



Arrest

nr. 162 924 van 26 februari 2016
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Ghanese nationaliteit te zijn, op 24 oktober 2013 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van 18 juli 2013 van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met 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 ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van 18 juli 2013 tot 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 beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 29 oktober 2013 met refertenummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 21 december 2015, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 27 januari 2016.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. VAN DEN BROECK, die *loco* advocaat F. VAN DER SCHUEREN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat C. MUSSEN, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 4 mei 2006 dient verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van (oud) artikel 9, derde lid van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). Op 30 mei

2006 neemt de gemachtigde van de minister van Binnenlandse Zaken de beslissing waarbij de aanvraag zonder voorwerp wordt verklaard.

Op 20 september 2006 dient verzoeker wederom een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9, derde lid van de vreemdelingenwet die op 7 juni 2007 onontvankelijk wordt verklaard.

Op 18 juni 2007 beslist de gemachtigde van de minister van Binnenlandse Zaken tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten met beslissing tot terugleiding naar de grens en beslissing tot vrijheidsberoving te dien einde. Verzoeker wordt vrijgesteld.

Op 6 september 2007 dient verzoeker opnieuw een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9bis van de vreemdelingenwet die niet in overweging wordt genomen omdat hij niet verblijft op het opgegeven adres.

Op 29 april 2008 dient verzoeker wederom een aanvraag om machtiging tot verblijf in met toepassing van artikel 9bis van de vreemdelingenwet die op 5 september 2008 door de gemachtigde van de Minister van Migratie en Asielbeleid onontvankelijk wordt verklaard. Op dezelfde dag neemt de gemachtigde de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten met beslissing tot terugleiding naar de grens en beslissing tot vrijheidsberoving te dien einde. Verzoeker wordt vrijgesteld.

Op 30 maart 2009 dient verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9bis van de vreemdelingenwet. Op 26 augustus 2009 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Migratie- en asielbeleid de beslissing waarbij de aanvraag onontvankelijk wordt verklaard.

Op 30 december 2009 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Migratie- en asielbeleid de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Tegen deze beslissing dient verzoeker een annulatieberoep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen die bij arrest nr. 38 704 van 15 februari 2010 het beroep verwerpt.

Op 15 december 2009 dient verzoeker wederom een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9bis van de vreemdelingenwet. Op 29 april 2011 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Migratie- en asielbeleid de beslissing waarbij de aanvraag onontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

Op 14 juni 2010 dient verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Deze aanvraag is op 7 december 2010 onontvankelijk verklaard. Op 18 juli 2013 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding de beslissing waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard, aan verzoeker ter kennis gebracht op 24 september 2013. Dit is de eerste bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 14.06.2010 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*O., C. (R.R.: ...)
nationaliteit: Ghana
geboren te Accra op (...)1968
adres: (...)*

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten onontvankelijk werd verklaard op 29.11.2010, 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.

Er worden medische elementen aangehaald voor O., C.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 17.07.2013 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

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)."

Op 18 juli 2013 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris tevens de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, aan verzoeker ter kennis gebracht op 24 september 2013. Dit is de tweede bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

"In uitvoering van de beslissing van PF, attaché, gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, wordt aan de genaamde:

O., C. geboren te Accra op (...)1968, nationaliteit Ghana

Het bevel gegeven, om ten laatste binnen 30 dagen na de kennisgeving, het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de volgende Staten:

Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Spanje, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, IJsland, Italië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Nederland, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Zweden, Zwitserland en Tsjechië¹, tenzij hij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven².

Krachtens artikel 7, eerste lid van de wet van 15 december 1980:

☐ *1° hij in het Rijk verblijft zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: betrokkene is niet in het bezit van een geldig paspoort en/of visum."*

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In het enige middel voert verzoeker de schending aan van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van de redelijke termijn en van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming voor 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).

Ter adstruering van het middel zet verzoeker het volgende uiteen:

"1. Wat betreft de behandelingsduur van de aanvraag 9^{ter}: schending van de redelijke termijn

De aanvraag 9^{ter} van verzoeker werd ingediend op 14.06.2010.

Dat verzoeker pas op 1 8.07.2013 de beslissing ontvangt dat de aanvraag ongegrond is en hij het land dient te verlaten.

Dat verwerende partij drie jaar heeft gewacht vooraleer een beslissing te nemen.

Dat de redelijke termijn ongetwijfeld geschonden is.

Zeker in zaken zoals deze dewelke betrekking heeft op de gezondheid van verzoeker dient een redelijke behandelingstermijn in achtte worden genomen.

Verzoeker is al die tijd in de waan gelaten - sedert de positieve ontvankelijkheidsbeslissing dd. 29.11.2010 - dat zijn aanvraag ook gegrond zou worden verklaard.

