



Arrest

nr. 158 818 van 17 december 2015
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Egyptische nationaliteit te zijn, op 8 september 2015 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 juni 2015 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt en van het samenhangend afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten .

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 5 november 2015, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 4 december 2015.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken S. DE MUYLDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat R. VAN DE SIJPE, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat S. BOUMAHDJ, 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. Verzoekende partij dient op 29 maart 2011 een aanvraag om machtiging tot verblijf 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 (hierna: de Vreemdelingenwet) in.

1.2. Op 22 juni 2015 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ongegrond verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 29.03.2011 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

(..)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 26.04.2011, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden(en):

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

We verwijzen naar het medisch verslag opgesteld door de arts-adviseur op 16.06.2015 (zie gesloten omslag in bijlage).

Derhalve

1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.

Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).”

1.3. Op 22 juni 2015 wordt de verzoekende partij tevens het bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) gegeven. Dit is de tweede bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“De heer .

(..)

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten voile toepassen¹, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om zich naar toe te begeven, binnen 30 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

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

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een eerste middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van het redelijkheids- en het zorgvuldigheidsbeginsel alsook van de materiële motiveringsplicht.

Verzoekende partij betoogt als volgt:

“Niettegenstaande de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen niet bevoegd is om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid, is de Raad wel bevoegd om in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht 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 (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

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

Op grond van artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet dient de aangewezen ambtenaar-geneesheer o.m. de toegankelijkheid tot behandeling in het land van herkomst te onderzoeken en vervolgens daaromtrent advies te verlenen aan de gemachtigde van verwerende partij.

Artikel 9 ter, §1 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) luidt als volgt: "De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde. De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België. De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige [en recente] inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft. Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift [dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag] vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling. De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.(...)" 2.

Uit lezing van bovenstaand artikel blijkt dat de ambtenaar-geneesheer conform artikel 9ter van de Vreemdelingenwet steeds de mogelijkheden van en de toegankelijkheid tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de betrokken vreemdeling verblijft, dient te beoordelen.

In het advies van de ambtenaar-geneesheer die naar aanleiding van de aanvraag om verblijfsmachtiging dd. 29.03.2011 werd aangeduid door de gemachtigde van de Staatssecretaris, blijkt evenwel dat een dergelijke toegankelijkheidsonderzoek niet in concreto is gebeurd. Er werd enkel de beschikbaarheid van de medische zorgen bekeken, doch niet of zulks voor verzoeker toegankelijk is.

Door evenwel geen concrete beoordeling te geven omtrent de toegankelijkheid tot behandeling in het land van herkomst schendt de bestreden beslissing voormeld artikel 9ter, §1, laatste lid van de vreemdelingenwet, minstens is er sprake van een schending van het zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel.

Niettegenstaande het advies van de ambtenaar-geneesheer uitdrukkelijk stelt dat haar doelstelling is om na te gaan of de zorgverlening in het land van herkomst toegankelijk is, moet worden aangenomen dat dit niet naar behoren werd onderzocht.

Verwerende partij stelt dat de toegang tot de primaire en dringende zorgen gegarandeerd is voor alle Egyptenaren en de armsten zelfs gratis toegang hebben tot de publieke gezondheidszorg.

Evenwel heeft verwerende partij geenszins nagegaan of men weldegelijk toegang heeft tot deze medische zorgen in de publieke gezondheidszorg en vooral in de ziekenhuizen in de regio van waar verzoeker afkomstig is. Zie immers The World Bank, Sick and tired. Charting a path toward health care equality, te vinden op

http://www.amcham.org.eg/resources_publications/publications/business_monthly/issue.asp?sec=7&sbsec=Wellness&im=5&iy=2015, mei 2015:

'There is a vast discrepancy in the availability and quality of health care services depending on where Egyptians live and what they can afford to spend.'

Bovendien blijkt uit recente algemeen beschikbare internetartikelen (gepubliceerd voor het opstellen van het advies van de ambtenaar-geneesheer) duidelijk dat er van de 4000 publieke ziekenhuizen maar liefst 500 zonder een dokter zijn. De meeste Egyptische dokters gaan naar Saoedi Arabië. 40 percent van de ziekenhuizen kunnen geen goede medische zorgen geven, wegens gebrekkig onderhouden materiaal en faciliteiten. De kwaliteit van de medische zorgen is dan ook bedroevend. Bovendien staat vast dat patiënten vaak informele kosten moeten dragen. Bijna 3/4 van de kosten van de gezondheidszorg worden uit eigen zak betaald (zie The economist, Health care in Egypt, Dirty sheet and stray cats, 20.06.2015, te vinden op <http://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21654659-dirty-sheets-and-stray-catss>).1

Zie ook: The World Bank, Sick and tired. Charting a path toward health care equality, te vinden op http://www.amcham.org.eg/resources_publications/publications/business_monthly/issue.asp?sec=7&sbsec=Wellness&im=5&iy=2015, mei 2015:

'By 2014, according to data from the health ministry itself, some 40 percent of government hospitals were unable to provide decent medical services to patients due to poorly maintained equipment and facilities.'

