



Arrest

nr. 159 726 van 12 januari 2016
in de zaak RvV X / VIII

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 VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Oekraïense nationaliteit te zijn, op 22 juni 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 5 mei 2015 waarbij een 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 wordt verklaard en van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van dezelfde datum tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

Gezien titel Ibis, 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 20 augustus 2015, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 29 september 2015.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken I. CORNELIS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. RODRIGUEZ Y CANTELI, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat A. DE MEU, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Bij aangetekend schrijven van 25 juni 2012 dient verzoeker een aanvraag in om te worden gemachtigd tot een verblijf van meer dan drie maanden in België 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. De verblijfsaanvraag wordt op 8 oktober 2012 ontvankelijk verklaard.

1.3. De gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging neemt op 5 mei 2015 de beslissing waarbij de ingediende aanvraag om machtiging tot verblijf ongegrond wordt verklaard en de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Deze beslissingen worden verzoeker op 22 mei 2015 ter kennis gebracht.

De beslissing waarbij de verblijfsaanvraag ongegrond wordt verklaard, is gemotiveerd als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 25.06.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

[K., V.] [R.R.: ...]

nationaliteit: Oekraïne

[...]

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 08.10.2012, 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.

De aangehaalde medische elementen werden niet weerhouden door de arts-adviseur (zie medisch advies d.d. 27.04.2015 onder 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).”

Het advies waarnaar wordt verwezen en dat verzoeker samen met deze beslissing ter kennis is gebracht, en dat bijgevolg kan worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de beslissing, luidt als volgt:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 25.06.2012.

De volgende medische getuigschriften/verslagen werden door de betrokkene voorgelegd ter staving van de aanvraag:

- Protocol van een labo-analyse d.d. 03/04/2012.

- Medisch getuigschrift d.d. 15/06/2012, opgesteld door dr. [P. S.], C.H.U. St.-Pierre.

- Protocol van een labo-analyse d.d. 17/09/2012.

- Protocol van een labo-analyse d.d. 15/01/2013.

- Medisch getuigschrift d.d. 25/01/2013, eveneens opgesteld door dr. [P. S.].

- Medisch getuigschrift d.d. 25/04/2013, eveneens opgesteld door dr. [P. S.].

- Medisch getuigschrift d.d. 20/12/2013, eveneens opgesteld door dr. [P. S.].

Teneinde de medische toestand van de betrokkene te actualiseren en om een duidelijk zicht te krijgen op de verdere evolutie, de actuele pathologieën en de lopende behandeling werden een bijkomend medisch getuigschrift en een recente CD4 (niet ouder dan 3 maanden) en een kopie labo-uitslag opgevraagd per schrijven van 04/03/2014. Hierop werden door de betrokkene de volgende aanvullende medische getuigschriften/verslagen ter beschikking gesteld:

- Cumulatief protocol van labo-analysen d.d. 30/10/2013 en 10/03/2014.

- Medisch getuigschrift d.d. 20/03/2014, eveneens opgesteld door dr. [P. S.].

- Protocol van een labo-analyse d.d. 04/07/2014.

- Medisch getuigschrift d.d. 21/08/2014, eveneens opgesteld door dr. [P. S.].

- Protocol van een labo-analyse d.d. 10/11/2014.

- Medisch getuigschrift d.d. 10/12/2014, eveneens opgesteld door dr. [P. S.].

- Protocol van een labo-analyse d.d. 09/03/2015.

- Medisch getuigschrift d.d. 02/04/2015 van onduidelijke opsteller (eveneens dr. [P. S.]?): de Identificatiegegevens van de opsteller van dit getuigschrift ontbreken (onleesbare stempel van de arts). Uit een studie van de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische getuigschriften/verslagen blijkt dat deze 38-jarige man medische zorgen krijgt in het kader van HIV en chronische hepatitis B.

Betrokkenes HIV-infectie werd gediagnosticeerd in 2001. Antiretrovirale behandeling op basis van Stocrin 600 mg (farmaceutische stof efavirenz; een niet-nucleoside reverse-transcriptaseremmer) en Truvada (farmaceutische stof emtricitabine + tenofovir: een nucleoside reverse-transcriptaseremmer + een nucleotide reverse-transcriptaseremmer) werd gestart in juni 2010 (nadir CD4:145).

Wat betreft de evolutie van de beschreven HIV-infectie onder behandeling blijkt uit de aanvullende medische getuigschriften/verslagen die bekomen werden na de actualisatie van 04/03/2014 dat er sprake is van stabiliserende HIV onder antiretrovirale therapie met Stocrin en Truvada, evenwel met lage immuniteit en een virale lading < 20 copies/mL (uit de voorgelegde aanvullende labo-analysen blijkt dat er op 10/03/2014 een CD4- aantal van 189/μL (12 %) en een virale lading van < 20 copies/mL was, op 04/07/2014 een CD4-aantal van 203/μL (13 %) en een virale lading van < 20 copies/mL, op 10/11/2014 een CD4-aantal van 228μL (13 %) en een virale lading van < 20 copies/mL en op 09/03/2015 een CD4-aantal van 251/μL (16 %) en een virale lading van < 20 copies/mL).

Dr. [S.] attesteerde in het medisch getuigschrift van 02/04/2015 nog dat betrokkenes lopende medicamenteuze behandeling bestaat uit Stocrin 600 mg, Truvada en vitaminen, dat de voorziene duur van de noodzakelijke behandeling levenslang is en dat een multidisciplinaire follow-up nodig is (infectioloog, hepatoloog, huisarts, verpleegster, sociaal assistent).

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische getuigschriften/verslagen blijkt niet dat er bij de betrokkene sprake is van een actuele strikte medische contra-indicatie om te reizen.

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische getuigschriften/verslagen blijkt niet dat mantelzorg op dit ogenblik strikt medisch vereist is bij de betrokkene.

Wat betreft de beschikbaarheid van de medische behandeling en opvolging in het land van herkomst, Oekraïne:

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

- Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:

o van international SOS van 09/01/2014 met het unieke referentienummer BMA-5192.

o van International SOS van 12/06/2014 met het unieke referentienummer BMA-5433 (additional to BMA-5192).

o van lokale artsen die in het land van herkomst werken en contractueel aangenomen werden door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 08/01/2015 met het unieke referentienummer BMA 6224.

o van lokale artsen die in het land van herkomst werken en contractueel aangenomen werden door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 16/01/2015 met het unieke referentienummer BMA 6286.

o van lokale artsen die in het land van herkomst werken en contractueel aangenomen werden door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 09/03/2015 met het unieke referentienummer BMA 6464.

- Informatie bekomen via <http://compendium.com.ua/> (geraadpleegd op 12/02/2015): efavirenz (bijvoorbeeld merknaam Eflcur), emtricitabine + tenofovir (bijvoorbeeld merknaam Tenvir-Em) en multivitaminenpreparaten zijn beschikbaar in Oekraïne.

- Informatie bekomen via <http://ucdc.gov.ua/en/> (geraadpleegd op 19/03/2015).

- Informatie bekomen via <http://ifaidcenter.ora.ua/> (geraadpleegd op 19/03/2015).

- Informatie bekomen via <http://ocob.net.ua/> (geraadpleegd op 19/03/2015).

Uit deze informatie blijkt dat medicamenteuze behandeling met efavirenz, emtricitabine + tenofovir en vitaminen beschikbaar is in Oekraïne. Labo-analysen (CD4-aantal, HIV virale lading) en behandeling/opvolging door een huisarts, een internist, een HIV-specialist, een gastro-enteroloog en/of een hepatoloog is beschikbaar in Oekraïne.

Wat betreft de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging in het land van herkomst, Oekraïne:

- Verwijzend naar de Nota Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf d.d. 25/03/2015:

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening

houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager. Er bestaat nog geen publieke ziekteverzekering in Oekraïne. Officieel biedt de overheid een ruim pakket zorgen gratis aan. Het probleem is dat ze hiervoor niet het vereiste budget voorziet en de patiënten dus wel degelijk betalingen moeten doen. De betalingen situeren zich voornamelijk op het vlak van de aankoop van medicatie en dit zowel ambulant als in ziekenhuizen.

Bij een bevraging over de gezondheidszorg antwoordde een grote meerderheid van de patiënten dat ze hadden moeten betalen voor de benodigde medicatie. De zorgen zelf waren echter wel degelijk gratis. Slechts een kleine minderheid van de patiënten vermeldde dat ze hadden moeten betalen voor een consultatie bij een specialist nadat ze waren doorverwezen door een generalist. Sociaal kwetsbare groepen genieten wel van kortingen bij de aankoop van voorgeschreven medicatie. Hiertoe behoren: patiënten met sociaal belangrijke en ernstige aandoeningen, invaliden), bejaarden die het sociaal ouderdomspensioen ontvangen en kinderen jonger dan 6.

Patiënten kunnen zich zelf tot het gewenste type specialist wenden in een polikliniek. Zo nodig worden ze nog doorverwezen.

Oekraïne heeft een nationaal aidsprogramma. Het doel van het programma is de gezondheidsstatus te stabiliseren en de mortaliteit ten gevolge van HIV en AIDS te beperken door het nemen van preventieve maatregelen inzake de behandeling, zorg en ondersteuning van mensen die getroffen zijn door HIV, waaronder het verstrekken van lokaal geproduceerde steriele medische apparatuur. Armere patiënten krijgen humanitaire hulp en medicijnen en krijgen toegang tot geavanceerd diagnose apparatuur. De organisatie UNAIDS, die actief is in het bestrijden van HIV/aids en de gevolgen van de ziekte, is ook actief in Oekraïne.