Eerst een aanvraag ontvankelijk verklaren, en dusdanig verzoeker toelaten zich te integreren in de Belgische gezondheidszorg, om dan later verzoeker volledig af te wijzen, schendt het principe van de redelijke termijn.

De behandelingstermijn is in casu niet redelijk meer te noemen.

Verzoeker verwijst naar de analogie met het permanente regularisatiecriterium van definitieve regularisatie na een lange asielpprocedure. Verzoekster meent dat in aanvragen waarin het de gezondheid behelst dit criterium evenzeer dient te gelden daar de procedure 9ter niets meer is dan een specifieke afsplitsing van een asielaanvraag zoals voorzien in Richtlijn 2004/83.

2. Wat betreft de miskening van art.9 ter Vreemdelingenwet

Artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen bepalen het volgende:

"Artikel 2: De bestuurshandelingen van de besturen bedoeld in artikel 1 moeten uitdrukkelijk worden gemotiveerd.

artikel 3: De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermeldende die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moet afdoende zijn."

De motiveringsplicht als beginsel van behoorlijk bestuur vereist dat de motivering van een bestuurshandeling die een aanvraag verwerpt volledig, precies en relevant is (R.v.St, nr. 55.056, 7 september 1995, Rev.dr.étr. 1996, 249).

Verzoeker meent dat bovenvermelde rechtsregels door de Dienst Vreemdelingenzaken in casu werden geschonden en dat alleszins de materiële motiveringsplicht werd geschonden.

Verzoeker vordert dan ook op grond van een schending van materiële maar ook de formele motiveringsplicht de vernietiging van de bovengenoemde beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken.

De motivering van de dienst Vreemdelingenzaken is op geen enkele wijze afdoende, nauwkeurig en volledig.

De bestreden beslissing verklaart de aanvraag artikel 9ter vreemdelingenwet ongegrond.

Verwerende partij beperkt zich ertoe in haar beslissing te verwijzen naar het advies van de arts-adviseur die in zijn verslag dd. 1 7.07.2013 het volgende concludeert:

"I/f het voorgelegde medisch dossier kon niet worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. "

Verzoeker kan niet akkoord gaan met een dergelijke stereotype afwijzing van haar verzoek tot regularisatie, terwijl duidelijk blijkt dat het toepassingsgebied van het art. 9 TER § 1 VW ruimer is dan aangegeven door verwerende partij.

De bestreden beslissing miskent opnieuw de bepalingen van artikel 9ter vreemdelingenwet.

De Dienst Vreemdelingenzaken steunt de ongegrondheidsbeslissing enkel op het motief dat de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het land van herkomst.

Dit motief volstaat het niet.

Artikel 9ter vreemdelingenwet vereist een dubbel onderzoek daar dit artikel de mogelijkheid creëert voor medische regularisatie in twee omstandigheden:

-lijden aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit;

OF

-lijden aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft.

Het eerste critérium is niet weerlegd in de bestreden beslissing.

Nochtans heeft de wetgeving twee autonome criteria in het leven geroepen die beoordeeld dienen te worden.

In de tekst van de wet staat 'OF', wat betekent dat het over twee autonome criteria gaat.

Het eerste critérium dient bijgevolg ook op zichzelf beoordeeld te worden.

Een ruimer onderzoek door de DVZ arts en een ruimere motivering is vereist.

Bijgevolg schendt de bestreden beslissing dan ook de formele motiveringsplicht en artikel 9ter van de Vreemdelingenwet conform de bestaande rechtspraak.

3. Wat betreft het geneeskundig verslag van de arts-adviseur: niet- specialist versus specialist

Bij de bestreden beslissing wordt onder gesloten enveloppe een medische evaluatie gevoegd van PC, arts-attaché.

Dat noch uit de medische evaluatie zelf, noch uit de bestreden beslissing zelf de specialisatie van de arts - attaché blijkt.

Dat de door verzoeker voorgebrachte medische stukken werden opgesteld door een internist (Dr. V. H. van het Instituut voor Tropische Geneeskunde).

Dat het verslag van de arts-adviseur van de Dienst Vreemdelingenzaken blijkbaar is opgesteld door een arts die geenszins gelijkgesteld kan worden met de arts-specialist welke de medische attesten opstelde.

Dat de arts die het medische dossier van verzoeker dient te beoordelen en het medisch evaluatieverslag dient op te stellen, minstens de specialisatiegraad van de behandelende internist van verzoeker dient te hebben.

Het medisch evaluatieverslag dat de arts-adviseur afleverde heeft dan ook geenszins dezelfde waarde als het medisch attest afgeleverd door de artsen-specialist van verzoeker.

