

Arrest

nr. 187 083 van 19 mei 2017
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten X

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Keniaanse nationaliteit te zijn, op 22 november 2013 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 4 oktober 2013 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 dezelfde overheid van dezelfde datum tot het opleggen van een inreisverbod (bijlage 13sexies).

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 het arrest nr. 181 019 van 20 januari 2017 waarbij de debatten worden heropend en de terechtzitting wordt bepaald op 24 februari 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. MAES.

Gehoord de opmerkingen van de verzoekende partij en haar advocaat K. VERHAEGEN, loco advocaat K. VERSTREPEN, en van advocaat E. WILLEMS, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekster kwam op 5 mei 2009 toe op Belgisch grondgebied en diende diezelfde dag een asielaanvraag in.

1.2. Verzoekster diende op 10 september 2009 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

1.3. De commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen nam op 8 januari 2010 een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. Na beroep weigerde de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus bij arrest van 30 april 2010 met nr. 42 899.

1.4. Op 9 april 2010 werd de in punt 1.2. vermelde aanvraag ontvankelijk verklaard.

1.5. Op 21 februari 2013 nam de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding (hierna: de staatssecretaris) een beslissing waarbij de in punt 1.2. vermelde aanvraag om machtiging tot verblijf ongegrond werd verklaard.

1.6. Op 21 februari 2013 nam de gemachtigde eveneens een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten waarvan verzoekster op 1 maart 2013 in kennis werd gesteld.

1.7. De in punt 1.5. vermelde beslissing werd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen vernietigd bij arrest nr. 107 341 van 25 juli 2013.

1.8. Op 4 oktober 2013 neemt de gemachtigde een nieuwe beslissing waarbij de in punt 1.2. vermelde aanvraag ongegrond wordt verklaard. Verzoekster werd hiervan op 29 oktober 2013 in kennis gesteld. Dit is de eerste bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

“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 09.04.2010, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is. Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.

Er werden medische elementen aangehaald door M.M.W. die echter niet weerhouden konden worden (zie medisch verslag arts-adviseur d.d. 01.10.2013)

Derhalve

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

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

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

1.9. Op 4 oktober 2013 neemt de gemachtigde tevens een beslissing tot het opleggen van een inreisverbod (bijlage 13sexies). Verzoekster wordt hiervan in kennis gesteld op 29 oktober 2013. Dit is de tweede bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

“De mevrouw, die verklaart te heten:

Naam + voornaam: M.M.W.

(...)

nationaliteit: Kenya

wordt een inreisverbod voor 3 jaar opgelegd,

voor het grondgebied van België, 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.

REDEN VAN DE BESLISSING:

Het inreisverbod wordt afgegeven in toepassing van het hierna vermelde artikel van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van

vreemdelingen en op grond van volgende feiten:

o In uitvoering van artikel 74/11 §1 tweede lid van de wet van 15 december 1980, is de termijn van het inreisverbod 3 jaar:

2° Niet aan de terugkeerverplichting werd voldaan: betrokkene heeft geen gevolg gegeven aan het bevel om het grondgebied te verlaten d.d. 26.02.2013, ter kennis gegeven op 01.03.2013.”

2. Over de rechtspleging

Aan verzoekster werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van de verwerende partij om de kosten van het geding te haren laste te leggen.

3. Over de ontvankelijkheid van het beroep in zoverre gericht tegen de tweede bestreden beslissing tot het opleggen van een inreisverbod

3.1. Overeenkomstig artikel 74/11, § 3, eerste lid van de Vreemdelingenwet, treedt het inreisverbod in werking de dag waarop de beslissing dienaangaande wordt betekend.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat het inreisverbod aan verzoekster ter kennis werd gebracht op 29 oktober 2013 en dat dit werd opgelegd voor een duur van drie jaar. Bijgevolg is het inreisverbod inmiddels verstreken.

3.2. Overeenkomstig artikel 39/56, eerste lid van de Vreemdelingenwet juncto artikel 39/2, §2 van dezelfde wet kan een vreemdeling bij de Raad een annulatieberoep instellen wanneer hij doet blijken van een benadeling of een belang.