Wat de sociale zekerheid betreft: Er is een ouderdomspensioen voor mannen vanaf 60 jaar die 25 jaar hebben bijgedragen en vrouwen vanaf 55 jaar die 20 jaar hebben bijgedragen. Vanaf 5 jaar bijdragen kan men rekenen op een deeltijds ouderdomspensioen. Er is een sociaal ouderdomspensioen voor mannen vanaf 63 en vrouwen vanaf 58 jaar.

Dit pensioen wordt uitgekeerd aan personen die niet voor een ouderdomspensioen in aanmerking komen en weinig bezittingen of inkomsten hebben. Er is een invaliditeitspensioen voor mensen die geheel of gedeeltelijk werkonbekwaam zijn. Hoe langer men heeft bijgedragen (- gewerkt), hoe hoger het pensioen. Men moet minimum 2 jaar hebben bijgedragen. Er is een sociaal invaliditeitspensioen voor mensen die niet voor een invaliditeitspensioen in aanmerking komen en weinig bezittingen of inkomsten hebben. Er is een sociale bijstandsuitkering voor families met kinderen of alleenstaande moeders die weinig bezittingen of inkomsten hebben.

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. In het verzoekschrift haalt de advocaat van betrokkene aan dat hij geen familie meer heeft in Oekraïne. Er worden hier geen bewijzen van voorgelegd. Overigens lijkt het ook erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Oekraïne- het land waar hij tenslotte 36 jaar verbleef- geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient 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 R.V.V. nr. 81574 van 23 mei 2012)

Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of

opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage."

Uit deze informatie kunnen we besluiten dat er geen bezwaren zijn wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst, Oekraïne.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat deze HIV en chronische hepatitis B bij de betrokkene, zoals hierboven beschreven, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Oekraïne.

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

Dit is de eerste bestreden beslissing.

Het bevel om het grondgebied te verlaten luidt als volgt:

"De heer

Naam + voornaam: [K., V.]

[...]

nationaliteit: Oekraïne

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

binnen 30 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 2° van de wet van 15 december 1980, is hij een vreemdeling vrijgesteld van de visumplicht die langer in het Rijk verblijft dan de maximale duur van 90 dagen op een periode van 180 dagen voorzien in artikel 20 Uitvoeringsovereenkomst van Schengen of er niet in slaagt het bewijs te leveren dat deze termijn niet overschreden werd: betrokkene was tot 04.06.2012 toegelaten tot verblijf. Het toegestane verblijf van maximaal 90 dagen op 180 dagen is heden ruimschoots overschreden."

Dit is de tweede bestreden beslissing.

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoeker voert in een enig middel de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van de motiveringsplicht vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 1 tot en met 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van het rechtszekerheidsbeginsel, van het vertrouwensbeginsel, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van het redelijkheidsbeginsel en van het proportionaliteitsbeginsel.

Hij licht het middel onder meer als volgt toe:

"DOORDAT, de bestreden beslissing met bijlage 13 twee algemene en stereotiep gemotiveerde documenten zijn, die niet gebaseerd zijn op een concrete en volledige analyse van het geheel van de aangebrachte elementen, en dat verweerster in dat opzicht heeft verweerster haar motivatieplicht niet voldaan.

Dat zij haar beslissing gebaseerd heeft op het advies van de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken (stuk 3), die namelijk bepaalt dat de pathologie manifest niet beantwoordt aan de ziekte geïndiceerd in par. 1 van artikel 9ter omdat de nodige verzorging mogelijk zou zijn in het land van herkomst.

TERWIJL, verzoeker benadrukt dat een dergelijke appreciatie moet gemotiveerd worden vanuit medisch oogpunt en kan niet gebeuren door een andere motivering, en terwijl de medische attesten en bijkomende neergelegde stukken bij dit dossier enerzijds blijken geven van een pathologische staat en

anderzijds van de moeilijkheden die net verbonden zijn aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in Oekraïne.

[...]

[...] Overwegende dat Dr. [G.] inderdaad geen enkel medisch gegeven, aangebracht door verzoekende partij in de aanvraag en doorheen de verschillende aanvullingen, betwist.

De enige motivering die bijgevolg door de ambtenaar-geneesheer, en integraal overgenomen door verwerende partij, wordt gegeven betreft enkel en alleen de het aantonen van de mogelijkheid tot verzorging, meer bepaald beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen, in het land van herkomst.

[...]

Verzoeker had al aangegeven in zijn aanvraag:

“Een terugkeer naar het land van herkomst is gelet op het voorgaande uitgesloten.

Verzoeker kan geen adequate medische behandeling verkrijgen in Oekraïne, zoals ook blijkt uit de volgende informatie.

- Reisadvies Oekraïne (2012)

(http://diplomatie.belgium.be/nl/Diensten/Op_reis_in_het_buitenland/reisadviezen/europa/oekraïne/ra_oekraïne.jsp)

“Kosten/infrastructuur medische verzorging

Gezien de infrastructuur van de publieke gezondheidszorg, is het aangeraden zich te richten tot privéklinieken en privéhospitalen waar de kosten hoog kunnen oplopen. Het is moeilijk dokters te vinden met kennis van het Engels of Frans.

Vergeet niet een degelijke reisapotheek mee te nemen! Westerse geneesmiddelen zijn moeilijk te vinden of zijn niet aanwezig op de lokale markt.

Veiligheid water en voedsel

Te vermijden: consumptie van leidingwater, wilde paddenstoelen en bessen, riviervis.

Inentingen en vaccins

Indien u in onzekere hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig in het buitenland verblijft, is vaccinatie tegen hepatitis A sterk aangeraden, alsook een update van polio, tetanus en difterie. Raadpleeg 6 tot minstens 2 weken voor uw vertrek de websites van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (www.itg.be) en van de Wereldgezondheidsorganisatie (www.who.int) voor meer gedetailleerde informatie.

Bijzondere gezondheidsrisico's

...

AIDS, hepatitis B en C

Aantal seropositieven is zeer hoog in Oekraïne. Bescherm u voldoende.

Vermijd staatsziekenhuizen in geval een bloedtransfusie nodig is.”

- Informatie over de Terugkeer en Reïntegratie in de landen van herkomst

IRRICO

(http://irrico.bbconsult.co.uk/Factsheets/IRRICO_CS_UKRAINE_Layout%20revised%20by%20MRF%20BRUSSELS_Dutch.pdf)

“Staats- en gemeentelijke instituten voor de gezondheidszorg voorzien in gratis medische zorg. Dit geldt niet voor medicijnen, deze moeten de patiënten zelf kopen.

De economische crises in het land hebben een catastrofale invloed gehad op de medische voorzieningen. Ziekenhuizen zijn achteruit gegaan, artsen worden slecht betaald en er is een tekort aan medicijnen en apparatuur. De situatie in de grote steden is beter dan op het platteland, waar de ziekenhuizen nauwelijks patiënten kunnen behandelen. Mensen van het platteland, met een meer of minder ernstig probleem, moeten naar het regionale ziekenhuis. (...)

Staats- en gemeentelijke instituten voor de gezondheidszorg voorzien in gratis medische zorg aan alle Oekraïense burgers. Door een voortdurend tekort aan geld is medische behandeling door een staatsinstelling vaak van laag niveau. Gratis gezondheidszorg wordt betaald uit de opbrengsten van de verplichte sociale verzekering, een onderdeel van de belastingen in de Oekraïne.

Vooral in de stedelijke gebieden kan men ook gebruik maken van medische behandelingen en ziektekostenverzekering in de private sfeer. De meest populaire privé gezondheidsklinieken zijn Medikom en Borys. Hun diensten zijn nogal duur, maar de kwaliteit van de diensten ligt vaak hoger dan in de staatsziekenhuizen. Dit kan verklaard worden door het feit dat de overheid niet genoeg geld beschikbaar stelt voor medische zaken. (...)

In de meeste gevallen zijn medicijnen beschikbaar maar patiënten moeten ze zelf kopen. De kosten voor medicijnen zijn afhankelijk van de behandeling en de producent. Geïmporteerde medicijnen zijn duurder dan medicijnen die in Oekraïne zelf gemaakt worden.”

- Stichting Oekroe : Kinderhulp

(<http://www.oekroe.nl/nl/kinderhulp.php>)

"De gezondheidszorg is in principe gratis in Oekraïne. Veel artsen vragen desondanks een financiële bijdrage voor bijvoorbeeld de benodigde medicijnen. De kwaliteit van de medische zorg in Oekraïne is onvergelijkbaar met wat we in Nederland als vanzelfsprekend beschouwen. Indien een kind te maken krijgt met grote medische problemen dan moet het vaak in Kiev worden behandeld, d.w.z. een treinreis van 700 km, terwijl de ouders of begeleiders veelal gedurende enkele weken in Kiev moeten verblijven. In sommige gevallen is het alternatief een behandeling in het oosten van Hongarije (EU) op een afstand van zo'n 100 km van huis. Omdat verreweg de meeste Oekraïners niet over een ziektekosten-verzekering beschikken moeten dergelijke ingrepen volledig worden betaald."