Verzoeker verwijst naar een arrest van de Raad van State dd. 1 2.08.1 997 (geciteerd in arrest van de Raad van State van 7 april 1998) waarin het volgende werd vermeld omtrent medische attesten:

"Considérant que les certificats et rapports médicaux produits par la requérante émanent de spécialistes en médecine interne et en hématologie, tandis que ceux sur lesquels se fonde la partie adverse émanent d'un médecin qui, s'il est certes titulaire d'une licence en médecine d'expertise, n'est pas spécialisé en médecine interne et en hématologie; que ce médecin ne conteste pas l'affection dont est atteinte son enfant, mais diverge de l'avis des précédents quant aux conséquences d'un rapatriement; qu'il lui incombait donc, et qu'il incombait par suite à la partie adverse, d'exposer les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions des spécialistes et de s'assurer que les intéressées pourraient bénéficier dans leur pays d'origine des soins qui conviennent à leur état."

Vrij vertaald (eigen onderlijning):

"Overwegende dat de certificaten en medische verslagen voorgelegd door verzoekster opgesteld werden door artsen gespecialiseerd in interne ziekten en hematologie, terwijl de verslagen waar tegenpartij zich op baseert zijn opgesteld door een dokter die, niet gespecialiseerd is in interne ziekten noch hemotologie; dat deze dokter de ziekte door het kind door werd getroffen niet betwist maar toch een andere mening heeft dan de voorgaande specialisten wat betreft de mogelijkheden van een repatriëring; dat het aan hem is om de redenen uiteen te zetten op basis waarvan hij tot een andere conclusie komt dan de specialisten en om te verzekeren dat de betrokkenen in hun land van herkomst de zorgen kunnen genieten die hun toestand behoeft."

Dat verzoeker hieruit af leidt dat een verslag van een "niet specialist geneesheer" onvoldoende is om een verslag van een specialist geneesheer te kunnen afwijzen.

4. Wat betreft de beoordeling van de beschikbare en toegankelijke behandeling en opvolging in Ghana

De bestreden beslissing verklaart de aanvraag artikel 9ter vreemdelingenwet ongegrond.

Verwerende partij beperkt zich ertoe in haar beslissing te verwijzen naar het advies van de arts-adviseur die in zijn verslag dd. 1 7.07.201 3 het volgende concludeert:

"Uit het voorgelegde medisch dossier kon niet worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. "

Dat vooreerst dient te worden benadrukt dat het ziektebeeld van verzoeker door verwerende partij erkend wordt. Verwerende partij bevestigt dat verzoeker besmet is met het HIV virus en dat levenslange behandeling en periodieke medische opvolging noodzakelijk zijn.

Doch weigert verwerende partij daar de juiste gevolgen aan te koppelen.

Volgens het advies van de arts-adviseur zijn alle nodige faciliteiten voor adequate en gespecialiseerde medische opvolging en behandeling beschikbaar.

Verzoeker zal echter aantonen dat dit niet het geval is.

Dat uit de verschillende recente medische attesten die werden toegevoegd aan de aanvraag 9ter van verzoeker blijkt dat voor verzoeker Kivexa en Reyataz als medicatie noodzakelijk is.

Echter geeft de arts-adviseur letterlijk aan dat deze medicatie niet beschikbaar is in Ghana.

Dat dit vanzelfsprekend geen afdoende motivering is aangezien verwerende partij met verwijzing naar het advies van de arts-adviseur van oordeel is dat er wel degelijk een adequate behandeling aanwezig is in zijn land van herkomst.

Dat in het verslag van de arts-adviseur juist het tegenovergestelde wordt aangegeven. Dat de medicatie die onontbeerlijk is voor verzoeker niet aanwezig is in Ghana.

Dat vervolgens de arts-adviseur de toegankelijkheid in Ghana op algemene wijze beoordeelt, zonder de specifieke individuele toegangsmogelijkheden en omstandigheden afdoende te motiveren.

Dat bovendien de arts-adviseur tot een andere conclusie komt dan aangegeven in de gebruikte bronnen.

Dat verwerende partij beroep doet op het IRRICO II Country sheet rapport van 201 0 en stelt dat er een systeem van sociale zekerheid is als een ziekteverzekering die een groot deel van de medicijnen bekostigen.

Dat echter hetzelfde rapport, *Returning to Ghana Country Information* dd. 7 april 2010, het volgende stelt (eigen onderlijning):

"Health Insurance

To reduce the financial burden on households and to bridge the gap between rich and poor in access to health, a National Health Insurance Scheme (NHIS) was introduced in 2005 to replace the previous reliance on patients paying directly for treatment. The scheme requires people in the informal sector to pay the equivalent of about \$10 per annum, whilst 2.5% of the social security contributions of those in the formal sector go into the scheme. In addition, 2.5% of all Value Added Tax (VAT) revenue is paid to the scheme. However, due to implementation problems, the NHIS initially received little patronage."

People still relied on the old system. At the end of 2005, about 4.4 million people, representing 22% of the général population, had registered. At the end of 2007, about 11.3 million had registered, representing 55% of total population. The sharp rise in numbers was attributed to increased popular éducation about the benefits of the scheme and the regular payment of premiums by government. To obtain free médical care in any public médical facility, an individual now needs to show the scheme membership card.