Ook de sociale verzekering van de regering waarnaar verwerende partij verwijst, dekt evenwel geenszins het merendeel van de medische kosten. Slechts 6 % van de gezondheidszorguitgaven worden hierdoor gedekt (zie Al Monitor, Egypt's ailing health care system, 2015 te vinden op : <http://www.al-monitor.com/pulse/originals/2015/07/egypt-health-care-hospitals-poor-illness-ministry.html#ixzz3l2cb5WmL>).

1 'The quality of care is so poor that many Egyptians shun the state-run system. A government insurance programme covers public workers, their families and schoolchildren—about 54% of the population. But only 8% of those insured in this way use public outpatient clinics. "People resort to the private sector and pay with their own money," says Ayman Sabae of the Egyptian Initiative for Personal Rights, a pressure group. Nearly three-quarters of health costs are paid out-of-pocket.

Still, there are those who cannot afford private doctors, or who live too far away from them. Although clinics run by charities and religious groups care for some of these people, many must use the public system, which is meant to be affordable. The sick may apply to have their treatment covered by the state, and emergency care is nominally free. But patients often face informal charges, without which many facilities could not operate.

Government spending on health care is slated to reach 42.4 billion Egyptian pounds (\$5.6 billion) this year, up 27% on the year before. That is still just 1.75% of GDP, well below the global average. The constitution adopted last year mandates that spending on health care rise to no less than 3% of GDP and there is talk of expanding coverage to everyone. But the strapped government still splashes out for bread, sugar and fuel subsidies. And it plans to spend the equivalent of this year's health budget, and then some, on the construction of a glitzy new capital city.

Ill-paid public-sector doctors have called several strikes to demand better funding. Mahmoud Beshir, a doctor in Port Said, says he makes about \$200 per month, which is close to the civil-service minimum wage. "I've thought about leaving," he says. Many already have. Some join the private sector, where they earn much more. Others go abroad. There are more Egyptian doctors in Saudi Arabia than there are in Egypt's primary-care system.

About 500 of Egypt's 4,000 state-run clinics do not even have a doctor, says Mr Sabae. Resources are also mismanaged. Some facilities boast new kit even if they do not have the doctors to use it. Corruption is rife: nearly three-quarters of Egyptians think the health services are crooked, according to a poll by Transparency International, a watchdog.'

2 'Unless you have money in your pocket, you are unable to get services in Egypt. "The market does not invest in the poor," said Bekedam. According to law, the first 48 hours of care in an emergency room, public or private, are free. Regardless, 72% of all health care expenditures are out-of-pocket. To afford treatment for his father, Abdallah had to borrow money from family members, but he knows that even with borrowing, not everyone can afford medical treatment.

When hospitals are overcrowded, patients are referred to other facilities with available space. If they cannot afford the cost at the other hospital, nothing more can be done. The 26% of Egyptians living below the poverty line are likely to face situations in the waiting room involving life and death. Abdallah's mother experienced this when one of her children died the day he was born because of a lack of available neonatal units at the hospital. Instead of

Het gezondheidszorgsysteem in Egypte, zoals door de ambtenaar-geneesheer in het advies omschreven, wordt op vandaag gekenmerkt door inefficiëntie, tekorten en beperkt bereik, zodat geenszins is aangetoond dat de medische zorgen voor verzoeker toegankelijk zouden zijn, wel integendeel (schending van het zorgvuldigheids- en redelijkheidsbeginsel, minstens van de materiële motiveringsplicht).