- Nieuws 29 mei 2012 (Nederland)

(http://www.aidsfonds.nl/kennis/nieuws/jan_mulder_javier_guzman_oekraïne)

"Oekraïne heeft, samen met Rusland, de snelst groeiende HIV-epidemie ter wereld. Slechts 23% van de mensen die behandeling nodig heeft krijgt ook daadwerkelijk medicatie. Dat komt omdat de overheid in Oekraïne ernstig faalt. Doordat zij beloftes niet nakomt ontstaan regelmatig tekorten aan hiv-medicatie. Ruim 350.000 mensen met hiv

... Oekraïne heeft zelfs het hoogste hiv-cijfer van Europa. Een op de honderd mensen is er geïnfecteerd. Het gaat om ruim 350.000 mensen met hiv. De jaarlijkse hiv-diagnoses in Oekraïne zijn meer dan verdubbeld sinds 2001. Dit terwijl vrijwel overal ter wereld de hiv- en aidscijfers stabiliseren of afnemen. ... Inmiddels zijn zo'n 24.000 mensen in Oekraïne mensen aan aids overleden.

Rol van de overheid

Helaas speelt de Oekraïense overheid een grote rol in de aanwassende epidemie: zij investeert nauwelijks in voorlichting en preventie, waardoor de onwetendheid over hiv groot is. Daarnaast worden groepen die in Oekraïne veel risico lopen op hiv, achtergesteld. Denk aan drugsgebruikers, gevangenen, sekswerkers en homoseksuelen. Hun mensenrechten worden stelselmatig geschonden. Het gevolg is dat zij niet goed bereikt worden met voorlichting en preventie. Daardoor neemt het aantal infecties binnen deze groepen hand over hand toe.

Meer mensen moeten op behandeling worden gezet

UNAIDS en de WHO schatten dat momenteel 120.000 mensen met hiv behandeling met hiv-remmers nodig hebben. De Oekraïense overheid had vorig jaar toegezegd rond het EK voetbal in ieder geval 43.711 mensen op behandeling te zetten. De streefdatum van het EK wordt echter niet gehaald: de aanbestedingen voor hiv-medicatie zijn nog maar onlangs door het ministerie van Gezondheid aangekondigd. Het duurt dus nog minstens een half jaar voordat deze groep mensen behandeld wordt. Activisten in Oekraïne voeren druk uit op de regering om vaart te maken en willen dat er vanaf 2013 geen onnodige vertragingen meer ontstaan."

- Campagne voor HIV/AIDS preventie onder jongeren in Lutsj

(<http://www.prismaweb.org/nl/data/projecten-eo-metterdaad/campagne-voor-hiv-aids-preventie-onder-jongeren-in-lutsj-oekra%C3%AFne>)

"HIV/AIDS

Volgens schattingen van de WHO behoort Oekraïne, samen met Rusland, tot de Europese landen waar het aantal mensen met hiv/aids het snelst stijgt. Deze schrikbarende stijging wordt veroorzaakt door:

- drugsverslaafden die geïnfecteerde naalden gebruiken ...*
- onbeschermd ...*
- het hiv-stigma onder kerken, ambtenaren en zelfs doktoren. Het is niet ongevoel in ziekenhuizen in Oekraïne om iemand bij wie de diagnose hiv+ gesteld is verdere medische hulp of begeleiding te weigeren. Ambulances weigeren soms mensen met hiv/aids te vervoeren! Mensen met hiv/aids worden niet zelden uit de familie verbannen en raken sociaal geïsoleerd. Niet verwonderlijk dat de animo om een hiv/aids test te doen minimaal is!"*

De medische infrastructuur en faciliteiten zijn dus niet gelijkwaardig aan de zorgen die hij hier verkrijgt (supra).

Wat inhoudt dat, ongeacht de medische zorgen daar, in een land dat bovendien gekenmerkt is door armoede en werkloosheid, terugkeren zou zijn huidige medische situatie alleen maar kunnen verergeren, zoals hij voorheen al heeft ondervonden.

In ieder geval, zal verzoeker ook financieel gezien niet de mogelijkheid hebben zich zo nauw te laten opvolgen en moeten ook de gevolgen (lage immuniteit e.a.) van zijn ziekte hier in aanmerking worden genomen.

Daarnaast moet nog benadrukt worden dat verzoeker hier in België verblijft bij een goede vriend van hem, op bovenstaand adres. Hij heeft in Oekraïne geen familie meer, maar geniet hier dus wel steun en hulp en krijgt een huisvesting ter beschikking. Allemaal elementen die verzoekers behandeling en de evolutie ervan evenzeer ten goede komen en afwezig zijn ten aanzien van Oekraïne."

En in een aanvulling dd. 11.03.2014:

"Wat betreft de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een behandeling in Ukraine moet een ernstig gebrek worden vastgesteld.

Het rapport van de ONU Sida van 7 november 2011 bepaalde dat de epidemie van aids zich blijft verspreiden in Ukraine en dit land is vandaag het meeste 'geraakt' in Europa. Slechts een derde van het getal geschat op 350 000 personen die momenteel met HIV leven heeft toegang tot de anti-aids behandelingen

«Selon l'Onu, 360.000 Ukrainiens seraient atteints par la maladie. L'épidémie continue de se propager malgré les programmes de lutte que mènent les organisations humanitaires sur le terrain. » (bijlage 1).

Een artikel van Artsen Zonder Grenzen stelde al in 2007 : « qu'il y a un quart de million de personnes séropositives en Ukraine, soit plus que dans tout autre territoire de l'ex-URSS. La campagne est principalement axée sur la stigmatisation de la maladie et sur la discrimination dont font l'objet les nombreux malades.

En 1995, on ne comptait encore que 250 cas de VIH/sida en Ukraine. Il s'agissait alors essentiellement de toxicomanes et de prostituées. Six ans plus tard, l'épidémie s'est répandue dans toutes les couches de la population. Et pourtant, les images auxquelles l'Ukrainien moyen associe la séropositivité et le sida n'ont pas changé.

Après l'effondrement de l'Union soviétique, la qualité des soins de santé s'est dégradée. L'information sur les nouvelles maladies -dont le sida-, leur mode de transmission, leur traitement et leur prévention, a été déficiente. Ce manque d'information -conjugué à une véritable désinformation en ce qui concerne le sida- a favorisé la stigmatisation des personnes infectées.

Les personnes séropositives ou qui ont développé le sida sont souvent rejetées par leurs amis et leur famille, licenciées, et parfois chassées de leur logement. Certains médecins refusent même de les traiter, ou le font de manière inappropriée » ; <https://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/une-campagne-dinformation-pour-lutter-contre-la-stigmatisation-du-sida>

« Beaucoup de personnes contaminées par le VIH doivent faire face à l'exclusion et à la discrimination en Ukraine. « C'est particulièrement terrible dans les petites villes, nous explique Maxim. Les gens se voient refuser le traitement, ils sont tout simplement ignorés » : <http://www.cafebabel.fr/societe/article/ukraine-le-sida-tue-mais-les-cliniques-ferment.html>

Volgens een artikel van BBC oordeelt ONU dat Ukraine het tweede land in Europa en het vijfde ter wereld waar de HIV infecties het meest aanwezig zijn, ten gevolge van een gebrek aan medicamenten en preventie. Volgens de laatste officiële cijfers werden meer dan 130 000 personen positief bevonden op HIV (bijlage 2).

Slechts 10% van de besmette mensen krijgen een geschikte behandeling. www.ratel.com.ua (bijlage 3)

Volgens recente bronnen zei de directeur van « the International HIV / AIDS » in Ukraine, Mijnheer Andriy Klepikov dat het risico voor personen besmet met HIV om te sterven in Ukraine hoger is dan in dan de meeste regio's in Afrika. Zijn stelling wordt bevestigd door UNAIDS (bijlage 4).

De medicamenten zijn extreem duur in vergelijking met het levensniveau van Ukrainers. Zie nog : Country Fact Sheet Ukraine 2012 en Ukraine Health system review 2010 (bijlagen 5).

Dat ook moet vastgesteld worden dat patiënten klaagden over onderbreking van medicatie voor aids en in juni 2012 hebben deze het Ministerie van Gezondheid beschuldigd het geld te misbruiken dat diende voor patiënten met aids door medicamenten aan te open aan grote bedragen en door geheime commissies te ontvangen.

http://en.wikipedia.org/wiki/HIV/AIDS_in_Ukraine

Hierover is een akkoord tussengekomen tussen de Ukrainse autoriteiten en 4 grote farmaceutische bedrijven opdat de bedrijven hun prijzen zouden verlagen.

<http://www.msf.org/article/msf-and-ukrainian-ngo-criticise-ukrainian-hivaids-deal>

Dat volgens dit akkoord een combinatie van verschillende medicijnen (zidovudine, lamivudine and nevirapine) 1.700 \$ zou kosten, terwijl een combinatie van algemene medicamenten 300 \$ per jaar per patiënt zou kosten (6 maal minder duur).

Dit akkoord werd beklaagd door MSF en Ukrainse NGO's.

Dat rekening moet gehouden worden met het levensniveau in Ukraine en met het feit dat het gemiddeld maandelijks salaris er overeenkomt met 60 \$.

Dat het met dit bedrag onmogelijk is zich te verzorgen tegen aids.

Op 17/4/2013 hebben mensen met een zak over hun hoofd (verwijzend naar een executie), militanten in Ukraine, aangegeven dat de fondsen voor behandeling van aids nog niet gestort waren dit jaar en dat zonder hulp van de overheid, de zieken veroordeeld waren tot de dood.

