treatments in urban centers. Dr. Alo, for example, a Tibetan physician who practiced medicine in Lhasa as well as regions of Kham and Amdo, estimated that Tibetan villagers often must walk as much as forty kilometers to reach the nearest healthcare clinic, and outside of the cities most facilities do not have modern medical equipment. In emergencies, he said, they most likely will have died before they reach an appropriate facility.

Several children related instances in which they (or relatives and friends) sought hospital treatment but could not obtain it because the hospitals were too distant. For instance, one girl from Kham explained that the closest hospital was a full day's journey by car. In the event of an emergency, it would have been difficult to find someone with a vehicle to drive her there. Similarly, the child who had been mauled by Chinese police dogs told us that his father took him to the nearest hospital, which turned out to be a Chinese facility located two days away by yak. A nomadic boy from Kham similarly told us that, at the age of five, he suffered from a 'disease with pimples all over my body and fever,' probably chicken pox. He did not receive medical care,

however, because his family did not have the means to take him to the closest healthcare facility, a Chinese hospital located about five hours away by vehicle.

Urban access to healthcare is reportedly better. Large hospitals in Lhasa are open twenty-four hours and out-patient facilities are available during daily office hours. 'The equipment,' according to Dr. Alo, tends to be 'good - most of it comes from Japan and the United States -but the doctors are not well-qualified.' Another anonymous source added that, today, European and Chinese manufacturers also produce much of the hospital equipment. The largest hospital in Lhasa, Dr. Alo said, has roughly 600 staff members and 100 doctors. In the whole region of Amdo, by contrast, he estimated that there are about 221 doctors, of whom more than half are Tibetan.

One physician from Amdo, who fled Tibet in 1998, reported that most district health facilities in his region were administered by Chinese officials. These officials, he said, instituted regulations to prevent Tibetan doctors from providing treatment to their patients without authorization from their Chinese supervisors. In response to what he perceived as an abysmal lack of medical care for Tibetan villagers, he established a private clinic in his village, which otherwise lacked a medical facility of any kind. While in Tibet, he operated this private practice and provided free medical care to all patients who were unable to pay.

This highlights the second major barrier to medical treatment for many Tibetan children: the substantial - often prohibitive - costs. Many children and Tibetan healthcare workers reported that the large hospitals charge excessive 'security deposits,' without which they refuse to treat patients. Larger hospitals generally require a 1,000 yuan security deposit for admission. The size of the deposit may vary depending on the hospital's location (urban or rural), as well as whether the patient has connections to the Chinese government. According to a former medical aide at a Chinese clinic in central Tibet, security deposits range from 1,000 yuan at the village level to 2,000 yuan at the larger Chinese hospitals. In practice, he said, the Chinese hospitals generally require no (or very minimal) security deposits from Chinese patients, as well as from Tibetans who work for the Chinese government. Another anonymous source told us that the standard entrance fee at a Lhasa hospital is now 3,000 yuan.

Many children reported that their families could not afford required hospital care. One boy, for example, told us that his family had to sell all of its possessions to pay for his mother's four months in the hospital. She passed away despite this treatment. Another boy said that when his mother became very sick, his father could not afford her medical treatment. The father agreed to serve as a porter in a Chinese hospital in Lhasa for one year in lieu of payment. Lawyers for Tibet asked a twelve-year-old girl from Kham, who said she suffered from 'eye and heart problems,' whether her parents ever took her to a clinic for treatment. 'No,' she replied, 'because the hospital is Chinese. They take too much money. They demand 10,000 yuan as a security deposit.' While 10,000 seems improbable - a figure between 1,000 and 3,000 yuan would comport with the majority of our interviews - her response epitomizes the perception of many Tibetan children that Chinese hospitals and clinics charge far more than their families can afford.

Children also reported high treatment costs. For example, a nomadic boy from Kham estimated that a single injection costs 150 yuan. After he injured his knee, he recalled that the staff at the nearest Chinese clinic charged high fees for his stitches, which his uncle paid. Soon after, his knee became infected, and he had to travel to a large Chinese hospital in Lhasa, which charged him 200 yuan for a two-hour intravenous treatment. The next time he required treatment - for a frostbite-related gash on his foot - he sewed his own stitches because he could not afford to pay hospital fees again. Another girl

from Kham, who believed that she had a 'jaundice problem,' reported that treatment cost her 450 yuan. Describing the hospital, she said that 'if you don't give money, they won't treat you. (...)' (stuk 12, [tibetjustice.org](http://www.tibetjustice.org), 'A Generation in Peril': The Lives of Tibetan Children Under Chinese Rule, Healthcare and Nutrition, artikel te consulteren op <http://www.tibetjustice.org/reports/children/healthcare/b.html>, verzoeker zet vet).