Access to Medical Treatment

At the moment, Ghana has 1,433 state-owned hospitals and other medical institutions. In addition there are 1,299 private and quasi-government facilities. Private hospitals range from général hospitals to specialised facilities, offering services like assisted reproductive techniques and général obstetrics and gynaecology. Public and private medical facilities have a total bed capacity of 20,126.1

In spite of the medical infrastructure and personnel that has been established in Ghana, access to health services in geographical and financial terms continues to be a major hurdle for a large part of the population. Most of the medical facilities are located in the urban centres and district capitals. Many health workers refuse appointments to the few facilities that are in the rural areas. Another factor contributing to the inadequate and unbalanced access to health care is the exodus of doctors and nurses to developed countries."

Dat dit rapport dus duidelijk stelt dat in Ghana de toegang tot de gezondheidszorg in geografisch en financieel opzicht een belangrijke hindernis blijft voor een groot deel van de bevolking. De meerderheid van de medische voorzieningen bevinden zich in de steden en veel geneesheren weigeren namelijk te werken in de landelijke gebieden. Verder is de uittocht van artsen en verpleegkundigen naar de meer ontwikkelde landen een andere factor die bijdraagt aan de onvoldoende en onevenwichtige toegang tót de gezondheidszorg.

Dat dit rapport aldus het tegenovergestelde stelt dan verwerende partij aangeeft en bevestigt dat verzoeker geen of alleszins zeer moeilijk toegang heeft tot de gezondheidszorg die noodzakelijk is.

Dat verwerende partij verder verwijst naar het Unsaid HIV/aids Country Profile for Ghana rapport van 2010 waarin wordt aangegeven dat de Ghanse regering zich actief inzet op de HIV/Aids- epidemie.

Dat verzoeker dit rapport echter niet kan terugvinden.

Dat verzoeker wel het rapport UNSAID/ GHANA Country Development coopération strategy 201 3-201 7 terugvindt waarin het volgende gesteld wordt:

"Fifth, Ghana also faces serious challenges in the health sector. Ghanaians suffer from a high burden of cf/sease, especially malaria, as well as still-high rates of maternal and infant mortality. Problems include low access, quality, and use of family planning and maternal, newborn, and child health services; micro-nutrient deficiencies; low use of interventions to prevent malaria and a lack of effective case management and diagnostics; high prevalence of HIV among most-at-risk groups and stigma against these groups and others living with HIV/AIDS; poor water quality and lack of access to sanitation facilities; mismanagement of health commodities and human resources; and overall weak régional, district, and community management systems. The primary challenge is to increase access to high quality services for those who need them and attain behavior changes to prevent morbidity and mortality. This requires a focus on service delivery at the community level, with a secondary focus on strengthening the health systems—human resources, finances, information, and logistics—on which qualify services rely. Opportunités exist to focus at the household level; emphasize and clarify linkages among Maternal Child Health, Family Planning, malaria, and HIV funding and programming; reinforce linkages with donor programming; improve private sector participation; and address gaps in urban health care and family planning. In particular, while long-term trends in the infant mortality rate and life expectancy are encouraging, there is much room for improvement (see Chart 2)."

Dat dit rapport aangeeft dat de gezondheidszorg in Ghana ondermaats is. Dat gewezen wordt op de volgende problemen: de lage toegang en kwaliteit van het gezondheidszorg, slechte waterkwaliteit, het wanbeheer van gezondheidsmiddelen,

Dat verzoeker verder verwijst naar de volgende rapporten:

Compilation prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights in accordance with paragraph 5 of the annex to Human Rights Council resolution 1 6/21 van 5 november 2012

Country Report on Human Rights Practices 2012 - Ghana Country Report on Human Rights Practices 2011 - Ghana

Dat hieruit blijkt dat zowel de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg als het kwaliteitsniveau van de gezondheidszorg ondermaats is.

Dat bovendien deze rapporten bevestigen dat hiv en aidspatiënten in Ghana een stigma hebben die hun toegangsmogelijkheden nog meer belemmeren. Deze patiënten worden namelijk gediscrimineerd op alle vlakken en voornamelijk in de gezondheidszorg.

Besluit:

Dat de gezondheidstoestand van verzoeker uitermate ernstig is.

Dat blijkt dat verwerende partij het risico voor verzoeker niet ernstig onderzocht heeft.

Dat de motivering van verwerende partij gebaseerd is op een verkeerde lezing van de gebruikte bronnen.

Dat enerzijds de noodzakelijk geachte medicatie volgens de behandelde internist niet aanwezig is in Ghana. Anderzijds dat verzoeker volgens de gebruikte bronnen geen toegang heeft tot de gezondheidszorg.

Dat dan ook niet anders geoordeeld kan worden dat er geen adequate behandeling voorhanden is in het land van herkomst.