<http://www.euronews.com/2013/04/17/ukrainian-government-condemns-hiv-patients-to-death-say-protesters/>

Bovendien zijn de medische installaties in Ukraine precair. Er is geen enkel systeem dat toelaat de installaties na te kijken. Bijvoorbeeld in 2007, heeft de gezondheidsdienst in Ukraine vastgesteld dat enkel 29,6% van de medische etablissementen bevoorraad waren met water en slechts 21,1% met riolering (bijlage 6).

Dat het duidelijk is dat door een constant financieel gebrek de medische behandelingen beschikbaar gesteld door de Staat vaak van relatief middelmatig niveau zijn. EN door een gebrek aan budget zijn de klinieken en ziekenhuizen niet altijd in staat de adequate gezondheidsdiensten aan te bieden.

(...)

Minstens dient een individuele motivering op medisch vlak te worden gegeven, met een concrete en volledige analyse van het geheel van de aangebrachte elementen.

Dat artikel 9ter vooropstelt dat het aan de ambtenaar-geneesheer toekomt een advies te verstrekken over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen voor de betrokken persoon in zijn/haar land van herkomst. Dat moet opgemerkt worden dat de arts-adviseur zich moet positioneren ten aanzien van de concrete mogelijkheid voor verzoeker om deze zorgen te kunnen ontvangen, zijnde in de eerste plaats dus de onmogelijkheid tot het ondernemen van een terugreis, het transport, de effectieve en directe mogelijkheid te werken, haar financiële middelen, de afstand, of verzoekster werkelijk beroep kan doen op een gespecialiseerd arts, praktisch en financieel gezien in de streek waar zij vandaan komt en rekening gehouden met de beperkte beschikbaarheid en kennis van psychiaters en psychologen. ed.

Dat bij gebrek aan een overzicht of budgettering het onmogelijk is om te bepalen of zorgen werkelijk financieel toegankelijk zijn.

Louter theoretische veronderstellingen en abstracte opzoekingen zonder praktisch of concreet de situatie van de individuele lokale burger en in het bijzonder voor verzoeker afzonderlijk te beoordelen, zijn niet afdoende.

Dat de administratie de ingeroepen argumenten en de voorgelegde medische getuigschriften aangaande verzoekers toestand en de bewijswaarde die eruit voortvloeit niet, zonder haar verplichting tot formele motivering te miskennen, kan verwaarlozen (voy. dans cet esprit, C.E., n°95.840, 28 mai 2001, R.D.E., n°115, p.467).

De relevante wetsbepalingen veronderstellen nochtans dat elke administratieve rechtshandeling steunt op correcte, pertinente en wettelijke feiten en rechtsmotieven, ongeacht de discretionnaire appreciatiebevoegdheid waarover het bestuur beschikt.

Dat verzoekende partij het recht heeft een gedetailleerd medisch advies te ontvangen dat de voorafgaande medische adviezen tegenspreekt en alle relevante elementen in aanmerking neemt, en dat anders een enorme en arbitraire macht zou toekomen aan de geneesheer van de Dienst Vreemdelingenzaken.

Temeer, rekening houdend met de actuele gevaarlijke en instabiele situatie in Ukraine !"

[...] Over de beschikbaarheid:

Ter herhaling verzoeker volgt een medicamenteuze behandeling van Stocrin, Truvada en vitaminen. En bijkomend: bloedonderzoek, spuiten en naalden, laboratoriumonderzoeken, radiologie, radiografie, echografie, met nood aan multidisciplinaire follow-up verzekerd door een infectioloog, verpleegster, sociale assistentie.

De arts-adviseur antwoordt desbetreffend dat een behandeling door efavirenz, amtricitabine + tenofovir en vitaminen, labo-analysen, en opvolging door een huisarts, internist, HIV-specialist beschikbaar is in Oekraïne.

Bij gebrek aan overeenkomst tussen de nodige en voorgestelde medicamenten, en weinig overeenkomst in de mogelijke follow-up ergens in Oekraïne (niets gespecificeerd), ziet verzoeker niet in hoe deze motivering voor hem pertinent zou zijn.

De RVV hierover, in een arrest nr. 98.819 dd. 14.03.2013 (verzoeker onderlijnt):

« Or, le médecin conseil mentionne clairement au troisième paragraphe de l'avis médical concernant le premier requérant qu'il y aurait une « Bonne évolution de l'affection contrôlée par la trithérapie classique », en telle sorte qu'il apparaît que la nécessité du traitement n'est manifestement contestée ni par le médecin conseil ni par la partie défenderesse qui se borne à se référer à cet avis. Il en est d'autant plus ainsi que, dans le certificat médical type produit par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, il est précisé que le traitement est requis « à vie », le risque de son arrêt étant le « Décès par maladie opportuniste ».

Dès lors, le Conseil ne peut que constater que la conclusion de l'avis médical et de l'acte attaqué n'est pas adéquate. En effet, le Conseil estime qu'il est malvenu dans le chef de la partie défenderesse de conclure hâtivement que le requérant « ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique », motivation qui apparaît pour le moins contradictoire au vu du constat clairement posé par son médecin conseil de la nécessité d'un traitement stabilisant sa pathologie. A tout le moins, le médecin conseil et la partie défenderesse, constatant le suivi indispensable de la trithérapie afin de continuer cette « Bonne évolution », auraient dû procéder à l'analyse de l'accessibilité de ce traitement au pays d'origine du requérant afin de pouvoir apprécier adéquatement l'existence d'un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique des requérants ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. ».

Verder zijn de aangehaalde bronnen bij gebrek aan enige vertaling (stukken 5) ook onbegrijpelijk.

Alle aangehaalde websites zijn opgesteld in het Russisch (?), terwijl huidige procedure in het Nederlands gevoerd wordt en men toch kan vermoeden dat Dr. GOORTS die vreemde taal niet beheerst.

De basis van haar conclusie om te stellen dat de zorgen beschikbaar zijn, is dan ook totaal uit de lucht gegrepen.

Tot slot is er nog de verwijzing naar MedCOI, informatie die ontoegankelijk is voor verzoekende partij, en dus onverifieerbaar ...

Verder is de specifieke inhoud/context die blijkt uit de door verzoeker gevoegde stukken aan zijn dossier daarbij volledig achterwege gelaten.

In casu gaat het om de aandoening van HIV in Oekraïne. En moet herinnerd worden dat elke vorm van terugkeer een onderbreking van de medische opvolging inhoudt, met erg kwalijke gevolgen voor verzoeker.

Eerder (zie ook supra) heeft verzoeker al gewezen op alarmerende cijfers: slechts 23% van de mensen die behandeling nodig heeft krijgt ook daadwerkelijk medicatie en slechts 10% van de besmette mensen krijgen een geschikte behandeling. Er was al sprake van een (economische) crisis en een falen van de Oekraïense overheid, met gevolgen op medisch vlak. Namelijk een geldtekort vertaald in gebrekkige voorziening van geneesmiddelen, specifiek HIV-medicatie. De negatieve evoluties in Oekraïne komen deze problematiek zeker niet ten goede, integendeel.

Ten aanzien van Oekraïne moet nu inderdaad ook rekening gehouden worden met de actuele gewelddadige context die er heerst, zoals blijkt uit bijgevoegde stukken (stukken 6). De economische crisis is een humanitaire crisis geworden.

Verzoeker zou in geval van gedwongen terugkeer, bovenop zijn huidige medisch zwakke toestand, terecht komen in een oncontroleerbare en onveilige omgeving die zijn situatie ernstig zouden doen verslechteren.

Deze elementen werden niet beoordeeld of in rekening gebracht in de motivering.

Conclusie kan niet anders klinken dan een absoluut inefficiënte gezondheidszorg, algemeen en concreet op het gebied van HIV.

Dat de geciteerde motivering in het medisch advies van de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken op al deze medische elementen van verzoeker MANIFEST geen afdoende antwoord biedt en de aangegeven specifieke problematiek in verzoekers land van herkomst volkomen negeert.

Het medisch advies beperkt zich Russische websites om te bepalen dat een voor verzoeker ongekende medische behandeling beschikbaar zou zijn "in Oekraïne". Aldus zonder te bepalen in welke mate, in welke steden of streken, en zonder in concreto de juiste zorgen en onmiddellijke beschikbaarheid ervan voor verzoeker na te gaan.

Dat het advies, noch de bestreden beslissingen aantonen in hoeverre het medisch dossier van verzoeker in casu effectief onderzocht werd, en de behandeling in verzoekers specifiek geval beschikbaar is en gelijkwaardig kan zijn aan de verzorging die hij hier geniet.

Men kan toch moeilijk aanvaarden dat wanneer verzoeker zijn land verliet omdat hij daar de nodige medicamenten niet kon verkrijgen, een terugleiding in een nog verergerde context voor verzoeker probleemloos zou zijn en geen schending zou kunnen uitmaken van artikel 3 EVRM.

Terwijl de diagnose bij gebrek aan adequate behandeling niet mis te verstaan is: "overlijden van de patiënt". Wat niet betwist wordt.

Minstens diende een individuele motivering op medisch vlak te worden gegeven: dat de aanvraag in kwestie echter niet meer dan algemeen en oppervlakkig blijkt onderzocht te zijn.

In de mate dat de beslissing gebaseerd is op gebrekkige en ongrijpbare inlichtingen, besluit verweerder verkeerdelijk tot weigering van de aanvraag en zonder rekening te houden met de gegevens die expliciet zowel als impliciet voortkomen uit de neergelegde aanvraag en stukken.