De verzoekende partij verbleef een tijdje in India vooraleer hij toekwam in België. Uit objectieve informatie kunnen we vaststellen dat India kan niet kan worden beschouwd als een alternatief, Tibetanen hun bewegingsvrijheid wordt er beperkt, zij dienen te leven in toegewezen nederzettingen en in schrijnende omstandigheden, zij hebben geen rechten en slechts een tijdelijk verblijfsrecht, zij zijn overgeleverd aan de ad hoc beslissingen van de overheid en kunnen er geen vluchtelingenstatuut krijgen, ... Daarnaast worden zij blootgesteld aan ernstige discriminaties waarbij zij aan vervolging worden blootgesteld omdat zij een minderheidsgroep zijn, laat staan dat ze vrij toegang zouden hebben tot de gezondheidszorg:

"India has not agreed to any minimum standards for the treatment of refugees, and its policies towards refugees are without UN supervision. Moreover, India has rebuffed efforts from the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and other international aid organizations to monitor and assist the Indian government with its refugee population. The Indian government repeatedly has barred access to many of the large refugee populations in the country's interior; international assistance and -monitoring is occasionally granted for a very small number of refugees living in urban centers. The U.S. Committee for Refugees (USCR) 1998 Country Report on India cited that of the more than 300,000 refugees in India, only 18,500 have received UNHCR protection. Although the Indian government claims that its policies conform to international standards, no Indian law refers directly to refugees. The Registration of Foreigners Act of 1939, the Foreigners Act of 1946, and the Foreigners Order of 1948, are the primary documents that control the treatment of all foreigners in India. Article 2 of the 1939 Registration of Foreigners Act defines a foreigner as "a person who is not a citizen of India." The Foreigners Act of 1946 (Act) and the Foreigners Order of 1948 (Order) also use this definition of a "foreigner." Both the Act and the Order affirmatively give the Indian government the power to restrict movement inside India, to mandate medical examinations, to limit employment opportunities, and to control the opportunity to associate, as well as the ability to refole, or "return," refugees. The Refugee Convention bars all of these actions.

Article 3 of the Order, the Power to Grant or Refuse Permission to Enter, lists some specific criteria for denying foreigners entry into India, such as requiring a valid passport and entry at a specified border location. In addition, the Indian government can "prohibit entry in an ad hoc fashion, by attaching "such conditions as it thinks fit to grant leave to enter." If refugees cannot meet certain technical criteria, such as possessing a passport, the Indian government has the power to refole them at the border, directly violating the Refugee Convention and customary international law. The U.S. Department of State, in its 1997 human rights report on India, cited examples of border authorities blocking entry to refugees without passports. Duplicating this power is Article 3(1) of the Act, which allows India to block entry of all foreigners. Once again, India does not have to consider any of the circumstances surrounding the person's request to enter, such as flight from persecution, but may "by order, make provision . . . with respect to all foreigners or with respect to any particular foreigner or any prescribed class or description of foreigner, regulating or restricting the entry of foreigners." In this area as well, the Act violates the Refugee Convention.

Article 3(2) of the Act lists restrictions that the Indian government can place on refugees already living in India, further violating the articles in the Refugee Convention. Article 3(2)(e) contains a list of nine broad orders regarding government regulation of rights and freedoms that the Refugee Convention guarantees. For example, India can require that foreigners reside in mandated areas. This restriction on movement enables India to confine foreigners to refugee camps and to conduct periodic camp inspections. Therefore, India can prohibit foreigners from associating with people it deems "inappropriate," prohibit select activities, and limit a foreigner's possessions. The language in Article 3(2) of the Act is broad and the terms are vague. Consequently, the Indian government has wide latitude in deciding which rights and freedoms in the Refugee Convention should be granted or denied to different refugee groups. For example, when the Chinese Premier visited in 1991, Tibetan refugee camp leaders and activists were arrested, and most Tibetan settlements and community organizations were placed under police surveillance. The Order, like the Act, limits the rights and freedoms outlined in the Refugee Convention. Article 11 allows India to control an individual's place of residence, movement, "association with any persons or classes of persons," and possession of any specified articles. Article 10 of the Order, Restrictions on Employment, highlights sectors of employment not available to foreigners, unless the foreigner obtains special government approval. In addition, the Order gives India the power to create new restrictions on employment as it believes necessary. Article 14, Expenses of Deportation, allows India to seize a foreigner's personal property to pay for their transportation and/or living expenses if India

decides it should remove or deny entrance to the foreigner. Thus, these articles of the Order make movement, possessions, association, and employment of persons a "privilege" that India can revoke. This power contradicts the Refugee Convention's list of rights and freedoms that must be observed. The Indian government's decline in assistance appears to be a result of India's attempt to improve its relations with China and domestic political opinion. Further subsidization of the Tibetan refugee community may strain India's relations with China. For instance, China could potentially view this assistance as Indian support for a Tibetan state, and subsequently, as an affront to China's sovereign claim over Tibet. In addition, the retrenchment of assistance is an attempt to stem the overpopulation of Tibetan settlements. According to a 1998 country report on India by USCR, "Because India has no legal framework for determining refugee status, it deals with refugees on an ad hoc basis, which has led to refugees being used as 'pawns in regional geo-politics.'" Basing refugee policy on domestic or foreign policy contradicts the purpose of the Refugee Convention."

(stuk 13, H. Knox Thames, India's failure to adequately protect refugees, <http://www.wcl.american.edu/hrbrief/v7i1/india.htm>, verzoeker zet vet).

De verzoekende partij is geboren in de Volksrepubliek China, maar is van origine Tibetaan. Objectieve informatie toont aan dat er nog steeds een grote schending is van de mensenrechten ten aanzien van de Tibetanen:

"In een nieuw rapport brengt het Europees Parlement (EP) haar sterke verontrusting over de mensenrechtensituatie in Tibet naar voren. In het rapport gaat zij in op het grote aantal zelfverbrandingen, de gedwongen verplaatsing van Tibetaanse nomaden, de religieuze onderdrukking, en de bedreigingen voor het voortbestaan van de Tibetaanse taal."

(stuk 14, Savetibet.nl, Europees Parlement rapport veroordeelt schendingen van de mensenrechten in Tibet, dd. 18 december 2013, verzoeker zet vet).