Dat de bestreden beslissing op geen enkele manier afdoende gemotiveerd is en bovendien art. 3 EVRM schendt.

WAT BETREFT HET BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

ENIG MIDDEL: Schending van artikel 7, 1^{ste} lid, 2° en artikel 9ter van de vreemdelingenwet van 15 december 1980. Schending van artikel 3 EVRM.

Het bevel genomen opzichts verzoeker is gesteund op artikel 7, 1^{ste} lid, 1° vreemdelingenwet.

Er wordt gesteld dat hij niet in het bezit is van een geldig paspoort en/of visum.

Zoals aangetoond is de beslissing tot weigering artikel 9ter vreemdelingenwet nietig; het bevel steunt op een nietige beslissing.

Het verzoek 9ter vreemdelingenwet dat in principe nog zou moeten onderzocht worden gezien de nietigheid van de eerste bestreden beslissing, houdt in dat zolang het verzoek loopt het verblijf in België dient aanvaard te worden.

Alleszins en minstens is het bevel gegeven aan een persoon die zich beroept op artikel 3 EVRM nietig, zolang de gronden waarop het verzoek gesteund is nog dienen onderzocht te worden.”

2.2 Overeenkomstig de rechtspraak van de Raad van State dient te worden aangenomen dat de beoordeling van het redelijk karakter van de termijn waarbinnen een beslissing werd genomen *in concreto* moet gebeuren aan de hand van de specifieke omstandigheden van de zaak. Bij de beoordeling van de redelijke termijn dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheid van het bestuur om over alle feitelijke gegevens, inlichtingen en adviezen te beschikken die het moeten mogelijk maken met kennis van zaken een beslissing te nemen. Zowel de concrete gegevens van de zaak als de houding van de partijen worden betrokken in deze beoordeling (RvS 10 juli 2002, nr. 109.121). In voorliggende zaak, kan gelet op de door het bestuur te verifiëren gegevens, niet besloten worden tot een miskenning van de verplichting om binnen een redelijke termijn een beslissing te nemen.

Daarenboven kan niet worden ingezien welk belang verzoeker heeft bij deze grief, nu hij tijdens de behandeling van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf in het bezit was van een attest van immatriculatie en een eventuele miskenning van de redelijke termijnvereiste hoe dan ook niet leidt tot de vaststelling dat verzoeker op basis van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, tot een verblijf in het Rijk moet worden gemachtigd.

Artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 bepaalt dat bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd. Dit impliceert dat de beslissing die ter kennis wordt gebracht de redenen moet weergeven op grond waarvan de beslissing werd genomen, zodat de bestuurde kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt.

De Raad stelt vast dat de bestreden beslissing duidelijk de redenen aangeeft op grond waarvan deze beslissing is genomen. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9ter van de vreemdelingenwet en een advies van 17 juli 2013 van een ambtenaar-geneesheer, immers vastgesteld dat de aangevoerde medische problematiek kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in artikel 9ter, § 1, eerste lid van dezelfde wet, die aanleiding kan geven tot de toekenning van een verblijfsmachtiging. In het advies van de ambtenaar-geneesheer waarnaar in deze beslissing expliciet wordt verwezen en dat samen met deze beslissing aan verzoeker werd ter kennis gebracht en waarvan de inhoud derhalve dient te worden geacht deel uit te maken van de motivering van de bestreden beslissing, wordt verder toegelicht op basis van welke concrete vaststellingen tot dit besluit wordt gekomen. Deze motivering is pertinent en draagkrachtig en geenszins stereotiep. Ze laat verzoeker toe zijn rechtsmiddelen met kennis van zaken aan te wenden.

Een schending van artikel 2 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 is dan ook niet aangetoond.

Artikel 3 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen schrijft voor dat de motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat de motivering afdoende dient te zijn.

Verzoeker betwist *in casu* dat de motivering afdoende is omdat volgens hem de bepalingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet worden miskend.

De Raad wijst er op dat het afdoende karakter van de motivering impliceert dat de motieven pertinent moeten zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moeten hebben, en dat ze draagkrachtig moeten zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen (vaste rechtspraak Raad van State, zie onder meer RvS 15 juni 2011, nr. 213.855). Hoewel verweerder niet *in extenso* hoeft te antwoorden op alle door de verzoeker ingeroepen argumenten, moet uit de bestreden beslissing blijken dat die argumentatie in de besluitvorming werd betrokken en uit de motivering van de beslissing moet kunnen worden afgeleid waarom de argumenten in het algemeen niet werden aanvaard (RvS 4 december 2002, nr. 113.182). Het afdoende karakter van de uitdrukkelijke motivering moet worden beoordeeld door de toetsing van de uitgedrukte motieven aan de gegevens van het dossier en aan de toepasselijke wetsbepalingen.