Dat de tegenpartij de ingeroepen argumenten en de voorgelegde medische getuigenschappen aangaande verzoekers toestand en de bewijswaarde die eruit voortvloeit niet, zonder haar verplichting tot formele motivering te miskennen, kan verwaarlozen (voy. dans cet esprit, C.E., n°95.840, 28 mai 2001, R.D.E., n°115, p.467).

Er dient besloten te worden dat verwerende partij zich niet baseerde op een concrete en volledige analyse van het geheel van de aangebrachte elementen, en in dat opzicht haar motivatieplicht niet heeft voldaan.

[...] Over de toegankelijkheid:

De arts adviseur stelt hier al zelf het probleem van afwezigheid van ziekteverzekering in Oekraïne en de financiering van de medicatie voorop, met mogelijke kortingen voor "patiënten met sociaal belangrijke en ernstige aandoeningen" (?) en humanitaire hulp voor "armere patiënten" (?).

Verder wijst ze voor de sociale zekerheid naar een ouderdomspensioen voor mannen vanaf 60 jaar, of een deeltijds ouderdomspensioen voor personen die sinds 5 jaar bijdragen; of een sociaal

ouderdomspensioen voor mannen vanaf 63 jaar; of nog een invaliditeitspensioen voor mensen die minimum 2 jaar hebben bijgedragen; en tot slot een sociaal invaliditeitspensioen voor mensen met weinig bezittingen of inkomsten.

Zij baseert zich voor dit alles op bronnen daterend van 2010.

In ieder geval, qua leeftijdscategorie valt verzoeker zeker 'uit de boot'. De andere criteria van bijdragen (gewerkt) of beschikken over weinig bezittingen en inkomsten zijn onduidelijk.

Wat is "weinig", of "arm", of een "sociaal belangrijke en ernstige aandoening"? Verzoeker heeft momenteel geen inkomsten of onderkomen ...

Tot slot stelt zij dat verzoeker enerzijds niet aantoonbaar arbeidsongeschikt te zijn, of geen elementen aanbrengt die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in Oekraïne, en anderzijds "waarschijnlijk" beroep kan doen op vrienden en kennissen voor financiële hulp.

Dus er wordt gesteld dat verzoeker bij zijn aankomst in zijn herkomstland, na een afwezigheid van meer dan 3 jaar, maar onmiddellijk moet beginnen werken, of financiële hulp moet inroepen van vrienden en kennissen, en hij ook de mogelijkheid heeft zich te re-integreren via IOM.

Dit laatste betreft niet meer dan de doelstelling van IOM voor personen die vrijwillig terugkeren naar hun land van herkomst. Zonder enige specifieke lijn over Oekraïne of verzoeker zelf.

Verzoeker, die zoals gezegd zijn behandeling absoluut niet mag onderbreken, ziet dan ook niet hoe hij gediend zou zijn met beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen door middel van tewerkstellingsbureaus, enzovoort.

Hij zal zeker en vast tijd nodig hebben om er zich te herinstalleren. Onmiddellijk werk vinden (of zelfs op termijn, infra) is evident uitgesloten. Financiële hulp krijgen van mensen die hij 3 jaar niet gezien heeft is evenmin een zekerheid. Hoeveel financiële hulp noodzakelijk is, is ook niet duidelijk. Dat verweerster dit onderzoek niettemin afrondt zonder een voldoende berekening of een individuele analyse.

Temeer verzoeker niet zomaar kampt meteen fysieke aandoening, met onontbeerlijke aanhoudende medicamenteuze behandeling, ZONDER stopzetting, onderbreking of zelfs verandering. En met mogelijk risico op overlijden bij verkeerde beoordeling.

Daarbij moet ook rekening gehouden worden met de verwerping en stigmatisering van deze medische problematiek in een land als Oekraïne.

Daarnaast is het wel heel simpel voorop te stellen dat verzoeker niet arbeidsongeschikt is en gewoon kan gaan werken. Hij is sinds begin 2012 weggeweest. En zijn arts onderlijnde keer op keer zijn lage immuniteit.

Nogmaals, het gaat hier om HIV met aan de ene kant de symptomen en gevolgen op vlak van immunologie (ook zwak, gevoeligheid aan anderen, vermoeidheid), maar evenzeer de gekende risico's van besmetting.

Daaruit volgend de sociale uitsluiting en discriminatie, meer bepaald op het werkgebied.

Zo gaf verzoeker inderdaad al uitgebreid aan:

- In de « meeste gevallen » zijn medicijnen beschikbaar maar patiënten moeten ze zelf kopen;
- De medicamenten zijn extreem duur in vergelijking met het levensniveau van Oekraïners, namelijk gemiddeld maandelijks salaris 60 \$ en de onmogelijkheid om zich met dit bedrag te verzorgen tegen aids. (Country Fact Sheet Ukraine 2012 en Ukraine Health system review 2010);
- Hiv-stigma onder kerken, ambtenaren en zelfs doktoren, met weigering van verdere medische hulp of begeleiding tot gevolg. Ambulances weigeren soms mensen met hiv/aids te vervoeren;
- Mensen met hiv/aids worden uit de familie verbannen en raken sociaal geïsoleerd;
- Ook op het werkgebied krijgen zij logisch gezien te maken met uitsluiting en discriminatie, in een land dat al gekenmerkt is door armoede en werkloosheid;
- Ze worden zelfs ontslagen en uit hun huis gejaagd (Artsen Zonder Grenzen 2007);
- Slechts een derde van het getal geschat op 350 000 HIV-patiënten heeft toegang tot de anti-aids behandelingen;
- onderbreking van medicatie voor aids en falen van het Ministerie van Gezondheid;
- ...

Verzoeker heeft in Oekraïne geen familie meer, maar geniet hier in België dus wel steun en hulp, en krijgt een huisvesting ter beschikking via vrienden. Allemaal elementen die afwezig zijn ten aanzien van Oekraïne.

Over de afwezigheid van familie stelt de arts-adviseur nog dat hier geen bewijzen van voorliggen. Men kan verzoeker toch niet verwijten niet te kunnen bewijzen wat er niet is (zgn. negatief bewijs).

In feite beperkte het advies aan de basis van de weigeringsbeslissing zich tot niets anders dan veronderstellingen en vermoedens ... Temeer daar verzoeker zelf elementen aanbracht (daterend van NA 2010) die het tegendeel aantonen, zowel voor de beschikbaarheid van de medicatie als de effectieve toegang (zij het op vlak van sociale zekerheid, arbeidsgeschiktheid of financiële hulp). En ook

nu dergelijke elementen toevoegt, die de aanhoudende problematiek anno 2014-15 alleen maar bevestigen (stukken 7).

De problemen, vooral in toegang, zijn duidelijk en ontegensprekelijk.

Dat de ambtenaar-geneesheer dus alweer GEENSZINS met deze aangegeven elementen heeft rekening gehouden en dan ook geen ernstig onderzoek van de specifieke ziekte en gevolgen ervan voor verzoeker naar voor kan schuiven.

De toegankelijkheid van medische verzorging voor verzoeker, waarop de betreffende rechtshandelingen gebaseerd zijn, zijn dus al betwistbaar en betwifelbaar.

De bovenstaande wetsbepalingen veronderstellen nochtans dat elke administratieve rechtshandeling steunt op correcte, pertinente en wettelijke feiten en rechtsmotieven, ongeacht de discretionnaire appreciatiebevoegdheid waarover het bestuur beschikt.

Dat moet vastgesteld worden dat het onderzoek naar de beschikbaarheid van de zorgen al uiterst abstract bleek.

Dat de ambtenaar-geneesheer vervolgens overging tot analyse van de toegankelijkheid van de medische zorgen, maar opnieuw geen rekening hield met alle aangaande pertinente gegevens.

Dat moet opgemerkt worden dat hij zich niet positioneert ten aanzien van de concrete mogelijkheid voor verzoeker om deze zorgen te kunnen ontvangen, zijnde in de eerste plaats dus zijn effectieve en directe mogelijkheid te werken, zijn financiële middelen, de afstand, de onmogelijkheid tot het ondernemen van een terugreis, het transport, ed.

Dat bij gebrek aan een overzicht of budgettering het nochtans onmogelijk is om te bepalen of zorgen werkelijk financieel toegankelijk zijn.

Terwijl artikel 9ter vooropstelt dat het aan de ambtenaar-geneesheer toekomt een advies te verstrekken over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen voor de betrokken persoon in zijn/haar land van herkomst. Echter in casu, ter herhaling, het advies zich beperkt tot een uiteenzetting van de sanitaire situatie in Oekraïne zonder het geheel van de gekende elementen van verzoekers eigen situatie daarin te schetsen.

Dat verwerende partij, redelijkerwijze, op basis van een dergelijke gebrekkige analyse niet kan beslissen dat verzoeker effectief toegang zal kunnen krijgen tot de nodige verzorging.