Zie The World Bank, Sick and tired. Charting a path toward health care equality, te vinden op http://www.amcham.org.eg/resources_publications/publications/business_monthly/issue.asp?sec=7&subsec=Wellness&im=5&iy=2015, mei 2015:

'The government finances health care for the underprivileged mainly via social health care insurance through their jobs; the Ministry of Health and Population, which provides essential services like vaccinations free of charge; Family Health Funds, which offer care for disadvantaged Egyptians who don't qualify for social health care insurance; and the Program Treatment at the Expense of the State, which provides for the care of Egyptians who the government deems to have made unique contributions to society. These four arms were designed to complement each other, explains the report. Unfortunately, they are currently all hampered by inefficiencies, deficits or limited reach. Government spending on health care is extremely low, meanwhile, amounting to just 1.5 percent of GDP, well below the 3-percent minimum stipulated by Egypt's 2014 Constitution.'

Aangaande de toegankelijkheid van de medicatie stelt het bestreden advies verder: "wat betreft de toegankelijkheid van de medicatie dient verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie

moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot schending van artikel 3 E.V.R.M. (arrest nr. 81574 van 23 mei 2012)”

Reeds in het verleden heeft de Raad van State evenwel het principe uiteengezet dat artikel 9ter Vw ruimer is dan artikel 3 E.V.R.M. en de Kwalificatierichtlijn (zie onder meer arrest nr. 225.632 van 28 november 2013). Artikel 3 E.V.R.M. betreft minimumnormen die niet verbieden dat België een ruimere bescherming biedt. Artikel 9ter Vw vereist de aanwezigheid van een “adequate” behandeling in het land van herkomst en stelt dat deze behandeling “toegankelijk” moet zijn. De bescherming is dan ook ruimer dan die geboden door het E.H.R.M. Verwerende partij kan dan ook niet dienstig naar de rechtspraak van het E.H.R.M. verwijzen en schendt artikel 9ter Vw., door te insinueren dat het feit dat de medicatie aanwezig is in het land voldoende is en de medicamenteuze toegankelijkheid voor betrokkene niet nader zou moeten worden onderzocht.

Verwerende partij had sowieso de concrete toegankelijkheid van de medicamenteuze behandeling van verzoeker in het land van herkomst moeten nagaan, zeker wanneer de ambtenaar-geneesheer diverse medicamenten voor verzoeker noodzakelijk acht, zoniet is er ook sprake van een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel. Nergens heeft verwerende partij nagegaan of medicatie weldegelijk beschikbaar is in de ziekenhuizen van de regio van verzoeker en of verzoeker in staat is om de kosten van de noodzakelijke behandeling financieel te dragen. Indien niet geweten is wat de kostprijs van de verschillende noodzakelijk voorgeschreven medicatie is, is het uiteraard onmogelijk om na te gaan of verzoeker deze kosten kan dragen.

Zie hieromtrent ook S. BOUCKAERT, Documentloze vreemdelingen. Grondbescherming doorheen de Belgische en internationale rechtspraak vanaf 1985, Maklu, Antwerpen, 2007, 161: ‘Wat dit laatste betreft, heeft de Raad van State reeds in meerdere arresten geoordeeld, onder expliciete verwijzing naar het zorgvuldigheidsbeginsel, dat de Dienst Vreemdelingenzaken, bij de evaluatie van de medische zorgverstrekking in het land van herkomst, niet alleen de mogelijkheid tot behandeling van een medische aandoening moet onderzoeken, maar eveneens moet nagaan of die zorgverstrekking ook toegankelijk is voor de betrokken vreemdeling. Met name dient de dienst daarbij na te gaan of de vreemdelingen in staat is om de kosten van de noodzakelijke behandeling financieel te dragen.’

Dat verwerende partij dan ook ten onrechte de aanvraag als ongegrond heeft afgewezen.”

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

2.3. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.

2.4. Gelet op de redactie van artikel 9ter, §1, eerste lid, van de Vreemdelingenwet houdt deze bepaling duidelijk twee mogelijkheden in wat betreft de voorgelegde ziekte, met name:

- de ziekte houdt een reëel risico in voor het leven of voor de fysieke integriteit, of
- de ziekte houdt een reëel risico in op onmenselijke of vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf.

2.5. In casu heeft de arts-adviseur op 16 juni 2015 volgend medisch verslag opgesteld met betrekking tot de gezondheidstoestand van verzoekende partij:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 29.03.2011.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 27/08/2010 van Dr. Nackaerts;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 17/03/2011 van Dr. Willems Piet. chirurg;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 15/07/2011 van Dr. De Schepper Koenraad, longziekten;

Het medisch dossier bevat het verslag van een polysomnografie d.d. 20/07/2011 van Dr. Ryckaert;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 09/08/2011 van Dr. Ryckaert;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 18/08/2011 van Frank Deknudt, chiropractor;

Het medisch dossier bevat een aanvraag tot terugbetaling van medicatie en een voorschrift d.d.