"Op vraag van Kalon Tripa Dr. Lobsang Sangay, de Tibetaanse Eerste Minister in ballingschap, zijn er wereldwijd massale solidariteitswaken gehouden op 8 februari 2012, dit om de slachtoffers te herdenken die in Tibet stierven onder de harde onderdrukking door de Chinese regering, en voor de Tibetanen die zich hebben opgeofferd om meer aandacht te vragen voor deze problematiek door middel van een publieke zelfverbranding. Sinds maart 2011 hebben er immers al 21 Tibetanen zichzelf in brand gestoken in Oost-Tibet, 8 sinds 6 januari 2012.

Vorige maand brak er een nieuwe golf van protesten uit in Tibet, met Tibetanen die schreeuwen voor vrijheid in Tibet en de terugkeer van hun spirituele leider de Dalai Lama naar Tibet. Chinese veiligheidstroepen openden het vuur op deze vreedzame protestanten, waardoor tenminste vijf Tibetanen werden doodgeschoten, terwijl er vele anderen zwaar geblesseerd geraakten. Enkele Tibetanen die eerder deelnamen aan een vreedzaam protest en op de vlucht waren, werden deze week teruggevonden door de Chinese militaire politie en meteen doodgeschoten.

Deze protesten zijn een heel wanhopige kreet voor meer aandacht en hulp naar de hele buitenwereld en de internationale gemeenschap toe. Al diegenen die zichzelf in brand staken, deden dit op een openbare plaats en riepen net daarvoor op voor vrijheid voor Tibet en de terugkeer van de Dalai Lama. China's genadeloze repressie in Tibet en de agressieve reactie van de Chinese overheid op de zelfverbrandingen vergroot het ongenoegen en afschuw bij het Tibetaanse volk.

Op 8 februari 2012 werden kaarsenwaken gehouden over de hele wereld: in de Verenigde Staten, Canada, Mexico, Brazilië, Argentinië, Colombia, Costa Rica, Groot-Brittannië, België, Nederland, Frankrijk, Zwitserland, Spanje, Italië, Oostenrijk, Duitsland, Polen, Noorwegen, Zweden, Ierland, Schotland, Estland, Australië, Nieuw-Zeeland, Indië, Japan, Korea, Dubai. Duizenden en duizenden mensen namen deel aan dit vreedzaam evenement en kwamen op straat om hun steun te betuigen. Tegelijk vroegen ze dat China de groeiende crisis erkent en onmiddellijk de Tibetaanse grieven aanpakt, vooraleer nog meer levens worden gelaten.

De Tibetaanse gemeenschap in België en International Campaign for Tibet hebben in Brussel, in het hart van de Europese hoofdstad, een dergelijke kaarsenwake georganiseerd. Ondanks het feit dat het bijzonder koud was, namen heel wat Tibetanen hieraan deel en bleven ze gedurende twee uren in temperaturen van -4°C aan de Beurs staan met kaarsen en constant biddend. Ook veel Belgische Tibetsupporters kwamen hun steun en solidariteit betuigen, wat hartverwarmend was voor het Tibetaanse volk.

Zo'n 150 mensen in totaal namen hieraan deel, waaronder Beernemenaar Dennis Barbion die zich al jaren inzet voor Tibet en het Tibetaanse volk, en voor de mensenrechten in Tibet en China."

(stuk 15, 'actuali.be, 'Kaarswake i.v.m. schending mensenrechten in Tibet', dd. 12 februari 2012, verzoeker zet vet).

Volledigheidshalve wenst de verzoekende partij de vervolging van Tibetanen door de Chinese autoriteiten weer te geven:

"Chinese authorities continued to use the criminal justice system to detain and punish citizens exercising their constitutional rights to "freedom of speech, of the press, of assembly, of association, of procession

and of demonstration. Some of those punished during the reporting year had previous records of criticizing the Chinese government and Communist Party and of advocating for democracy and human rights. In addition, Chinese criminal defense lawyers and suspects in free speech cases continued to face substantial obstacles in ensuring that courts upheld procedural safeguards and the right to a fair trial, as required by the International Covenant on Civil and Political Rights.

(...)

The frequency of Tibetan self-immolation reportedly focusing on political and religious issues increased during the Commission's 2013 reporting year, peaking in October–November 2012 with 38 self-immolations 7 preceding and during the Communist Party Central Committee's 18th Congress.⁸ Reports of self-immolators' calls for Tibetan freedom and the Dalai Lama's return continued⁹ and remained concurrent with government use of regulatory measures to control and repress principal elements of Tibetan culture, including Tibetan Buddhist monastic institutions,¹⁰ and with the apparent collapse of the China-Dalai Lama dialogue.¹¹ Tibetans have self-immolated in 10 of 17 prefectural-level areas of Tibetan autonomy and 1 ordinary prefecture.

The Party and government failed this past year to respond to Tibetan grievances in a constructive manner or accept any accountability for Tibetan rejection of Chinese policies. Officials characterized the crisis as the result of an external conspiracy to undermine

China's internal security and social stability.¹³ In response, officials maintained policies and practices that exacerbate tension.¹⁴ In December 2012, then-Special Coordinator for Tibetan Issues Maria Otero cited examples:¹⁵

- "Severe government controls on Tibetan Buddhist religious practice and monastic institutions";
 - "Education practices that undermine the preservation of Tibetan language";
 - "Intensive surveillance, arbitrary detentions and disappearances of Tibetans, including youth and Tibetan intellectual and cultural leaders";
 - "Escalating restrictions on news, media and communications";
- and
- "The use of force against Tibetans seeking peacefully to exercise their universal human rights."