Uit de parlementaire voorbereiding van de wet van 15 september 2006 tot hervorming van de Raad van State en tot oprichting van een Raad voor Vreemdelingenbetwistingen blijkt dat het de uitdrukkelijke wil van de wetgever is dat de procedure van de Raad zo veel als mogelijk aansluit bij die welke geldt voor de Raad van State. Dienvolgens kan voor de interpretatie van de verschillende begrippen en rechtsfiguren worden teruggegrepen naar die welke thans bij de Raad van State wordt aangewend (*Gedr.St. Kamer, 2005-2006, nr. 51 2479/001, p. 116-117*).

Volgens vaststaande rechtspraak van de Raad van State moet het belang persoonlijk, rechtstreeks, actueel, en geoorloofd zijn (RvS 4 augustus 2005, nr.148.037).

Het actueel karakter van het belang houdt in dat het belang moet voorhanden zijn zowel op het ogenblik van het indienen van het beroep tot nietigverklaring, als op het tijdstip dat de Raad uitspraak doet over het beroep.

Opdat zij een belang zou hebben bij de vordering volstaat het niet dat verzoekster gegriefd is door de bestreden rechtshandeling en dat zij een nadeel ondervindt. De vernietiging van het bestreden bevel moet verzoekster bovendien enig voordeel opleveren en dus een nuttig effect sorteren.

3.3. In casu is de termijn van het inreisverbod verstreken en is de hiertegen gerichte vordering onontvankelijk wegens gebrek aan belang. Ter zitting van 2 december 2016 erkent de verzoekende partij dat de geldigheidsduur van het inreisverbod is verlopen en dat zij om die reden geen belang meer kan doen gelden in de mate dat haar beroep is gericht tegen deze beslissing.

4. Onderzoek van het beroep in zoverre gericht tegen de eerste bestreden beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond wordt verklaard.

4.1. Verzoekster voert in een eerste middel onder meer de schending aan van artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

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

In de motieven van de bestreden beslissing wordt verwezen naar de toepasselijke rechtsregel, namelijk artikel 9ter van de Vreemdelingenwet “zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen”, dat luidde 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 vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

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

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen van toepassing is op twee onderscheiden gevallen, met name:

- (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de aanvrager, of
- (2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

Deze bepaling houdt duidelijk twee verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling 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).

Artikel 9ter, § 1, laatste lid van de Vreemdelingenwet bepaalt verder:

“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.”

Tevens bevat de beslissing een motivering in feite. Er wordt gesteld dat de ambtenaar-geneesheer de medische elementen evalueerde en in zijn medisch advies van 1 oktober 2013 concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet konden worden weerhouden. Dit medisch advies, dat aan de eerste bestreden beslissing ten grondslag ligt en er in gesloten omslag aan werd gevoegd, luidt als volgt:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aan vraag om machtiging töt verblijf, bij onze diensten ingediend op 10.09.2009.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

- Verwijzend naar het medisch attest op datum van 10/08/2009 van Dr. lise Kint, arts werkzaam op het Tropisch Instituut te Antwerpen, blijkt dat betrokkene HIV-geïnficeerd is en lijdt aan immuundeficiëntie. De laatst vastgestelde CD4 concentratie was 285/mm3. De diagnose van HIV dateerde van 08/05/2009.

Betrokkene werd niet gehospitaliseerd. Betrokkene had een antivirale behandeling nodig. De voorbereidingen werden getroffen om deze behandeling op te starten. Bij toegang tot medicatie en correcte opvolging kan betrokkene een normaal leven leiden. Regelmatige labocontroles zijn noodzakelijk: CD4-bepalingen en virale lading. Regelmatige opvolging moet gebeuren door een arts die hierin is gespecialiseerd. De behandeling zal levenslang moeten volgehouden worden. De medische toestand kan gestabiliseerd worden. Betrokkene kan reizen. Er is geen mantelzorg vereist.

- Verwijzend naar het medisch attest dd. 06/03/2013 van Dr. Wouters Kristien van het Instituut voor Tropische Geneeskunde, blijkt dat betrokkene initieel de volgende medicijnen nam: Viramune en Truvada. Hierop deed -ze een overgevoelighedsreactie. Daarop werd de behandeling aangepast naar Kaletra en Kivexa wat maaglast gaf. Uiteindelijk werd betrokkene op Reyataz, Norvir en Kivexa gezet dd. 27/04/2011 Deze therapie wordt goed verdragen tot op de dag van afteveren van het medisch attest De duur van de behandeling is levenslang. Zonder behandeling zal ze spoedig ziek worden en kan ze resistent worden aan bepaalde medicijnen.