14/03/2012 en d.d. 31/05/2013 van Dr. Jo Van Puyenbroeck, huisarts;

Het medisch dossier bevat een verwijsbrief voor orthopedisch consult d.d. 13/04/2012 van Dr. Jo Van Puyenbroeck, huisarts;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 22/05/2012 van Dr. O. Krahel, psychiater;

Het medisch dossier bevat een aanvraag tot terugbetaling van medicatie en een voorschrift d.d. 04/03/2013, d.d. 26/03/2013, d.d. 27/05/2013, d.d. 27/08/2013 van Dr. Spenninck, huisarts;
Het medisch dossier bevat een voorschrift voor geneesmiddelen van Dr. Krahel d.d. 26/03/2013;
Verwijzend naar het medisch attest d.d. 02/08/2013 van Dr. O. Krahel, psychiater;
Verwijzend naar het medisch attest d.d. 11/05/2015 van Dr. Spenninck, huisarts;
Het medisch dossier bevat een geneesmiddelenvoorschrift d.d. 11/05/2015 van Dr. Spenninck, huisarts;
Verwijzend naar het medisch attest d.d. 11/05/2015 van Dr. O. Krahel, psychiater;
Analyse van dit medisch dossier leert mij dat deze 52 jarige man lijdt aan:

Rugklachten met name lumbalgie sinds 2007. Het gaat om vage lage rugklachten. Er is een beperkte discusbulging niveau L4-L5 en L5-S1. Dit betekent dat er wat lichte uitpuiling is van de tussenwervelschijven echter ZONDER hernia. Er zijn geen tekens van wortelcompressie, geen tekens van spinaalstenose noch manifeste facettaire hypertrofie. In 2010 kreeg hij enkele behandelingen van een chiropractor met een duidelijke verbetering van de klachten. Er is verder geen behandeling ingesteld.

Ik weerhoud deze lumbalgie niet als een ernstige noch een levensbedreigende aandoening en ook niet als een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling zou zijn.

Astma bronchiale met opstoten van bronchitis. De ventilatoire parameters zijn stabiel. Betrokkene nam eerst Seretide en later Symbicort. Volgens de longarts worden de pijnklachten thoracaal veroorzaakt door een pijnlijk Xyloïd (=beenderig uitsteeksel van het borstbeen), is er sprake van hyperventilatie met frequent diep zuchten en hoeft de dosis Seretide zeker niet opgedreven te worden. Het longfunctieonderzoek (=spirometrie) is normaal en de flowvolume curve ook. Er zijn enkel discreet gedaalde expiratoire flowindices. Er zijn normale longvolumina en normale weerstand. De radiografie van de longen is ook geruststellend. Ik weerhoud deze astma niet als een ernstige noch een levensbedreigende aandoening maar wel als een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen medicamenteuze therapie zou zijn. Symbicort inhaler of een equivalente puffer moet beschikbaar zijn. Opvolging door de huisarts kan volstaan aangezien de longonderzoeken normaal waren.

- Slaapmoeilijkheden met een lichte OSAS, dit is een Obstructief Slaap Apneu Syndroom. Obstructieve slaapapneu verstoort de slaap-opbouw en veroorzaakt slaapttekort. De gevolgen van het slaapapneusyndroom kunnen zich uiten in hevig snurken, geregeld plotseling met een schok wakker worden (arousal), abnormale slaperigheid gedurende de dag, vermoeidheid prikkelbaarheid. Het veroorzaakt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. 5% van de mannen lijdt aan apneu. De behandeling bestaat uit vermageren, alcoholstop en rookstop en stoppen met het innemen van slaapmiddelen of kalmeermiddelen; Betrokkene komt, medisch gezien, niet in aanmerking voor behandeling met een CPAP apparaat. Betrokkene heeft een BMI (Body Mass Index) van meer dan 30, Vermagering is de eerste behandeling, Er is geen behandeling ingesteld. Ik weerhoud deze "lichte vorm" van slaapapneu niet als een ernstige noch een levensbedreigende aandoening en ook niet als een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling zou zijn. Er is immers geen behandeling ingesteld.

In 2012 had betrokkene een pijnlijke schouder. Het ging om een acute aandoening die lege artis werd behandeld.