In casu is de toepasselijke wetsbepaling artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Deze bepaling luidt als volgt:

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag getuigschrift vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.

§ 1/1. De toekenning van een machtiging tot verblijf in het Rijk bedoeld in dit artikel kan worden geweigerd aan de vreemdeling die zich niet aanmeldt op de in de oproeping vastgestelde datum door de ambtenaar-geneesheer of de geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde of de door de minister of zijn gemachtigde aangestelde deskundige en hiervoor ten laatste binnen de vijftien dagen na het verstrijken van deze datum geen geldige reden opgeeft.(...)”

Uit het administratief dossier blijkt dat de arts-adviseur op 17 juli 2013 een schriftelijk advies heeft opgesteld ten behoeve van de gemachtigde van de staatssecretaris betreffende de aandoening van verzoeker. Het advies luidt als volgt:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 14.06.2010.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Voorgelegde medische attesten:

- 1. Medisch getuigschrift, niet gedateerd, van dr. V. H. Chronische kwaal, verbeterbaar, niet geneesbaar.*
- 2. Gedetailleerd medisch attest de dato 19/07/2010 van dr. V. H. H.I.V. infectie met immunodeficiëntie.*
- 3. Medisch getuigschrift de dato 14/12/2010 van dr. V. H. Chronische kwaal, verbeterbaar, niet geneesbaar.*
- 4. Gedetailleerd medisch attest de dato 14/12/2010 van dr. V. H. H.I.V. infectie met immunodeficiëntie.*
- 5. Medische brief de dato 11/07/2011 van dr. V. H. Immunovirologisch goede respons onder de antiretrovirale behandeling.*
- 6. Resultaat bloedanalyse de dato 26/09/2011. Aantal CD4-cellen binnen normale grenzen.*

7. Medische brief de dato 06/12/2011 van dr. V. H. Immunovirologisch goede respons onder de antiretrovirale behandeling. Geen significante bijwerkingen.

Bespreking van het medisch dossier:

Uit dit medisch dossier, samengesteld uit de bovenvermelde medische attesten blijkt dat deze 45 jarige man besmet is met het H.I.V. virus. Gezien er sprake was van immunodeficiëntie (Nadir CD-4 bedroeg $333/\text{mm}^3$) werd gestart met antiretrovirale medicatie. De gestarte behandeling heeft een gunstige respons op immunovirologische vlak.

H.I.V. infecties vergen inderdaad een levenslange behandeling en periodieke medische opvolging (voornamelijk controle van de CD-4 count en de virale load) en dienen dus gecontinueerd te worden.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in Ghana:

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief

dossier van de betrokkene):

7. Informatie afkomstig van International SOS¹ van 09/11/2011 met uniek referentienummer GH-2062-2011-Eur.

7. Informatie afkomstig van International SOS¹ van 07/01/2013 met uniek referentienummer GH-2714-2013.

7. Informatie afkomstig van International SOS¹ van 03/02/2013 met uniek referentienummer GH-2744-2013.

Alle nodige faciliteiten voor adequate en gespecialiseerde medische opvolging en behandeling zijn beschikbaar:

Opvolging en behandeling door een infectioloog zijn mogelijk, zowel op ambulante basis als in een hospitaalmilieu, CD4-counts, virale load, levertesten, resistentie, nierfunctie en serologie voor andere virale infecties zijn allemaal mogelijk.

Kivexa (combinatiepreparaat met abacavir en lamivudine) is niet beschikbaar maar kan gesubstitueerd worden door de twee bestanddelen afzonderlijk. Abacavir is namelijk beschikbaar en lamivudine ook. Reyataz (atazanavir) is niet beschikbaar maar kan zonder probleem vervangen worden door indinavir, een protease-inhibitor van dezelfde farmacologische groep.

Toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen in Ghana:

Dusdanig stelt zich de vraag naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen: In Ghana bestaat een systeem van sociale zekerheid waarvoor een kleine bijdrage per jaar dient betaald te worden. Er zijn 1433 overheidsziekenhuizen aanwezig in Ghana en nog eens 1299 privéziekenhuizen.

Een groot deel van de medicijnen wordt bekostigd door de ziekteverzekering². De ziekteverzekering dekt ook de medische kosten van personen die arm zijn, werkloos zijn en niet in hun basisbehoeften kunnen voorzien³. Dankzij de invoering van "Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH" reageert de Ghanese regering actief op de HIV/AIDS-epidemie. De preventie (advies, opsporing...), de toegang tot de zorgen en de behandelingen en de strijd tegen de stigmatisatie en discriminatie van de personen die met HIV leven maken deel uit van de belangrijkste gebieden waarop tussenbeide wordt gekomen⁴.