- 27 -

By early February 2013, official media reported nearly 90 formal arrests linked to self-immolation cases since October–November 2012 in Gansu and Qinghai provinces.⁹¹ Indicative examples of Tibetans detained (some imprisoned) for alleged links to a self-immolator or self-immolation, or for sharing self-immolation information, with timelines at least in part after the Opinion's issue, follow.

- October 23, 2012. Officials detained six Tibetans at the site of Dorje Rinchen's self-immolation in Xiahe (Sangchu) county, Gannan Tibetan Autonomous Prefecture (TAP).⁹² On January 31, 2013, the Gannan Intermediate People's Court sentenced four of them to up to 12 years' imprisonment for "intentional homicide" and two to up to 4 years for "picking quarrels and provoking troubles."⁹³

- After November 19. Following his detention, on February 8, 2013, the Huangnan Intermediate People's Court in Huangnan (Malho) TAP sentenced a monk to 13 years' imprisonment for "inciting" homicide and separatism in a case where someone decided not to self-immolate.⁹⁴

- Likely December. Officials detained at least nine Tibetans in connection with Tsering Namgyal's November 29 self-immolation in Luqu (Luchu) county, Gannan.⁹⁵ On February 28, 2013, the Gannan Intermediate People's Court sentenced three of them to up to 15 years' imprisonment for "intentional homicide."⁹⁶

- Possibly December. Officials detained three Tibetans in Haidong prefecture, Qinghai.⁹⁷ On March 18, 2013, the Haidong Intermediate People's Court sentenced them to up to six years' imprisonment for using "self-immolation incidents" to disseminate pro-independence information.⁹⁸

- December 3. After the December 2 self-immolation of Sangdu Kyab in Xiahe on December 3, security officials reportedly detained five Bora Monastery monks for interrogation.⁹⁹

- After December 9. After the December 9 self-immolation of Wangchen Kyi in Zeku (Tsekhog) county, Huangnan, officials detained five Tibetans described as friends or family of self-immolators.¹⁰⁰

- Around December 24. Following the November 29 self-immolation of Tserin Namgyal in Luqu county, security officials reportedly detained eight Tibetans for sharing information on the self-immolation.¹⁰¹

- Possibly early 2013. Following the detention of four Tibetans in Huangnan, on April 13, 2013, the Huangnan Intermediate People's Court sentenced the Tibetans to up to six years' imprisonment for "inciting separatism" by sharing self-immolation information with domestic and overseas groups.¹⁰²

- January. Officials detained seven Tibetans in connection with Sanggye Gyatso's October 6, 2012, self-immolation in Hezuo (Tsoe) city, Gannan.¹⁰³ Police characterized the case as "organized and premeditated homicide" because three detainees allegedly discussed self-immolation, contacted a Tibetan organization in India, and sent self-immolation information out of China.¹⁰⁴

- July. In a Sichuan province case, officials reportedly detained six Tibetans, including five monks, after monk Konchog Sonam self-immolated on July 20 in Ruo'ergai (Dzoerge) county, Aba (Ngaba) Tibetan and Qiang Autonomous Prefecture.¹⁰⁵

As self-immolation frequency increased, authorities strengthened a security crackdown based on the premise of "stability maintenance" ¹⁰⁸ that infringed on Tibetans' freedoms of expression, association, and movement, and curtailed their ability to communicate or share information.¹⁰⁹ Examples follow.

- 28 -

- Expression. The Opinion established a legal pretext for punishing Tibetans who expressed views sympathetic to self-immolators or self-immolation ¹¹⁰ by providing a broad basis for characterizing such expression as "inciting" self-immolation. ¹¹¹

- Association, movement. Authorities interfered with Tibetans' right to associate with other Tibetans within local communities, ¹¹² within wider Tibetan areas,¹¹³ and with persons living abroad.¹¹⁴ Human Rights Watch reported establishment of neighborhood security "grids" in the TAR,¹¹⁵ and a program to classify Tibetan villagers individually based on religious and political factors.¹¹⁶

- Communication, information. Authorities interfered with communication,¹¹⁷ preventing Tibetans from sharing or receiving information on self-immolations and other topics deemed harmful to "social stability," ¹¹⁸ as well as accessing international news.¹¹⁹

Developments consistent with established policies this past year include the following examples.

- Reassessment, reappointment of Tibetan Buddhist

teachers. Effective December 2012, national measures required Tibetan Buddhist monastic teachers ¹³⁵ to submit, every five years, to a reassessment ¹³⁶ conducted by Party- ¹³⁷ and government-controlled Buddhist associations.¹³⁸ Criteria include patriotism toward China,¹³⁹ supporting Party leadership, ¹⁴⁰ and accepting guidance from government- and Party-run offices.¹⁴¹ Reappointed teachers must sign an agreement acknowledging such obligations.¹⁴² Teachers who "forfeit" appointment credentials are deemed unqualified to teach.¹⁴³

- More "harmonious model monastery" awards. Following the May 2012 initial round of such awards,¹⁴⁴ officials recognized 100 TAR monasteries and nunneries and over 7,500 "patriotic, law-abiding, and advanced monks and nuns" in December. ¹⁴⁵ An abbot speaking at the ceremony described patriotism toward China as "an unshirkable responsibility" of Tibetan Buddhists and likened "safeguarding the unification of the motherland" to a duty of "disciples of Buddha." ¹⁴⁶

- Aggressive "legal education" campaigns. Officials continued to enforce "education" focusing on government legal measures to pressure Tibetans into complying with policies that obstruct their freedom of religion.¹⁴⁷ On January 14, 2013, authorities reportedly "detained" or "disappeared" 14 senior monastic officials from four of Lhasa's premier Tibetan Buddhist institutions after summoning them to a local meeting. Authorities removed them to a monastery in Naqu (Nagchu) prefecture for "political education."