Een posttraumatische stress-stoornis waarvoor hij Citalopram nam (=een antidepressivum) en door de psychiater wordt opgevolgd. Hij nam 's avonds ook een halve tablet Trazolan om beter te slapen. Er is op geen enkel moment een intensieve therapie ingesteld met ziekenhuisopname. Er werden geen acute periodes beschreven. Er zijn geen psychotische symptomen. Het medisch dossier laat niet toe zicht te krijgen op de onderliggende redenen van de PTSD. Er is geen sprake van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis. Het laatste verslag van de psychiater van mei 2015 vermeldt geen PTSD meer maar enkel een depressie en angststoornis. Er wordt enkel nog Alprazolam voor genomen en geen antidepressiva noch neuroleptica. Het gaat mijns inziens om een milde vorm van psychisch lijden. Ik weerhoud deze psychische toestand niet als een ernstige noch levensbedreigende aandoening en ook niet als een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling zou zijn.

Betrokkene zou lijden aan hoge bloeddruk waarvoor hij Amlodipine neemt, één tablet 's ochtends. Het medisch dossier bevat één enkele bloeddrukwaarde opgemeten door de longarts d.d. 15/07/2011 van 120/00. Het medisch dossier bevat echter geen enkel cardiologisch verslag met inschatting van het cardiologisch risico. Hoge bloeddruk kan op termijn tot medische problemen lijden. Bij een Bloeddruk van 120/80 is er geen sprake van een acuut gevaar. Ik weerhoud de Amlodipine of een andere eerstelijns bloeddrukverlager als een noodzakelijk medicijn.

Betrokkene nam het medicijn Ranitidine, d.d. 11/05/2015 nam hij Pantoprazol. Betrokkene zou lijden aan chronische gastritis. Ik weerhoud dit medicijn of een equivalent als noodzakelijk.

Betrokkene zou reeds drie maal geopereerd zijn voor hemorroiden, de laatste maal d.d. 18/07/2009. Er wordt verder in dit medisch dossier niet meer gerept over deze hemorroiden Ik ga ervan uit dat de behandeling genezend was.

Betrokkene heeft geen mantelzorg nodig. De aandoening verhindert betrokkene niet van te reizen.

De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Egypte.

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

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene) :

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank1 :

Opvolging door een huisarts en door een internist is mogelijk in het Behman Hosptal Helwan Cairo. Symbicort=formoterol en budesonide. Formoterol is een langwerkend beta2 mimeticum net zoals salmeterol. Een inhaler van Salmeterol is beschikbaar. Budesonide is een inhalatiecorticoïde zoals fluticasone en beclomethasone, Deze zijn ook in puff beschikbaar. Betrokkene kan dus beschikken over équivalente puffers. Pantoprazole voor de chronische gastritis is ook beschikbaar. Er zijn eersteijnsbloeddrukverlagers beschikbaar zoals Beta-blockers (=Medcoi 3356:metoprolol, propranolol, atenolol, bisoprolol), diuretica (-Medcot 3356:hydrochlorothiazide, chlorthalidone, furosemide) en ACE-inhibitoren (=Medcoi 3356:enalapril lisinoDril captopril). r '

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen.

Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

■Daarnaast geldt ook nog het volgende : « (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. »2

Het EH RM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131 ; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Mûslim/Turkije, § 68).

Wat betreft de medische zorgen in het herkomstland kunnen we het volgende melden.

Luidens een Ministerieel Decreet is de toegang tot primaire en dringende zorgen gegarandeerd voor alle Egyptenaren.³ Om het gebruik van de medische voorzieningen efficiënter te maken, heeft Egypte het "familie gezondheidsmodel" geïntroduceerd. Patiënten dienen jaarlijks een registratie van 10 Egyptische Pond (EP) of 1,25 Euro te betalen en betalen dan 3 EP of 0,4 Euro per consult en 33 % van de retailprijs van de voorgeschreven medicatie. De armste mensen krijgen een kaart waarmee ze gratis toegang hebben tot de publieke gezondheidszorg. Om deze toestand vast te stellen kijkt men onder andere naar de materiële bezittingen en de economische activiteiten van de persoon. Indien de terugkeerder niet over middelen beschikt en niet aan werk zou geraken, zullen de zorgen via deze weg verzekerd zijn.⁴