Verder verstrekken volgende internationale organisaties de nodige ontwikkelingshulp op het gebied o.a. de preventie van AIDS/HIV alsook de behandelingen aan de personen die met HIV leven⁵. Gezien de aandoening van betrokkene, is het wenselijk dat hij bij zijn terugkeer naar het land van herkomst extra ondersteund wordt. Betrokkene kan hiervoor een beroep doen op het AVR-RR-programma (Assisted Voluntary Return-programma) van de International Organization for Migration (IOM). In het kader van de specifieke terugkeerprogramma's die ze aanbieden aan migranten die deel uitmaken van welbepaalde kwetsbare groepen, verleent de IOM operationele bijstand aan migranten die te kampen hebben met medische problemen, en in dit opzicht bijzondere hulp en ondersteuning nodig hebben bij de terugkeer naar en de re-integratie in hun land van herkomst.⁶

Betrokkene legt verder ook geen bewijs van 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. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene zelf zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Verder lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene helemaal geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben in het land van herkomst bij wie hij terecht kan voor de nodige financiële ondersteuning of een (tijdelijk) onderkomen.

Betrokkene heeft immers verscheidene jaren in Ghana verbleven alvorens naar België te vertrekken.

Conclusies:

Uit het voorgelegd medisch dossier kan niet worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland.

Op basis van de vermelde medische gegevens kan er geen contra-indicatie om te reizen weerhouden worden. Verder is er geen mantelzorg nodig omwille van de vermelde aandoeningen.

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

Aldus blijkt uit bovenstaande motivering van de ambtenaar-geneesheer en de motivering van de bestreden beslissing dat de ziekte waaraan betrokkene lijdt een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, dat betrokkene evenwel kan terugkeren naar zijn land van herkomst en niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het land van herkomst. Verder kan geen contra-indicatie om te reizen worden weerhouden en is er geen mantelzorg nodig omwille van de vermelde aandoeningen. Waar verzoeker meent dat het eerste criterium van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, met name of betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit, niet is onderzocht en beoordeeld, mist zijn betoog feitelijke grondslag.

In tegenstelling tot verzoekers bewering bevat de bestreden beslissing zowel als het advies van de ambtenaar-geneesheer een oordeel van het ‘eerste criterium’ als een motivering *in concreto* betreffende het ‘tweede criterium’ van artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet.

Deze motivering is afdoende.

Verzoeker betoogt vervolgens dat de arts-adviseur minstens de specialisatiegraad van de behandelende internist dient te hebben. Het verslag van een niet-specialist geneesheer is onvoldoende om een verslag van een specialist geneesheer te kunnen afwijzen.

De Raad merkt op dat naar luid van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet een machtiging tot verblijf bij de staatssecretaris of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door 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. Overeenkomstig artikel 9ter van de vreemdelingenwet wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf ongegrond verklaard indien de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk. Het onderzoek en de beoordeling van de medische attesten waarop de vreemdeling zich steunt, worden dus aan de ambtenaar-geneesheer overgelaten. Deze laatste wordt volledig vrij gelaten in zijn beoordeling van de medische attesten. Indien hij het noodzakelijk acht, kan hij advies van deskundigen inwinnen (*Parl.St. Kamer, 2005-2006, DOC 51-2478/001,34*).

Anders dan verzoeker voorhoudt, dient de ambtenaar-geneesheer niet van een bijzondere expertise blijk te geven om de door de vreemdeling ingediende medische attesten te beoordelen en is hij niet verplicht om zich met een gespecialiseerde arts in verbinding te stellen, enkel omdat het standaard medisch getuigschrift van de vreemdeling door een geneesheer-specialist is opgesteld (RvS 6 november 2013, nr. 225.353). Bovendien blijkt uit een eenvoudige lezing van het advies van 17 juli 2013 dat de diagnose H.I.V infectie geenszins wordt betwist en evenmin de voorgeschreven behandeling wordt betwist door de arts-adviseur maar integendeel door haar wordt bevestigd waar zij stelt dat de ziekten *“inderdaad een levenslange behandeling en periodieke medische opvolging (vergen)”*. De grief van verzoeker mist derhalve feitelijke grondslag.

Waar verzoeker het niet eens is met de motivering voert hij de schending aan van de materiële motiveringsplicht.

Met betrekking tot de aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht wijst de Raad erop dat het bij de beoordeling van de materiële motivering niet tot de bevoegdheid van de Raad behoort zijn beoordeling in de plaats te stellen van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om 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 gekomen.

Verzoeker betoogt dat niet alle nodige faciliteiten voor adequate en gespecialiseerde medische opvolging en behandeling beschikbaar zijn. Voor verzoeker is de medicatie Reyataz en Kivexa noodzakelijk. De arts-adviseur stelt letterlijk dat deze medicatie niet beschikbaar is in Ghana.