- Verwijzend naar het medisch attest dd. 06/03/2013 met bloeduitslag van dr. Wouters Kristien, algemene geneeskunde, blijkt dat betrokkene lijdt aan HIV 1, subtype D zonder primaire resistenties, dat ze op 12/2010 oogheelkunde kreeg voor chaazion, dat ze een hysteroscopische ablatie kreeg, dat ze werd ingeënt tegen hepatitis B in 2011 en 2012. Buiten de antiretrovirale medicijnen neemt betrokkene ook Omeprazole. Ze heeft ook D-cure nodig. Er is een bilirubineverhoging.

- Verwijzend naar het medisch attest dd. 20/02/2013 van Dr. Scboneveld, gynaecologie, blijkt dat betrokkene dd. 27/12/2012 een hysteroscopische endometriumablatie onderging voor de menorrhagie. Er was nog wat onderbuikspijn die mogelijks nog het gevolg was van de ingreep. Het bloedverlies was veel beter. Er was ook sprake van reflux waarvoor Zantac werd voorgeschreven.

- Verwijzend naar het medisch attest dd. 22/03/2012 van Dr. Vanuytsel, maag- en darmziekten Gasthuisberg, blijkt dat betrokkene pijnklachten had in de rechter fossa. De gastroscopie en de echografie van het abdomen waren normaal. Er was een vermoeden van een oesofagitis graad A waarvoor gedurende één maand een maagzuurremmer werd voorgeschreven en dieetmaatregelen werden voorgesteld. Op de RX van het abdomen werd een belangrijke faecale belasting van het rechter hemicolon vastgesteld. Deze constipatie werd behandeld met een mild laxativum en dreefmaatregelen voor een vezelrijke voeding werden uitgelegd. Betrokkene nam dd. 22/03/2013 Kivexa, Reyataz en Norvir.

Analyse van dit medisch dossier leert mij dat de diagnose van seropositiviteit voor HIV werd gesteld dd. 08/05/2009. Oe CD4 (=een soort van witte bloedcellen) lag tussen de 200 en de 500 bij het opstarten van de behandeling ni. 285/mm³. Dit is nog een redelijk goede waarde waarbij het risico op opportunistische infecties beperkt is. Een eerste behandeling werd opgestart maar ze werd gewijzigd omwille van een overgevoelighedsreactie. Een tweede behandeling werd opnieuw aangepast omwille van maaglast. Vanaf 27/04/2011 neemt betrokkene onveranderd Reyataz (=atazanavir), Norvir (=ritonavir) en Kivexa (=abacavir en lamivudine). Betrokkene heeft deze medicijnen nodig anders zou ze AIDS ontwikkelen wat op termijn nefaste gevolgen zou hebben. Betrokkene heeft nood aan een gespecialiseerde opvolging, dit betekent, een arts gespecialiseerd in HIV die betrokkene viermaandelijks opvolgt en een labo om de virale lading en de CD4 te meten.

Betrokkene kreeg een hysteroscopische ablatie van de utérus omwille van hevige bloedingen. Het gaat om een eenmalige ingreep waarna de bloedingen weer normaliseerden. Het probleem was daarmee opgelost.

Betrokkene kloeg van onderbuikspijn. De onderzoeken waren normaal. Alleen werd vastgesteld dat betrokkene geconstipeerd was met fecale ophoping thv het rechter hemicolon (=rechter dikke darm) wat de fast in de rechteronderbuik kan verklaren. Betrokkene werd aangeraden vezelrijke eten en kreeg een licht laxerend middel voorgeschreven OD tijdelijke basis. Het gaat niet om een ernstige noch een levensbedreigende aandoening ook niet wanneer er in het land van herkomst geen behandeling zou zijn.

Betrokkene kreeg oogheelkunde voor chalazion. Met deze ingreep is de aandoening genezen.

Betrokkene nam tijdelijk wat vitamine D om het tekort aan te vullen. Het gaat om een kuur van enkele weken.

Er was ook een vermoeden van oesofagitis graad A, de lichtst mogelijke vorm van slokdarmontsteking. Betrokkene kreeg gedurende een maand een maagzuurremmer voorgeschreven. Dieetmaatregelen

werden aangeraden. Het gaat niet om een ernstige noch een levensbedreigende aandoening. ook niet wanneer er in het land van herkomst geen behandeling zou zijn.