Het gezondheidssysteem in Egypte wordt hoofdzakelijk gefinancierd door de Staat. De verzorging wordt gratis verstrekt in de gezondheidscentra.⁵ Deze openbare infrastructuur biedt een breed gamma aan diensten en zorgniveau's.⁶ In Egypte is het Ministry of Health and Population (MOHP) de belangrijkste verstrekker van medische verzorging; het bestaat uit ongeveer 5000 gezondheidscentra (gegevens van 2005). Ondanks een uitgebreid infrastructureel netwerk gebeurt 60% van de raadplegingen in de privésector. Veel patiënten geven de voorkeur aan de privésector omdat ze vinden dat deze van betere kwaliteit is en efficiënter werkt. De kosten van de verzorging in de privésector komen nochtans rechtstreeks ten laste van de patiënt.⁷

Egypte is de grootste producent en consument van farmaceutische producten in het Midden-Oosten en

Noord-Afrika. Sedert lang is de prioriteit van de regering om de belangrijkste medicijnen betaalbaar te houden en zij legt dienovereenkomstig de prijzen vast.⁸

Verder bestaat er een stelsel van sociale verzekering van de regering; Health Insurance Organisation (HIO).

Sinds 1964 omvat dit verzekeringssysteem een verplichte gezondheidsverzekering voor de ondernemingen en hun werknemers. Bijna 30 jaar later werd het uitgebreid en omvat het ook weduwen, gepensioneerden, schoolgaande kinderen en studenten.

Er is geen specifiek verzekeringsstelsel voor economisch zwakke personen of personen die buiten de officiële en/of georganiseerde sector werken.⁹

Een aantal ondernemingen bieden ook een ziektekostenverzekering aan bij hun sociale voordelen.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is 45% van de bevolking gedekt, waaronder vooral de werknemers, studenten, weduwen, gepensioneerden en pasgeborenen.¹¹

Zoals eerder aangegeven is de medicatie beschikbaar in het land van herkomst.

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient tenslotte nogmaals verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat "het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.RM" (Arrest RvV nr. 81574 van 23 mei 2012).

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat de aandoeningen, de astma bronchiale, de hoge bloeddruk en de chronische gastritis, hoewel dit kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel risico zou kunnen inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Egypte. t-

Derhalve is er m.i vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland."

2.6. Zoals blijkt uit het medisch advies heeft de arts-adviseur diverse aandoeningen weerhouden waarvan hij meent dat behandeling noodzakelijk is. Dienvolgens heeft de arts-adviseur de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische behandeling voor deze aandoeningen nagegaan in het land van herkomst en is tot de conclusie gekomen dat de medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst.

2.7. Verzoekende partij betwist de analyse van de medische aandoeningen door de arts-adviseur *an sich* niet maar meent dat de arts-adviseur geen toegankelijkheidsonderzoek *in concreto* heeft gevoerd. Volgens haar werd enkel de beschikbaarheid van de medische zorgen nagegaan. Zij betoogt dat er weinig dokters zijn in het herkomstland en dat de kwaliteit van de gezondheidszorgen bedroevend is. Verder zouden ook informele kosten moeten betaald worden.

2.8. Verzoekende partij toont met haar betoog en verwijzing naar publicaties evenwel niet aan dat zij zal verstoken blijven van de benodigde medische zorgen. Zoals blijkt uit het advies van de arts-adviseur heeft deze zich gebaseerd op objectieve informatie afkomstig van lokale artsen waaruit blijkt dat opvolging door een huisarts en een internist mogelijk is in het Behman Hospital Helwan Caïro. De algemene informatie waarnaar de verzoekende partij verwijst toont geenszins het tegendeel aan. Er wordt hier immers slechts op zeer algemene wijze gesteld dat er van de 4000 publieke ziekenhuizen er 500 zonder dokter functioneren, hetgeen inhoudt dat er nog steeds 3500 publieke ziekenhuizen zijn die wel beschikken over een dokter en evenmin blijkt dat er geen artsen zijn in het Behman Hospital Helwan Caïro. Verder blijkt uit de informatie waarop de verwerende partij zich gebaseerd heeft dat het uitgebreide netwerk van publieke, non-gouvernementele en private gezondheidsinstellingen in Egypte ervoor zorgt dat er een goede geografische toegankelijkheid is wat medische zorgen betreft alsook dat het aantal aanwezige artsen en medisch personeel in Egypte het regionaal gemiddelde overstijgt (WHO rapport 2010-2014 inzake Egypte, p. 19 en 23). Voorts maakt verzoekende partij evenmin aannemelijk dat het voor haar onmogelijk zou zijn om zich te begeven naar voormeld ziekenhuis of zich desnoods in de buurt van dit ziekenhuis te vestigen. Evenmin maakt de verzoekende partij aannemelijk dat de kwaliteit van de zorgen in Egypte dermate bedroevend is waardoor er geen sprake meer zou zijn van een adequate medische verzorging. Verzoekende partij lijkt te betogen dat het kwaliteitsniveau van de zorgen in Egypte hetzelfde moet zijn als dat van België, maar haar stelling vindt geen grondslag in het bepaalde van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Het loutere feit dat vele Egyptenaren de private gezondheidszorg verkiezen en hiervoor betalen, maakt evenmin dat daaruit kan besloten worden dat de publieke gezondheidszorg in Egypte beneden alle peil is.