Verzoeker heeft evenwel het advies van 17 juli 2013 slechts partieel gelezen en gaat voorbij aan de bijkomende vermelding dat Kivexa een combinatiepreparaat is van abacir en lamivudine en dat de twee bestanddelen afzonderlijk wel beschikbaar zijn in Ghana en dat Kivexa gesubstitueerd kan worden door de twee bestanddelen. Reyataz is weliswaar niet beschikbaar maar kan zonder problemen vervangen worden door Indinavir, van dezelfde farmacologische groep. Verzoeker betwist deze motivering niet, laat staan dat hij dit weerlegt.

Verzoeker meent ook dat uit de rapporten waarnaar hij verwijst en waaruit hij citeert, blijkt dat in Ghana de toegang tot de gezondheidszorg in geografisch en financieel opzicht een belangrijke hindernis blijft voor een groot deel van de bevolking. De medische zorgen zijn tevens ondermaats.

In het medisch advies kan worden gelezen dat de Ghanese regering actief reageert op de HIV/AIDS-epidemie. De preventie, de toegang tot de zorgen en de behandelingen en de strijd tegen de stigmatisatie van de personen die met HIV leven zijn de belangrijkste gebieden waarop tussenbeide wordt gekomen. Daarnaast verwijst de arts-adviseur naar verschillende internationale organisaties die de nodige ontwikkelingshulp op het gebied van de behandelingen aan de personen die met HIV leven, verstrekken. Voor extra ondersteuning kan verzoeker ook beroep doen op het AVR-programma van de IOM. De IOM verleent operationele bijstand aan migranten die te kampen hebben met medische problemen en in dit opzicht bijzondere hulp en ondersteuning nodig hebben bij de terugkeer naar het land van herkomst. Verder kan worden gelezen dat verzoeker geen bewijs van arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dat het onwaarschijnlijk lijkt dat verzoeker helemaal geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben in het land van herkomst bij wie hij terecht kan voor de nodige financiële ondersteuning of een (tijdelijk) onderkomen aangezien hij er verscheidene jaren heeft verbleven alvorens naar België te komen. Verzoeker weerlegt deze motivering niet door te verwijzen naar een aantal rapporten waar op algemene wijze wordt gesteld dat de toegankelijkheid niet voor iedereen verzekerd is. De algemene informatie waarnaar verzoeker verwijst, houdt geenszins rekening met verzoekers concrete situatie en die derhalve niet van aard is om de informatie verstrekt door de ambtenaar-geneesheer die betrokken is op verzoekers concrete situatie te weerleggen. Verzoeker maakt aan de hand van de algemene informatie niet aannemelijk dat er voor hem persoonlijk een reëel risico op een slechte of incorrecte behandeling dreigt in Ghana.

Tot slot wordt er nog op gewezen dat er geen schending van de door verzoeker aangehaalde bepalingen voorhanden is, ook niet van artikel 3 van het EVRM, wanneer de betrokkene in het land van herkomst de noodzakelijke medische zorgen kan krijgen, ook al zijn die zorgen niet van hetzelfde niveau als in het land waar de betrokkene op dat ogenblik verblijft en dat, al zou de gezondheidszorg in Ghana niet optimaal zijn, dit niet inhoudt dat de noodzakelijke zorgen er niet zouden kunnen worden verkregen (RvS 14 februari 2008, nr. 179.633). Het gegeven dat de omstandigheden voor verzoeker in het land van herkomst minder gunstig zijn dan in België houdt op zich geen schending van artikel 3 van het EVRM in, nu medische behandeling in het land van herkomst voorhanden is (EHRM 2001, Bensaid./United Kingdom, nr. 44599/98 ECHR 2001-I § 36-40).

Waar verzoeker stelt dat hij een rapport waarnaar de arts-adviseur verwijst in het advies niet kan terugvinden, merkt de verwerende partij in de nota met opmerkingen terecht op dat het hem vrij staat om schriftelijk inzage te vragen van het administratief dossier en de stukken die de arts-adviseur heeft aangewend na te gaan.

Het enige middel is ongegrond.

Wat het bevel om het grondgebied te verlaten betreft, voert verzoeker aan dat de artikelen 7, eerste lid, 2° en 9ter van de vreemdelingenwet en artikel 3 van het EVRM worden geschonden doordat het bevel steunt op een nietige beslissing, met name de beslissing tot weigering van de medische aanvraag.

De Raad stelt vast dat verzoeker de motieven, met name dat hij in het Rijk verblijft zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten, met name een geldig paspoort en/of visum, niet betwist. Verzoeker kan niet worden gevolgd waar hij meent dat het bevel steunt op een nietige beslissing nu uit de bespreking hierboven blijkt dat de eerste bestreden beslissing niet wordt vernietigd. De schending van de aangehaalde bepalingen wordt niet aangetoond.

3. Kosten

Gelet op het voorgaande past het de kosten van het beroep ten laste te leggen van de verzoekende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Artikel 2

De kosten van het beroep, begroot op 175 euro, komen ten laste van de verzoekende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zesentwintig februari tweeduizend zestien door:

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

N. MOONEN