Betrokkene kan perfect reizen en een normaal leven leiden. Ze heeft geen mantelzorg nodig en ze kan werken. De gespecialiseerde opvolging moet dan wel beschikbaar en toegankelijk zijn in haar herkomstland.

De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Kenia.

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

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

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank1 :

o van International SOS2 van 14/09/2012 12 met uniek referentienummer 4358

o van International SOS van 15/06/2012 met uniek referentienummer 4147

o van International SOS van 13/04/2012 met uniek referentienummer 4027

Uit deze informatie blijkt dat opvolging door een HIV-specialist, een specialist in de infectieziekten en een arts- internist mogelijk is in het Nairobi Hospital Argwings Kodhek Road te Nairobi (publiek ziekenhuis) en het Aga Khan University Hospital, Parklands 3rd Avenue te Nairobi (privé ziekenhuis). Een CD4 en virale load bepaling zijn ook mogelijk.

Wat de medicatie betreft, is de behandeling die betrokkene sinds 2011 neemt, beschikbaar:

(2) Ritonavir (=Norvir)

(3) Atazanavir (=Reyataz)

(4) Abacavir

(5) Lamivudine

Op dit moment neemt betrokkene Kivexa wat een combinatie is van Abacavir EN Lamivudine, Deze combinatie is niet beschikbaar in Kenia maar wel de aparté medicijnen wat dezelfde werking garandeert ipv één tablet Kivexa (=abacavir+lamivudine) zal betrokkene twee sparte tabletten moeten innemen, één tablet abacavir en één tablet lamivudine. Dit heeft geen enkele invloed op de werkzaamheid van de geneesmiddelen.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst

Dusdanig stelt zich de vraag naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, zijnde de nodige medicatie en de noodzakelijk opvolging door een specialist, in het herkomstland van betrokkene, zijntie Kenia. Uit informatie beschikbaar in het administratief dossier blijkt het volgende:

De meest elementaire diensten worden door de privé-gezondheidsinfrastructuur verstrekt, en dit zelfs in de landelijke zones, in de publieke gezondheidsinfrastructuur is dit niet altijd het geval.³ De particuliere infrastructuur biedt een beter verzorgingsniveau dan de regeringsinfrastructuur, maar is voor de meerderheid van de Kenianen financieel niet haalbaar.⁴ De infrastructuur die door de tMGO's wordt beheerd vertoont meestal een beter evenwicht tussen verzorging en kosten. In het gezondheidscentrum Lwala Community bijvoorbeeld, wordt de minimumprijs van 50 KES (bijna 0,65 USD) aangerekend aan 85% van de patiënten, en om deze kwantitatief betere en goedkopere verzorging te krijgen zijn de patiënten bereid 30 tot 40 km af te leggen. De helft van de bevolking leeft onder de armoedegrens en is van de informele economie afhankelijk. Dit betekent dat de toegang tot de gezondheidszorgen via een ziekteverzekering buiten het bereik van het grootste deel van de bevolking ligt. Dit heeft de regering er in 1985 toe aangezet om het Essentiat Drug Concept te introduceren, om de essentiële geneesmiddelen zo toegankelijk (betaalbaar) te maken voor de patiënten en de regering. ⁷ De verzekeringsmaatschappijen vergroten ook het aanbod van hun beter betaalbare producten. Een paar voorbeelden: Changamka (microziekteverzekering, Changamka is een product dat zijn leden de mogelijkheid biedt verzorging te krijgen tegen een gering bedrag zoals 450 KES per doktersbezoek); Bima Ya Jamii (micro- gezondheidsproduct van CIC Insurance dat aandringt tot sparen en tegelijkertijd het risico dekt); Afya Miiieie (steit gezinnen met laag inkomen in staat een dekking te verkrijgen (voor 4 gezinsleden) voor een al of niet in een ziekenhuis opgenomen patiënt, tegen 35 KES per dag - deze dekking omvat kraamzorg, betaling van medicatie, kosten ziekenhuisopname per dag en het voorschrijven van geneesmiddelen).⁹ Specifiek voor HIV/aids kan men vaststellen dat het aantal

gezondheidsinfrastructuren die een -antiretrovirale therapie aanbieden van 731 in 2008 töt 943 in 2009 gestegen is. Algemeen gezien is de ART-dekking tussen 2007 en 2009 van 42% töt 70,4% gestegen. Volgens een rapport van de Daily Nation is de bevoorrading met antiretrovirale geneesmiddelen in Kenia toereikend.¹⁰ Deze antiretrovirale middelen zijn oratis voor aidspatiënten. Patiënten moeten wel tussenkomen in bijkomende kosten zoals labo, maar de opvolging en medicatie is gratis.¹¹