Zoals voorts blijkt uit het medisch advies van de arts-adviseur bestaat er een systeem in Egypte waardoor de armste mensen onder de bevolking gratis toegang krijgen tot de publieke gezondheidszorg. Dit blijkt eveneens uit de informatie die de verzoekende partij citeert in haar verzoekschrift. Het loutere feit dat in het door de verzoekende partij opgenomen citaat uiterst summier gewezen wordt op bepaalde inefficiënties of tekortkomingen in het systeem van financiering van de gezondheidszorg zonder dat evenwel blijkt dat die tekortkomingen en inefficiënties van een dermate grootorde zijn dat de financiële toegankelijkheid tot de medische zorgen voor de verzoekende partij niet gegarandeerd is, kan aldus geen afbreuk doen aan de motieven van de bestreden beslissing.

De Raad wijst er voorts op dat uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet evenmin voortvloeit dat verzoekende partij kan verwachten dat medische zorgen, waaronder medicatie, gratis ter beschikking moeten worden gesteld in het land van herkomst. Er moet enkel nagegaan worden of verzoekende partij effectief toegang heeft tot deze zorgen, ook financieel. In het advies wordt er dienaangaande voorts op gewezen dat Egypte de grootste producent en consument van farmaceutische producten in het Midden-Oosten en Noord-Afrika is en dat sedert lang het de prioriteit van de regering is om de belangrijkste medicijnen betaalbaar te houden en zij dienovereenkomstig de prijzen vastlegt. Uit lezing van de door de arts-adviseur geraadpleegde bronnen dienaangaande blijkt inderdaad dat de prijs van medicatie zo gehouden wordt dat deze ook toegankelijk blijft voor de armere Egyptenaren. Er wordt in deze bronnen ook wel melding gemaakt van bepaalde inefficiënties in het systeem maar tevens wordt erop gewezen dat de overheid voor deze inefficiënties oplossingen zoekt en deze ook implementeert (The Economist, Industry Briefing, Egypt: Healthcare and Pharmaceuticals Report, Jan. 1st 2012, onder titeltje 'Pricing'). Verzoekende partij focust haar kritiek op de passage: *"Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient tenslotte nogmaals verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat "het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.R.M" (Arrest RvV nr. 81574 van 23 mei 2012).*" doch gaat hiermee voorbij aan de andere, determinerende, vaststelling van de arts-adviseur dat de belangrijkste medicijnen door de Egyptische overheid betaalbaar worden gehouden zodat de kritiek van de verzoekende partij op de hier hoger geciteerde passage niet dienstig is om het advies van de arts-adviseur als niet afdoende te beschouwen of hieruit af te leiden dat de arts-adviseur artikel 9ter van de Vreemdelingenwet te beperkend heeft geïnterpreteerd.

Verzoekende partij betoogt ten slotte nog dat zij niet weet wat de kostprijs is van de medicatie, maar de Raad benadrukt nogmaals dat de Egyptische overheid de financiële toegankelijkheid tot medicatie voor de armere bevolking garandeert door de prijzen vast te leggen zodat er aldus kan van uitgegaan worden dat zelfs indien de verzoekende partij weinig financiële middelen heeft, zij wel toegang heeft tot de noodzakelijke medicatie. Bovendien maakt verzoekende partij niet aannemelijk dat zij onvermogen is. Immers blijkt uit nazicht van het administratief dossier dat verzoekende partij zowel in Nederland als in België tewerkgesteld is geweest en blijkt uit een medisch verslag van 22 mei 2012 dat alle familie van de verzoekende partij zich in Egypte bevindt zodat kan aangenomen worden dat, indien noodzakelijk, verzoekende partij beroep kan doen op haar familie voor wat betreft de bekostiging van haar medische zorgen. Verzoekende partij maakt dan voorts ook evenmin aannemelijk dat wanneer zij wel geconfronteerd zou worden met het moeten betalen van informele kosten inzake medische verzorging, zij hiertoe niet in staat zou zijn.