Zo stelde de RVV in een arrest nr. 114.796 van 29 november 2013 (ook betreffende een man met HIV, afkomstig van Guinee):

« Il ressort du dossier administratif et plus particulièrement du document intitulé « Cadre Stratégique National 2008-2012 », se fondant sur le site Internet http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/iiep_guinee_cadre_strategique_2008_2012.pdf que, comme cela est prétendu à juste titre par la partie requérante, ce document contient une liste d'objectifs à atteindre dont il n'est nullement certain qu'ils ont été accomplis, ce document précisant notamment : « Objectifs et résultats attendus de la mise en œuvre du CSN : les objectifs stratégiques de lutte contre le VIH et les IST sont : i) réduire la transmission du VIH et les IST ; ii) renforcer la prise en charge médicale, le soutien et l'appui aux personnes infectées et affectées ; iii) renforcer les capacités nationales dans le leadership, la gouvernance et la coordination en matière de lutte contre le VIH et iv) renforcer le système de suivi évaluation (sic.). A l'horizon 2012, sont attendus de la mise en œuvre de ce CS, les résultats suivants : la prévalence du VIH est réduite dans la population générale et dans les groupes cibles spécifiques ; la santé et la qualité des vies PVVIH sont améliorées ; la mortalité liée au VIH est réduite ; les conditions de vie des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques sont améliorées ; les conditions favorables existent pour assurer une pérennisation des acquis notamment en matière de stabilisation voir (sic.) de réduction de la prévalence ». Dès lors, force est de constater que les constats du médecin conseil de la partie défenderesse fondés sur ce document ne peuvent nullement suffire à motiver la première décision querellée en matière d'accessibilité aux soins.

Par ailleurs, le Conseil constate également, à la lecture du dossier administratif, que les informations issues du site internet « Social Security Online », auxquelles fait référence le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, mentionnent que le régime de sécurité sociale guinéen offre une protection contre les risques de maladies « aux personnes salariées, y compris les salariés agricoles ainsi que les employés de maison » (traduction libre de l'anglais) et permet aux « personnes assurées précédemment pendant au moins 6 mois consécutifs » (traduction libre de l'anglais) d'adhérer audit régime. En outre, s'agissant des « conditions d'admissibilité » (traduction libre de l'anglais), il est précisé que pour pouvoir bénéficier des « prestations maladies en espèces ainsi que des avantages médicaux » (traduction libre de l'anglais), la personne assurée doit avoir travaillé au moins 3 mois dont 18 jours ou 120 heures par mois.

Il appert de ces informations que les prestations en nature ne sont dispensées qu'aux personnes répondant à certains critères de prestations de travail. Or, le Conseil relève, à l'instar de la partie requérante, que le requérant est sur le territoire belge depuis 2009, en sorte qu'il ne peut d'emblée, dès son retour sur le territoire guinéen, bénéficier des prestations offertes par le régime de sécurité sociale

guinéen, telles que décrites dans les documents figurant au dossier administratif et auxquels s'est référé la partie défenderesse, à la suite de son médecin conseil, pour conclure à l'accessibilité des soins. Partant, il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse ne se prononce à aucun moment et d'aucune manière sur la question de savoir si les possibilités de traitement indiquées dans sa décision sont « suffisamment accessibles » au requérant, ou, en d'autres termes, si, compte tenu de sa situation individuelle, ce dernier aura un accès suffisant aux soins médicaux dispensés par le système de santé guinéen. La circonstance que le requérant est toujours en âge de travailler et a déjà travaillé en Guinée auparavant ne peut suffire à considérer que le traitement nécessaire à sa pathologie lui est effectivement accessible, dans la mesure où ce motif, relatif à sa capacité à trouver un nouveau travail en cas de retour en Guinée, s'apparente à une pétition de principe. En conséquence, force est de constater que la première décision attaquée n'est pas suffisamment et valablement motivée à cet égard. »

Ook hier werd beroep gedaan op toekomstige projecten en een 'illusie' van werk om de terugkeer te rechtvaardigen, en werd dit advies onvoldoende bevonden.

Dat in casu op vergelijkbare wijze dus noch de expert noch de Dienst Vreemdelingenzaken een antwoord formuleert op de elementen van verzoekende partij. De bestreden motivering gaande van het negeren van falende beloftes van een regering tot een uit de lucht gegrepen onmiddellijk en beschikbaar budget voor verzoeker om in zijn levensnoodzakelijke verzorging te kunnen voorzien.

En zich aldus enkel beperken tot abstracte opzoekingen en niet daarbuiten de mogelijkheid nagaan of verzoeker werkelijk de nodige/juiste medicatie en opvolging kan bekomen, praktisch en financieel gezien, in de streek waar hij vandaan komt en rekening gehouden met de actuele economische en humanitaire context aldaar.

Dat hieruit een gebrek aan zorgvuldigheid blijkt in hoofde van verweerster.

[...]

[...] Ter conclusie, dat inderdaad de artikelen 62 van de wet van 15 december 1980 en 2 van de wet van 29 juli 1991, hernomen in de middelen, bepalen dat het onontbeerlijk is dat de redenering die leidt tot de beslissing expliciet wordt weergegeven in de rechtshandeling (C.E, 13 octobre 2000 , n° 90.216 et Doc Parl., Sénat, n°215-1).

In huidig geval is daar niets van aan.

Dat inderdaad de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken zich niet kan beperken tot het verklaren dat de ziekte wel een risico uitmaakt voor het leven van betrokkene tenzij mogelijkheid tot ononderbroken behandeling, zonder vervolgens over te gaan tot een effectieve analyse van de mogelijkheid tot adequate behandeling in het land van herkomst.

Dat verzoeker het recht heeft een gedetailleerd medisch advies te ontvangen dat de voorafgaande medische adviezen tegensprekt en alle relevante elementen in aanmerking neemt, en dat anders een enorme en arbitraire macht zou toekomen aan de geneesheer van de Dienst Vreemdelingenzaken.

[...]

Dat de gegeven motivering van de tegenpartij stereotiep is en kan toegepast worden op elke aanvraag (aandoening in Oekraïne) zonder bijkomende medische rechtvaardiging, die echter wel noodzakelijk is in deze materie.

Dat een dergelijke motivering niet overeenstemt met de vereiste precisering en doelen van de wet van 29 juli 1991 aangaande het begrijpen van de beslissing en de motieven ervoor.

Dat zij dus niet adequaat is en niet antwoordt op de opgeworpen elementen door verzoeker in het kader van zijn aanvraag tot machtiging van verblijf.

Dat het noodzakelijk was, gelet op de plicht tot voorzichtigheid van elke administratie, en plicht tot zorgvuldigheid en behoorlijk bestuur, erop toe te zien het geheel van de medische informatie in aanmerking te nemen alvorens een beslissing te nemen.

Dat deze medische gegevens maar konden verzameld worden door een ernstige analyse van het medisch dossier en indien nodig een consultatie van Mijnheer KRASNY.

Dat echter de motivering, zowel door het medisch rapport als door de beslissing zelf, aantoonde dat geen voldoende of concrete medische analyse plaatsvond.

Dat de geformuleerde argumenten ten aanzien van de motivering van de tegenpartij aantonen dat geen enkele voldoende analyse, gebaseerd op effectieve en nagekeken medische elementen, is gebeurd.

De wettelijke bepalingen uiteengezet in het enig middel leggen een correcte, formele, duidelijke, precieze, geldige en voldoende motivering op.

Dat de tegenpartij hierbij haar motiveringsplicht schendt.

Dat het geheel van de aangegeven gebreken, aan een effectieve medische analyse, aan een concrete medische motivering, slechts een standaard en stereotiepe motivering, dus een schending uitmaakt van artikel 62 van de wet van 15 december 1980 en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en de motivering in feite niet voor waar kan worden weerhouden omwille van de erge en herhaalde gebreken.

Dat een dergelijke gebrekkige motivering eveneens een schending uitmaakt van de zorgvuldigheidsplicht waartoe elk behoorlijk bestuur gehouden is doordat de vraag naar de beschikbaarheid/toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling niet beantwoord werd.

Dat deze motivering dus ook een schending uitmaakt van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 aangezien de afwezigheid van medische vaststelling niet toelaat het bestaan van een pathologie te bepalen die overeenkomt met de vereisten van de eerste paragraaf van artikel 9ter.

[...]

De gevolgbeslissing, het bevel om het grondgebied te verlaten in de vorm van de bijlage 13, dan ook eveneens vernietigd dient te worden om dezelfde reden en verder in geval van annulatie van de eerste beslissing tevens haar basis verdwijnt."

2.2. Verweerder repliceert in de nota met opmerkingen in dit verband als volgt:

"[...] De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat de ambtenaar-geneesheer d.d. 27 april 2015 een advies opstelde dat onder meer luidt als volgt:

[...]

Uit het advies blijkt dat de medische aandoening van verzoeker, HIV en chronische hepatitis B, weerhouden werden door de ambtenaar-geneesheer en dat onderzocht werd of de medicatie en opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst.

Waar verzoeker de ambtenaar-geneesheer verwijt niet de juiste behandeling en medicatie te hebben onderzocht, kan hij niet gevolg worden. De ambtenaar-geneesheer stelde vast dat verzoeker Stocrin, Truvada en vitamines diende te nemen. Hij stelde dan ook vast dat efavirenz beschikbaar is in Oekraïne. Uit een eenvoudige opzoeking blijkt dat Stocrin een geneesmiddel is dat de werkzame stof efavirenz bevat (zie www.ema.europa.eu/docs/nl_NL/...for.../WC500058947.pdf). Uit een andere eenvoudige opzoeking blijkt dat de werkzame stoffen in Truvada emtricitabine en tenofovir zijn. (www.apotheek.nl/producten/truvada). De ambtenaar-geneesheer heeft dus wel degelijk een correct onderzoek uitgeoefend. Ook met betrekking tot de opvolging heeft de ambtenaar-geneesheer een onderzoek gedaan, waaruit gebleken is dat de opvolging door een huisarts, internist, HIV-specialist, gastro-enteroloog en of een hepatoloog beschikbaar is in Oekraïne. Verzoeker toont niet aan dat dit geen afdoende onderzoek zou betreffen.