(stuk 16, US Congressional-Executive Commission on China: Annual Report 2013 dd. 10 oktober 2013, te consulteren op

<http://www.cecc.gov/sites/chinacommission.house.gov/files/AR13DJ.PDF>, verzoeker zet vet).

"The atmosphere of tight security established in 2008 generally remained in place in 2010. Repression intensified in March ahead of the anniversary of the Dalai Lama's 1959 flight from Tibet. During the year, the list of those facing detention expanded beyond the monastic and activist communities to include intellectual, cultural, and business figures, some of whom had previously been favored by the Chinese government.

(...)

The Chinese government rules Tibet through administration of the TAR and 12 Tibetan autonomous prefectures or counties in the nearby provinces of Sichuan, Qinghai, Gansu, and Yunnan. Under the Chinese constitution, autonomous areas have the right to formulate their own regulations and implement national legislation in accordance with local conditions. In practice, decision-making power is concentrated in the hands of senior CCP officials; in the case of the TAR, Zhang Qingli, an ethnic Chinese, has served as the region's CCP secretary since 2005. The few Tibetans who occupy senior positions serve mostly as figureheads, often echoing official statements that condemn the Dalai Lama and emphasize Beijing's role in developing Tibet's economy. In January 2010, Padma Thrinley (named "Pema Choling" in the Chinese press), a Tibetan, was appointed to replace Jampa Phuntsog as chairman of the TAR government.

(...)

Chinese authorities control the flow of information in Tibet, tightly restricting all media. International broadcasts are jammed. Increased internet penetration in urban areas has provided educated residents with more access to information, but the online restrictions and internet cafe surveillance in place across China are enforced even more stringently in the TAR. Security forces periodically confiscate communications devices from monasteries and private homes, and routinely monitor calls in and out of the region. Tibetans who transmit information abroad often suffer repercussions including long prison sentences, while some internet users have been arrested solely for accessing banned information. During 2010, the list of targets for detention expanded beyond the monastic and activist communities to include intellectuals and cultural figures, some of whom were previously favored by the Chinese government. In one prominent example, environmentalist and art dealer Karma Samdrup was sentenced in June to 15 years in prison on tomb-raiding charges. The case was widely seen as a trumped-up attempt to punish him for trying to free his brothers, who had been detained after starting an environmental protection group in their village and accusing local officials of poaching. According to overseas Tibetan groups, over 60 Tibetan writers, intellectuals, and cultural figures have been arrested since 2008, with some sentenced to lengthy prison terms. In December 2010, three Tibetan writers were sentenced to between three and four years in prison on charges of "inciting subversion," having published articles about the protests of March 2008 in a Tibetan-language magazine, Shar Dugri.

Authorities continued to restrict access to the TAR for foreign journalists in 2010, though restrictions in eastern Tibetan areas were not as tight. Foreign reporters were denied entry around politically sensitive dates and high-profile events like the April 2010 earthquake in Qinghai. During other periods, they were required to travel in groups and obtain prior official permission; Tibet was the only area of China to require such special authorization. Residents who assisted foreign journalists were reportedly harassed.

The authorities regularly suppress religious activities, particularly those seen as forms of political dissent or advocacy of Tibetan independence. Possession of Dalai Lama-related materials can lead to official harassment and punishment, though many Tibetans secretly possess such items. CCP members, government employees, and their family members are not allowed to practice Buddhism, at least within the TAR. The Religious Affairs Bureaus (RABs) control who can study religion in monasteries and nunneries; officials allow only men and women over the age of 18 to become monks and nuns, and they are required to sign a declaration rejecting Tibetan independence, expressing loyalty to the Chinese government, and denouncing the Dalai Lama. Regulations announced in 2007 require government approval for the religious recognition and education of reincarnated Buddhist clergy. In March 2010, the Beijing-selected Panchen Lama joined the Chinese People's Political Consultative Conference, an advisory body closely linked to the CCP. The government manages the daily operations of monasteries through Democratic Management Committees (DMCs) and the RABs. Only monks and nuns deemed loyal to the CCP may lead DMCs, and laypeople have also been appointed to these committees.

Since March 2008, the authorities have intensified ideological education campaigns that had been conducted sporadically since 1996 and began to escalate after Zhang Qingli's appointment in 2005. These campaigns have occasionally been extended beyond monasteries to reach Tibet's general population, forcing students, civil servants, farmers, and merchants to recognize the CCP claim that China "liberated" Tibet and to denounce the Dalai Lama. Monks and nuns who refuse face expulsion from their religious institutions, while others risk loss of employment or arrest. In January 2010, the state-run Buddhist association announced measures to reregister monks and nuns, raising concerns that the process would be used to weed out disloyal clergy; little information was available about the implementation of the measures as of year's end.

University professors cannot lecture on certain topics, and many must attend political indoctrination sessions. The government restricts course materials to prevent the circulation of unofficial versions of Tibetan history.