2.9. De keuze die een bestuur in de uitoefening van een discretionaire bevoegdheid maakt, schendt slechts het redelijkheidsbeginsel wanneer men op zicht van de opgegeven motieven zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot het maken van die keuze is kunnen komen. Met andere woorden, om het redelijkheidsbeginsel geschonden te kunnen noemen, moet men voor een beslissing staan waarvan men ook na lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk genomen is, wat *in casu* niet het geval is.

2.10. Het eerste middel kan niet worden aangenomen.

2.11. In een tweede middel richt de verzoekende partij zich tegen het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten en voert zij de schending aan van het redelijkheids- en het zorgvuldigheidsbeginsel en de materiële motiveringsplicht.

Verzoekende partij betoogt als volgt:

“Bij het nemen van het bevel werd door verwerende partij geen rekening meer gehouden met de medische toestand van verzoeker en met name met de ontoegankelijke behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst.

Verwerende partij had alvorens het bevel uit te vaardigen een meer grondige evaluatie moeten doen van de medische zorgverstrekking in het land van herkomst, hetgeen zij duidelijk niet heeft gedaan. In dat geval had verwerende partij nochtans kunnen zien dat de behandelingsmogelijkheden voor verzoeker niet afdoende (financieel) toegankelijk was.

Zie hieromtrent ook S. BOUCKAERT, Documentloze vreemdelingen. Grondbescherming doorheen de Belgische en internationale rechtspraak vanaf 1985, Maklu, Antwerpen, 2007, 161: ‘Wat dit laatste betreft, heeft de Raad van State reeds in meerdere arresten geoordeeld, onder expliciete verwijzing naar het zorgvuldigheidsbeginsel, dat de Dienst Vreemdelingenzaken, bij de evaluatie van de medische zorgverstrekking in het land van herkomst, niet alleen de mogelijkheid tot behandeling van een medische aandoening moet onderzoeken, maar eveneens moet nagaan of die zorgverstrekking ook toegankelijk is voor de betrokken vreemdeling. Met name dient de dienst daarbij na te gaan of de vreemdelingen in staat is om de kosten van de noodzakelijke behandeling financieel te dragen.’ Gelet op de afwezigheid van een dergelijk onderzoek, moet worden aangenomen dat het voor verzoeker dan ook onmogelijk is om terug te keren.

De bevelen om het grondgebied te verlaten vormen dan ook een schending van de materiële motiveringsplicht en het redelijkheidsbeginsel.

Een vernietiging van het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten, als accessorium van de beslissing dd. 22.06.2015 waarbij de aanvraag om tot een verblijf in toepassing van artikel 9 ter van de wet van 15 december 1980 gemachtigd te worden, ongegrond werd verklaard, is dan ook op zijn plaats.

Ten overvloede merkt verzoeker nog op dat wanneer de beslissing dd. 22.06.2015 die handelt over de aanvraag om verblijfsmachtiging om medische redenen van verzoeker, wordt vernietigd, verzoeker terugvalt op een ontvankelijk verklaarde aanvraag om machtiging tot verblijf die ingediend werd op grond van artikel 9ter Vw. Verzoeker heeft in dat geval derhalve opnieuw een verblijfsgrond in afwachting van een beslissing ten gronde over zijn aanvraag. Hij heeft ook recht op een attest van immatriculatie en kan derhalve niet het voorwerp uitmaken van een bevel om het grondgebied te verlaten.

Het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten dient dan ook vanuit het oogpunt van de rechtszekerheid uit het rechtsverkeer te worden gehaald en te worden vernietigd.”

2.12. De Raad stelt vast dat verzoekende partij haar betoog gericht tegen het bevel om het grondgebied te verlaten volledig koppelt aan haar kritiek ontwikkeld in het eerste middel waar zij meent dat er geen gedegen toegankelijkheidsonderzoek werd gevoerd met betrekking tot de medische zorgen in het land van herkomst. Nu uit de bespreking van het eerste middel is gebleken dat de kritiek van de verzoekende partij verworpen wordt, dient ook de kritiek die verzoekende partij in het tweede middel ontwikkeld verworpen te worden.

2.13. Het tweede middel kan niet worden aangenomen. Een schending van de door de verzoekende partij opgeworpen beginselen wordt niet aannemelijk gemaakt.

3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel.

De vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring worden verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zeventien december tweeduizend vijftien door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

S. DE MUYLDER