Verzoeker gaat met zijn kritiek, dat de websites vermeld in het advies enkel in het Russisch te raadplegen zijn voorbij aan de vertalingen die ervan werden gevoegd in het administratief dossier.

Waar hij de verwerende partij verwijt te verwijzen naar rapporten van 2010 m.b.t. de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging in het land van herkomst, dient te worden opgemerkt dat verzoeker alleszins geen andere rapporten aanbrengt die erop wijzen dat de ambtenaar-geneesheer zich gebaseerd heeft op incorrecte informatie.

Daar verzoeker niet heeft aangetoond arbeidsongeschikt te zijn door middel van een bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid, is het geenszins kennelijk onredelijk van de verwerende partij om te stellen dat er geen gegevens voorhanden zijn die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt. Daar de bewijslast op verzoeker rust, dient in casu te worden vastgesteld dat hij niet aannemelijk maakt dat hij in zijn herkomstland, waar hij maar liefst 36 jaar verbleef, geen familie vrienden of kennissen meer zou hebben, waar hij terecht zou kunnen voor tijdelijke steun en opvang.

Verzoeker toont niet aan dat zijn situatie identiek is aan de situatie die werd behandeld door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen m.b.t. een man met HIV afkomstig van Guinée. Bovendien dienen de medicatie en behandeling niet 100% beschikbaar en toegankelijk te zijn opdat artikel 3 EVRM niet zou geschonden worden.

In het advies van de ambtenaar-geneesheer werd er daarenboven terecht op gewezen dat het geenszins vereist is dat het kwaliteitsniveau van de zorgen in Zimbabwe vergelijkbaar moet zijn met het systeem dat in België bestaat. Het tegendeel wordt door verzoeker niet aangetoond. Het arrest nr. 10486/10 d.d. 20 december 2011 'YOH-EKALE MWANJE t/België' van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens handelde over een seropositieve vrouw, waarbij de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in Kameroen dienden te worden beoordeeld. Het Hof stelde dat uit het dossier kon worden afgeleid dat de voor verzoekster nodige medicamenten in Kameroen beschikbaar zijn, doch dat hun toegankelijkheid slechts bepaald werd op 1.89% van de patiënten die ze nodig hebben. Desalniettemin, op basis van deze vaststellingen, concludeerde het Hof dat dergelijke omstandigheden niet volstaan om tot een schending van artikel 3 EVRM te besluiten. Het Hof stelde verder dat verzoekster niet in een kritische situatie verkeert en in staat is om te reizen.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen oordeelde d.d. 16 december 2013, bij arrest nr. 115.720 onder meer wat volgt:

"In zoverre verzoekers met hun verwijzing naar een mogelijke kost van de medicatie trachten aan te tonen dat de beslissing in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM, herhaalt de Raad dat het EHRM

inzake medische dossiers een zeer hoge lat hanteert alvorens tot een schending van artikel 3 van het EVRM te besluiten. Uit de voormeld geciteerde rechtspraak van het EHRM blijkt dat het feit dat de medicatie moeilijk kan verkregen worden of slechts tegen betaling door de betrokkene niet automatisch leidt tot een schending van artikel 3 van het EVRM (EHRM 27 mei 2008, N. t. het Verenigd Koninkrijk, nr. 26565/05)."
[...]."

2.3.1. Het staat niet ter discussie dat de bestreden beslissingen onder het toepassingsgebied vallen van de wet van 29 juli 1991, zodat niet kan worden ingezien op welke wijze deze beslissingen het artikel 1 van deze wet schenden.

De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 voorzien dat de beslissingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd, dat de motivering de juridische en de feitelijke overwegingen dient te vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat deze motivering afdoende moet zijn. Artikel 62 van de Vreemdelingenwet bepaalt dat de administratieve beslissingen met redenen worden omkleed.

Deze uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid deze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Het begrip "*afdoende*", zoals vervat in artikel 3 van de wet van 29 juli 1991, impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

De Raad stelt vast dat de bestreden beslissingen duidelijk de determinerende motieven aangeven op basis waarvan deze zijn genomen. Zo wordt in de eerste bestreden beslissing duidelijk aangegeven dat deze beslissing is genomen op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en omdat uit het voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling voorhanden is in het land van herkomst of gewoonlijk verblijf. Ter ondersteuning hiervan wordt verwezen naar een medisch advies dat een arts-adviseur op 27 april 2015 opstelde met betrekking tot de door verzoeker ingeroepen ziekte-toestand en waarin een verdere toelichting in dit verband wordt verstrekt. Het gestelde in dit advies kan, zoals reeds werd opgemerkt, worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de eerste bestreden beslissing. In dit medisch advies geeft de arts-adviseur een overzicht van de voorgelegde medische stukken en vat deze de actuele gezondheidstoestand samen. Hij weerhoudt HIV en chronische hepatitis B, waarvoor een antiretrovirale therapie en een multidisciplinaire follow-up zijn vereist. Hij stelt vervolgens vast dat deze medische aandoeningen verzoeker niet verhinderen te reizen en hij strikt medisch gezien geen mantelzorg behoeft. Hij erkent vervolgens dat de ingeroepen gezondheidsproblematiek onbehandeld een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van verzoeker, doch oordeelt dat een adequate behandeling voor de aandoeningen beschikbaar en toegankelijk is voor verzoeker in Oekraïne. Hij zet vervolgens op omstandige wijze uiteen, met verwijzing naar de in dit verband geconsulteerde bronnen, om welke redenen hij van oordeel is dat een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is voor verzoeker in Oekraïne. Op deze gronden besluit hij dat de ingeroepen medische problematiek noch een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer geen adequate behandeling voorhanden is in het land van herkomst inhoudt en er vanuit medisch oogpunt geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar het herkomstland Oekraïne. Het bevel om het grondgebied te verlaten wordt verder afgegeven op grond van artikel 7, eerste lid, 2° van de Vreemdelingenwet en omdat verzoeker – die vrijgesteld is van de visumplicht – langer in het Rijk verblijft dan de maximale termijn van 90 dagen op een periode van 180 dagen zoals voorzien in artikel 20 van de Uitvoeringsovereenkomst van Schengen of er niet in slaagt het bewijs te leveren dat deze termijn niet overschreden werd. Verweerder verduidelijkt dat verzoeker was toegelaten tot een verblijf tot 4 juni 2012 en het toegestane verblijf aldus ruimschoots is overschreden.

Verzoeker maakt niet aannemelijk dat deze motiveringen niet afdoende zouden zijn en hem niet zouden toelaten de bedoelde nuttigheidsafweging te maken. Gelet op deze motiveringen kan verzoeker ook bezwaarlijk stellen dat de voorziene motiveringen onduidelijk of stereotiep zouden zijn, aangezien hierin concreet wordt ingegaan op zijn situatie. Verzoeker kan, gelet op het advies van de arts-adviseur, ook geenszins worden gevolgd waar hij aangeeft dat geen gemotiveerde appreciatie wordt gegeven '*vanuit medisch oogpunt*'. Ten overvloede dient bovendien te worden geduïd dat zelfs indien een beslissing is

gemotiveerd met algemene overwegingen of zelfs een voorbeeld zouden zijn van een stereotiepe, geijkte en gestandaardiseerde motivering, dit loutere feit op zich alleen nog niet betekent dat de bestreden beslissing niet naar behoren is gemotiveerd (RvS 27 oktober 2006, nr. 164.171; RvS 27 juni 2007, nr. 172.821). De Raad merkt op dat verzoeker met zijn verdere betoog in wezen aangeeft niet akkoord te kunnen gaan met de motieven van het advies van de arts-adviseur en/of de eerste bestreden beslissing. Dit betoog, waarbij wordt aangevoerd dat de analyse niet voldoende concreet en volledig is gebeurd, wordt behandeld in het licht van de materiële motiveringsplicht en het ingeroepen zorgvuldigheidsbeginsel.

De motiveringen van de bestreden beslissingen zijn pertinent en draagkrachtig en stellen verzoeker in staat te begrijpen op welke juridische en feitelijke gegevens de door hem bestreden beslissingen zijn gegrond, derwijze dat het doel van de formele motiveringsplicht is bereikt (RvS 26 maart 2002, nr. 105.103).

Een schending van de uitdrukkelijke motiveringsplicht vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt niet aangetoond.

2.3.2. De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen is bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht 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 (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624; RvS 28 oktober 2002, nr. 111.954).

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid verder de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet – bepaling die aan de eerste bestreden beslissing ten grondslag ligt – luidt als volgt:

“De 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, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.”

Het vijfde lid van deze bepaling voorziet:

“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.”

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. 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 EVRM omvatten (cf. RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633 en RvS 29 januari 2014, nr. 226.651) en de zogenaamde hoge drempel bepaald door de rechtspraak van het 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 bij wie 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 (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

De Raad benadrukt in dit verband dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de arts-adviseur behoren en het de Raad niet toekomt de beoordeling van de arts-adviseur te betwisten (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)). De Raad kan slechts nagaan of de bevindingen van de arts-adviseur niet gebaseerd zijn op een gebrekkige of onjuiste feitenvinding en of geen incorrecte toepassing werd gemaakt van de toepasselijke wettelijke of reglementaire bepalingen.