Freedoms of assembly and association are severely restricted in practice. Independent trade unions and human rights groups are illegal, and even nonviolent protests are often harshly punished. In May 2010, a crackdown on protests in Xiahe County against the expansion of a cement factory left 15 Tibetans injured. In August, police in Baiyu County, Sichuan Province, opened fire on people protesting extensive gold-mining operations, killing at least one and reportedly wounding 30. Nongovernmental organizations (NGOs) focused on development and health care operate under highly restrictive agreements.

Despite the risks, Tibetans continue to seek avenues for peacefully expressing dissatisfaction with government policies. In the largest protests since 2008, hundreds of students in Qinghai demonstrated against the establishment of Mandarin as the primary language of instruction in October 2010. The authorities responded by increasing the security presence around high schools and colleges, but they reportedly did not use violence to punish demonstrators.

The judicial system in Tibet remains abysmal, and torture is reportedly widespread. Defendants lack access to meaningful legal representation. Trials are closed if state security is invoked, and sometimes even when no political crime is listed. Chinese lawyers who offer to defend Tibetan suspects have been

harassed or disbarred. Security forces routinely engage in detention without due process. Periodic waves of arbitrary arrests continued in 2010, though not on the same scale as in 2008. Though precise figures were unavailable, a partial list of political prisoners published by the U.S. Congressional-Executive Commission on China included 824 Tibetans as of September 2010, the vast majority of whom were arrested on or after March 10, 2008.

Heightened restrictions on freedom of movement—including troop deployments, roadblocks, and passport restrictions—were employed sporadically during 2010, particularly surrounding politically sensitive anniversaries. Increased security efforts kept the number of Tibetans who successfully crossed the border into Nepal at around 800 during the year, compared with over 2,000 in 2007. In the first incident of its kind since 2003, the Nepalese authorities in June 2010 repatriated three Tibetan refugees to China, where they were immediately detained. ...”

(stuk 17, Freedom House, Freedom in the world: Tibet, 2010, <http://www.freedomhouse.org/report/freedom-world/2011/tibet>, verzoeker zet vet).

“Since February 2009, more than 120 Tibetans have set themselves on fire in Tibet, including young students, monks, nuns, farmers or nomads. In terms of frequency and geographical spread, this constitutes one of the most significant waves of self-immolation as political protest globally in the last 60 years.

There is clear evidence that there is a direct correlation between the self-immolations and unrest in Tibet and an intensified campaign against the Dalai Lama combined with the expansion of legal measures tightening state control over Tibetan religion. This has been particularly evident following the imposition of increasingly restrictive measures in the eastern Tibetan areas of Amdo and Kham, where most of the self-immolations have occurred. While the underlying policies have been in effect in Tibet since the mid-nineties, a worsening trend could be observed over the past five years since the Tibet-wide protests in 2008. Forms of protest by Tibetans against the effects of these policies have been met with further rights violations through the state, amounting to arbitrary arrests, enforced disappearances and inhumane treatment or punishment. Victims of these violations have been, to a large degree, but not exclusively, Tibetan Buddhist monks and nuns.”

(stuk 18, “Chinese Crackdown on Tibetan Buddhism: A report published for the People’s Republic of China’s second Universal Periodic Review”, Fidh, the international campaign for Tibet (ICT), September 2013, te consulteren op <http://fidh.org/IMG/pdf/en-report-tibet-4.pdf>, verzoeker zet vet)

“The reality, however, is that severe, longstanding human rights violations by the Chinese state against Tibetans continue, irrespective of disputes over the political status of Tibet and the real or imagined motives of different parties and commentators. Sharp statutory restrictions on basic rights and freedoms, religious persecution against the clergy and laity, socio-economic and political discrimination, political prosecutions and torture, and mistreatment of prisoners have all been authoritatively documented over the years, including by inter-governmental bodies such as the United Nations. UN bodies that have raised concerns about the situation of Tibetans in recent years include the United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination, which recommended that China “carefully consider the root cause” of the ethnic incidents in Tibet and Xinjiang; the Committee on the Rights of the Child; the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination; the Working Group on Arbitrary Detention; the Working Group on Enforced or Involuntary Disappearances; the Special Representative of the Secretary-General on the Situation of Human Rights Defenders; and the UN special rapporteurs on, respectively, Freedom of Religion or Belief, the Right to Education, the Right to Food Security, and on the Promotion and Protection of the Right to Freedom of Opinion and Expression.

Human Rights Watch has documented in recent years severe and systematic human rights abuses, including religious repression, torture, disappearances, politically motivated trials, and disproportionate use of force by security forces.”

(stuk 19, “They Say We Should be Grateful” Mass Rehousing and Relocation Programs in Tibetan Areas of China”, Human Rights Watch, juni 2013, te consulteren

- 32 -

op http://www.ecoi.net/file_upload/1476_1372338871_tibet0613webwcover-0.pdf, verzoeker zet vet).

“More than 110 Tibetans have set themselves on fire since February 2009. The Tibetans have publicly self-immolated in protest against Chinese oppression; many accusing the authorities of repressing their religion and eroding their culture. They have chosen this route because not enough attention is being paid to the Tibetans, said Lobsang Nyandak, the North American representative to His Holiness the Dalai Lama since 2008. (...)“The revolution that is brewing in Tibet is driven by political repression, cultural assimilation, social discrimination, economic marginalization and environmental destruction,” said Sangay.”

(stuk 20, “More Attention to Tibet Needed”, Asian Fortune, 6 mei 2013, verzoeker zet vet).