De Raad stelt vast dat de arts-adviseur in casu rekening heeft gehouden met de verschillende door verzoeker voorgelegde medische stukken. Verzoekers maakt alleszins niet aannemelijk dat bepaalde medische stukken ten onrechte niet bij de beoordeling zouden zijn betrokken.

Verzoeker betwist verder als dusdanig niet dat zijn gezondheidstoestand hem niet verhindert te reizen en dat hij medisch gezien geen mantelzorg behoeft. Hij toont niet aan dat de arts-adviseur op basis van de voorliggende medische stukken ten onrechte geen acute levensbedreiging of geen imminent gevaar voor de fysieke integriteit weerhield.

De arts-adviseur erkent verder dat de medische problematiek van verzoeker een voldoende ernst heeft om onder het toepassingsgebied van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet te kunnen vallen, in de zin dat deze onbehandeld een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit kan inhouden. Hij oordeelt evenwel dat een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is voor verzoeker in zijn land van herkomst, waardoor geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling zoals bedoeld in de tweede component van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet blijkt. Verzoeker geeft aan met deze laatste beoordeling niet akkoord te kunnen gaan en stelt dat in dit verband geen voldoende onderzoek werd verricht.

In het kader van zijn onderzoek naar de beschikbaarheid van de vereiste medische zorgen in het land van herkomst weerhoudt de arts-adviseur allereerst een medicamenteuze behandeling bestaande uit Stocrin (farmaceutische stop efavirenz), Truvada (farmaceutische stof emtricitabine en tenofovir) en vitaminen, de noodzaak van labo-analyses en behandeling en opvolging door een huisarts, een internist, een HIV-specialist, een gastro-enteroloog en/of een hepatoloog. Onder verwijzing naar informatie afkomstig van de MedCOI-databank – een databank tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst die wordt gefinancierd door de European Refugee Fund en waarin informatie wordt verzameld over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst, afkomstig van International SOS, Allianz Global Assistance en lokaal gecontacteerde artsen – en verschillende websites, besluit de arts-adviseur vervolgens dat de vereiste medische behandeling en opvolging beschikbaar zijn in Oekraïne.

Verzoeker stelt op dit punt allereerst dat er sprake is van een gebrek aan overeenkomst tussen de nodige en voorgestelde medicatie, waar hij *“Stocrin, Truvada en vitaminen”* behoeft en de arts-adviseur spreekt over een beschikbare behandeling met *“efavirenz, amtricitabine + tenofovir en vitaminen”*. De arts-adviseur geeft in zijn advies evenwel op duidelijke wijze aan dat deze laatste benamingen de farmaceutische stoffen zijn van de door verzoeker thans genomen medicatie. Verzoeker kan aldus niet worden gevolgd dat er geen overeenkomst zou zijn tussen de medicatie die hij neemt en de vaststelling door de arts-adviseur dat een medicamenteuze behandeling met *“efavirenz, amtricitabine + tenofovir”* beschikbaar is in Oekraïne. Er blijkt niet dat generische medicatie met voormelde farmaceutische stoffen of medicatie met een andere merknaam maar met dezelfde farmaceutische stoffen niet zijn te beschouwen als een adequate medicatie voor verzoeker.

Verzoeker betoogt vervolgens dat de informatie afkomstig van de MedCOI-databank voor hem niet toegankelijk, en dus niet verifieerbaar, is. Het gegeven dat de informatie van deze databank – zoals wordt aangegeven in het advies – niet publiek beschikbaar wordt gesteld, betekent evenwel nog niet dat deze informatie voor verzoeker niet toegankelijk en verifieerbaar is. De Raad stelt vast dat deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van verzoeker. Verzoeker beschikte over de mogelijkheid tot inzage in die informatie in het administratief dossier.

Verzoeker wijst verder op het door hem in zijn verblijfsaanvraag aangevoerde dat slechts 23 % van de mensen die behandeling behoeft ook daadwerkelijk medicatie krijgt en slechts 10 % van de besmette mensen een geschikte behandeling krijgt. Hierbij werd ook gewezen op de economische crisis waarmee Oekraïne kampt en een falen van de overheid, waardoor er sprake is van een gebrekkige voorziening van HIV-medicatie en regelmatige tekorten. Hij betoogt dat deze elementen niet werden beoordeeld en niet of minstens niet voldoende in rekening werden gebracht. Verzoeker benadrukt in dit verband ook het gegeven dat hij zijn land van herkomst net verliet omdat hij aldaar de vereiste medicatie niet kon verkrijgen.

De Raad stelt vast dat verzoeker in zijn aanvraag inderdaad wees op een gebrekkige voorziening van de vereiste HIV-medicatie, die volgens hem een adequate behandeling van zijn aandoening in het land van herkomst in de weg staat. In dit verband merkt de Raad op dat de door verzoeker in het kader van zijn aanvraag aangehaalde informatie ofwel handelt over de periode 2010-2012 ofwel geen duidelijke tijdsaanduiding geeft. Hierin wordt aangegeven dat de overheid in beginsel wel de nodige middelen heeft of ter beschikking krijgt gesteld van internationale organisaties voor iedereen die antiretrovirale middelen behoeft, doch deze middelen niet optimaal worden ingezet onder meer ook als gevolg van corruptie. Ook legde hij een stuk voor dat in april 2013 de fondsen voor behandeling van aids nog niet waren gestort.

Uit het medisch advies van de arts-adviseur en het administratief dossier blijkt dat de arts-adviseur zich, wat de beschikbaarheid van de vereiste antiretrovirale medicatie betreft, hoofdzakelijk heeft gesteund op informatie afkomstig van plaatselijke artsen in Oekraïne die dateert van de periode januari – maart 2015. In dit verband blijkt ook dat in het kader van het MedCOI-project de specifieke situatie van verzoeker werd voorgelegd aan een lokale arts met de vraag of de medische behandeling en opvolging die hij behoeft beschikbaar is in Oekraïne. De arts-adviseur heeft aldus een onderzoek gevoerd in het licht van de actuele situatie én toegespitst op de concrete medische noden van verzoeker. De gehanteerde bronnen leren dat in voormelde periode de vereiste medicatie beschikbaar was. Niettemin wordt hierbij in een van de bronnen verduidelijkt als volgt: *“In general; sometimes supply problems exist but currently not”* (vrije vertaling: *“In het algemeen; soms bestaan er aanvoerproblemen, maar momenteel niet”*).

De Raad benadrukt dat verzoeker in zijn aanvraag specifiek heeft gewezen op het probleem van een gebrekkige voorziening van de door hem benodigde antiretrovirale middelen in Oekraïne. Hij gaf onder meer aan dat gelet op dit probleem een adequate behandeling in zijn herkomstland niet mogelijk is. Hij duidde zo ook dat hij reeds een behandeling met antiretrovirale medicatie opstartte in 2010 in Oekraïne, doch hij net omwille van het feit dat deze medicatie soms maandenlang niet kon worden verkregen zijn land van herkomst heeft verlaten. De Raad stelt vast dat de arts-adviseur in zijn advies op zich nergens ingaat op deze door verzoeker ingeroepen gebrekkige voorziening van de noodzakelijke HIV-medicatie. Nu het door verzoeker in dit verband aangevoerde een bevestiging lijkt te vinden in de door de arts-adviseur gehanteerde bronnen – met name nu hierin ook melding wordt gemaakt van aanvoerproblemen – kon van deze laatste evenwel worden verwacht dat deze nader zou onderzoeken in welke mate er sprake is van terugkerende aanvoerproblemen en of deze van een zodanige aard zijn dat deze een adequate behandeling in de weg staan. Niettegenstaande de Raad vaststelt dat de arts-adviseur een actueel en concreet onderzoek heeft gevoerd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de vereiste medische zorgen in het land van herkomst, dringt de vaststelling zich op dat op dit relevant punt de arts-adviseur bij het opstellen van zijn advies alsnog niet de vereiste zorgvuldigheid aan de dag heeft gelegd.

Het verweer zoals dit naar voor wordt gebracht in de nota met opmerkingen doet aan het voorgaande geen afbreuk.

Aangezien de eerste bestreden beslissing, zoals reeds gesteld, volledig is opgehangen aan het advies van de arts-adviseur, is zij met dezelfde onwettigheid behept.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt derhalve aangetoond.

2.3.3. Het middel is in de aangegeven mate gegrond en leidt tot de nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing.

2.3.4. Aangaande de tweede bestreden beslissing, het bevel om het grondgebied te verlaten, wijst de Raad erop dat verzoeker door de vernietiging van de beslissing waarbij zijn aanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard, terugvalt op de ontvankelijkheids-

beslissing van 8 oktober 2012 waardoor hij recht heeft op een attest van immatriculatie. In dit verband wordt gewezen op artikel 7 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de Vreemdelingenwet. Bijgevolg kan verzoeker niet het voorwerp uitmaken van een bevel om het grondgebied te verlaten. Derhalve is het passend het thans bestreden bevel om het grondgebied te verlaten mede uit het rechtsverkeer te halen en te vernietigen.

3. Korte debatten

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

4. Kosten

Verzoeker werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat geen standpunt dient te worden ingenomen inzake de kosten van het geding.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissingen van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 5 mei 2015 waarbij een 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 wordt verklaard en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twaalf januari tweeduizend zestien door:

mevr. I. CORNELIS,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. T. LEYSEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

I. CORNELIS