4.2.5.

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 China voorhanden. Bij gedwongen terugkeer naar het land van herkomst is er een reëel risico op schending van artikel 3 E.V.R.M.

4.2.6.

Tot slot kan, gelet op voorgaande uiteenzetting, geconcludeerd worden dat er in casu sprake is van machtsmisbruik uitgaande van de verwerende partij.

Immers, uit de voorgelegde medische attesten blijkt duidelijk dat de verzoekende partij lijdt aan een aandoening die ernstig is en die zonder de noodzakelijke medische behandelingen, een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit inhoudt.

De beslissing van verwerende partij dd. 27 februari 2014 (kennisgeving 3 maart 2014, om de medische regularisatie aanvraag van de verzoekende partijen, ingediend op 3 februari 2014, onontvankelijk te verklaren is dan ook niet redelijk.

De bovenstaande rechtsregels worden dan ook in de bestreden beslissing zonder meer geschonden."

2.2. Wat de ingeroepen schending van artikel 62 van de vreemdelingenwet en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreft, dient te worden gesteld dat de motieven van de bestreden beslissing op eenvoudige wijze in die beslissing kunnen gelezen worden zodat verzoekende partij er kennis van heeft kunnen nemen en heeft kunnen nagaan of het zin heeft de bestreden beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover hij in rechte beschikt. Daarmee is aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht voldaan (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298).

De Raad merkt op dat de verzoeker de bestreden beslissing in wezen inhoudelijk bekritiseert waar hij betoogt dat de gemachtigde niet beide risico's, zoals vermeld in artikel 9ter van de vreemdelingenwet, heeft onderzocht. Verzoeker meent dat het toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ten onrechte wordt beperkt tot de eerste hypothese van deze bepaling, met name personen die lijden aan een ziekte die een onmiddellijk gevaar uitmaakt voor het leven, zonder dat werd onderzocht van de pathologie van verzoeker een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.

Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is bij de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij 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 onredelijk tot haar besluit is gekomen (cfr. RvS 7 december 2001, nr. 101.624; RvS 28 oktober 2002, nr. 111.954).

De materiële motiveringsplicht wordt onderzocht in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarop de bestreden beslissing steunt.

2.3. Artikel 9ter, § 3, 4° van de vreemdelingenwet voorziet dat de aanvraag om machtiging tot verblijf niet onvankelijk wordt verklaard "indien de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk".

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door "(d)e in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft".

Deze laatste bepaling houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. De duidelijke bewoordingen van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet, waarin de verschillende mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat indien er geen reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene, er dan ook geen reëel risico is op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst (cfr. RvS 19 juni 2013, nr. 223.961, RvS 28 november 2013, nrs. 225.632, 225.633 en RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778). Het gaat om verschillende hypothesen waarvan de laatste losstaat van en verder gaat dan de voorziene hypothesen inzake een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit die de basisvereiste voor de toepassing van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) (cfr. RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633 en RvS, nr. 226.651 van 29 januari 2014) omvatten en de zogenaamde hoge drempel bepaald door de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM), die zich in se beperkt tot de gevallen waarin de aandoening een risico inhoudt voor het leven gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte. Concreet houdt artikel 9ter van de vreemdelingenwet in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling waarbij er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cfr. RvS, nrs. 229.072 en 229.073 van 5 november 2014).

De vermelding in de memorie van toelichting bij de wet van 15 september 2006, dat artikel 9ter in de vreemdelingenwet invoegt, dat het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende behandeling is in het land van oorsprong of verblijf, geval per geval gebeurt, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, en geëvalueerd wordt binnen de limieten van de rechtspraak van het EHRM (*Parl. St. Kamer*, DOC 51, 2478/001, 34), doet geen afbreuk aan de niet voor interpretatie vatbare tekst van de wet zelf, die - althans voor wat betreft de hypothese van een vreemdeling die lijdt aan een ziekte die 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 - een autonome, nationale bepaling is (cfr. RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778 en RvS, nrs. 229.072 en 229.073 van 5 november 2014).

De omstandigheid dat artikel 3 van het EVRM als hogere norm ten aanzien van de vreemdelingenwet geldt en mogelijkerwijze een lagere vorm van bescherming voorziet, vormt geen beletsel voor de toepassing van artikel 9ter, § 1, eerste lid, van die wet zoals hierboven beschreven. Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving van de verdragspartijen (cfr. RvS 19 juni 2013, nr. 223.961 en RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633). Artikel 53 van het EVRM laat immers aan de lidstaten de mogelijkheid om aan eenieder die ressorteert onder hun rechtsmacht een ruimere bescherming te bieden dan deze vereist door het Verdrag.

Verwerende partij wijst in de nota met opmerkingen op de gebruikte concepten in zowel artikel 9ter van de vreemdelingenwet als de rechtspraak van het EHRM. Zij gaat uitgebreid in op deze rechtspraak van het EHRM en stelt de draagwijdte van artikel 3 EVRM gelijk met de draagwijdte van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Dit betoog laat de Raad evenwel niet toe om te oordelen dat de hoge drempel bepaald door de rechtspraak van voormeld Hof – meer bepaald de aandoening houdt een risico voor het leven in gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte – de toepassing van het gehele artikel 9ter van de vreemdelingenwet inperkt of bepalend is voor de gehele toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Het toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet valt niet samen met die situaties waarin volgens het EHRM een uitwijzing strijdig is met artikel 3 van het EVRM.

2.4. Ter staving van de bestreden beslissing, en de hierin gemaakte toepassing van artikel 9ter, § 3, 4° van de vreemdelingenwet, wordt verwezen naar volgend advies van de arts-adviseur van 25 februari 2014:

“Uit het standaard medisch getuigschrift d.d. 14.11.2013 blijkt dat het beschreven vetrikelseptumdefect actueel geen reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene. Deze aandoening werd afdoende heelkundig verholpen op 14.11.2012. Er bestaat aldus geen risico op een

onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.”

Dit advies, waarnaar wordt verwezen in de bestreden beslissing en dat onder gesloten omslag samen met de beslissing aan verzoeker werd overhandigd, dient te worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van deze beslissing.

Onder verwijzing naar dit advies stelt de gemachtigde in de bestreden beslissing dat kennelijk niet blijkt dat verzoeker lijdt aan een aandoening die een directe bedreiging inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit. De gemachtigde geeft verder aan dat het aspect van de onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling voorhanden is in het land van herkomst of verblijf neerkomt op een onderzoek in het licht van artikel 3 van het EVRM. Onder verwijzing naar rechtspraak van het EHRM betoogt verwerende partij dat artikel 3 van het EVRM enkel in het gedrang komt indien er actueel reeds sprake is van een kritieke gezondheidstoestand of een levensverwachting die op korte termijn in het gedrang is. De vaststelling van de arts-adviseur dat er geen sprake is van een directe levensbedreiging – of van een vergevorderd, kritiek, dan wel terminaal of levensbedreigend stadium van de aandoening – volstaat volgens verwerende partij dan ook om *“overtuigend te besluiten dat de betrokkene kan uitgesloten worden van de toepassing artikel 3 van het EVRM en bijgevolg ook van de toepassing van 9 ter van de Vreemdelingenwet”*.

2.5. In casu blijkt geenszins een afzonderlijk, inhoudelijk onderzoek naar de vraag of de aandoening van verzoeker in de situatie dat hiervoor geen adequate behandeling voorhanden is in het land van herkomst of verblijf een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling. De arts-adviseur heeft zich er toe beperkt vast te stellen dat er geen direct levensgevaar is en dat er een behandeling werd ondergaan op “14.11.2012” (blijkens het standaard medisch getuigschrift ingediend door verzoeker, blijkt dit in 2013 te hebben plaatsgevonden).

Het medisch advies bevat geen enkele beoordeling van de noodzaak aan en/of toegankelijkheid van behandeling in het land van herkomst. Nochtans blijkt uit het standaard medisch getuigschrift opgesteld door verzoekers behandelend geneesheer dat aan verzoeker een levenslange behandeling met Asaflow werd voorgeschreven en dat er daarnaast sprake is van arteriële hypertensie. Het medisch advies blijkt voorbij te gaan aan deze elementen.

Uit het medisch advies blijkt evenwel enkel een onderzoek of de ingeroepen gezondheidstoestand actueel geen reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit. De enige concrete vaststellingen die de ambtenaar-geneesheer deed, was de vaststelling dat er geen acuut levensgevaar is en dat verzoeker “afdoende” behandeld werd. De arts-adviseur gaat evenwel voorbij aan de elementen van opvolging waarvan sprake is in het standaard medisch getuigschrift. Een dergelijk onderzoek blijkt geenszins uit de bewoordingen van het advies. Deze bewoordingen laten enkel toe vast te stellen dat de ambtenaar-geneesheer van oordeel is dat het vaststellen van het ontbreken van een actueel en reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit volstaat om de betrokkene uit te sluiten van het gehele toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Dit wordt ook bevestigd door de verwijzing in dit verband naar artikel 3 van het EVRM en het gestelde in de bestreden beslissing zelf dat de vaststelling van de ambtenaar-geneesheer dat er geen sprake is van een ernstig actueel gevaar voor de gezondheid in de zin dat er actueel geen sprake is van een kritieke gezondheidstoestand of een levensverwachting die op korte termijn in het gedrang is, volstaat om *“overtuigend te besluiten dat de betrokkene kan uitgesloten worden van de toepassing artikel 3 van het EVRM en bijgevolg ook van de toepassing van 9 ter van de vreemdelingenwet”*.

De arts-adviseur verbindt de vraag of er sprake is van een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of verblijf aldus in werkelijkheid volledig aan de vraag of er actueel een reëel gevaar is voor het leven of de fysieke integriteit en aan de vereiste drempel opdat een schending van artikel 3 van het EVRM kan worden vastgesteld bij uitwijzing van een vreemdeling. Deze handelwijze is, gelet op voorgaande bespreking over het toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, in strijd met deze wetsbepaling.

De bestreden beslissing steunt op een deductie van de ambtenaar-geneesheer, die geen steun vindt in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.

Er werd niet conform de juiste draagwijdte van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet nagegaan of er sprake is van een ziekte of aandoening die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst. Aangezien de bestreden beslissing, zoals reeds gesteld, volledig is opgehangen aan het advies van de ambtenaar-geneesheer, is zij met dezelfde onwettigheid behept.

De materiële motiveringsplicht werd geschonden in het licht van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Het middel is in de aangegeven mate gegrond. Deze vaststelling leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Een onderzoek van de overige onderdelen van het middel dringt zich bijgevolg niet op.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 27 februari 2014 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 onontvankelijk wordt verklaard, wordt vernietigd.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op eenentwintig oktober tweeduizend vijftien door:

dhr. C. VERHAERT,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

C. VERHAERT