De verwijzing van de advocaat naar de cijfers van beschikbaarheid van antiretrovirale middelen uit december 2006 zijn dus achterhaald. Wat betreft de verwijzing naar de heersende sanitaire en sociale situatie in het land waarvan zij de nationaliteit bezit; het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italfë, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarow Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 28 april 2005, Muslim/Turkije, § 68)."

Tevens dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel kan afgegeven worden op basis van het feit dat de medische zorgen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen lopen. Het gaat erom na te gaan of de nodige medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst of het land waar de verzoeker gewoonlijk verblijft. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat, zijn de verschillende nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. 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.

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 töt de arbeidsmarkt in haar 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 kan betrokkene ook op IOM beroep doen voor de REAB-procedure (procédure voor de Terugkeer en Emigratie van Asielzoekers uit België). Indien betrokkene specifieke bijstand (bvb medische bijstand) nodig heeft kan zij vergezeld worden door een (medische) begeleider töt aan de eindbestemming.¹²

Dit alles in overweging genomen kan gesteld worden dat betrokkene aanspraak kan maken op een medische behandeling, en er dan ook geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar het herkomstland van betrokkene, zijnde Kenia.

De aandoening vormt geen risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene want medische behandeling is beschikbaar en toegankelijk in het land van herkomst

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Kenia.

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

¹ Het Med-COI Project is een project rond uitwisselen van bestaande Informatie, beste praktijkvoering en ontwikkelen van een gemeenschappelijke aanpak in het verzamelen en gebruik van medische COI (country of origin information); het MedCOI- project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering, telt 17 partners (16 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door het European Refugee Fund).

Disclaimer : de informatie die verstrekt wordt is beperkt tot de beschikbaarheid van medische behandeling, meestal in een bepaald ziekenhuis/gezondheidsinstelling, in het land van herkomst; er wordt geen informatie verstrekt over de toegankelijkheid van de behandeling.

2 *International SOS is een internationale onderneming rond gezondheidszorg, medische bijstand en veiligheidsdiensten. Zij bezit klinieken in meer dan 70 verschillende landen en heeft een wereldwijd netwerk van uitvalcentra. International SOS is gecontracteerd om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandeling in landen wereldwijd.*

3 *Newsfromafrica, Kenya: majority lack access to health services (01.02.2011), geraadpleegd op 05-04.2012, http://www.newsfromafrica.org/newsfromafrica/articles/art_12283.html*

52% van de bevolking van Kenia leeft onder de armoedegrens.

4 *Studentpulse, Health Care Utilization in the Kenyan Health System: Challenges and Opportunities (15-06-2010), geraadpleegd op 05-04-2012, [<http://www.studentpulse.com/articles/284/health-care-utilization-in-the-kenyan-health-system-challenges-and-opportunities>].*

5 *Studentpulse, Health Care Utilization in the Kenyan Health System: Challenges and Opportunities (15-06-2010), geraadpleegd op 05-04-2012, [<http://www.studentpulse.com/articles/284/health-care-utilization-in-the-kenyan-health-system-challenges-and-opportunities>].*

6 *Studentpulse, Health Care Utilization in the Kenyan Health System: Challenges and Opportunities (15.06.2010), geraadpleegd op 05.04.2012, [<http://www.studentpulse.com/articles/284/health-care-utilization-in-the-kenyan-health-system-challenges-and-opportunities>].*

7 *UK Border Agency, COI Report Kenya (30.12.2011), geraadpleegd op 05.04.2012, [http://www.ecoi.net/file_upload/2016_1325590657_kenya-coi-report-30-december-2011.pdf]*

8 *UK Border Agency, COI Report Kenya (30-12-2011), geraadpleegd op 05-04-2012, [http://www.ecoi.net/file_upload/2016_1325590657_kenya-coi-report-30-december-2011.pdf].*

9 *UK Border Agency, COI Report Kenya (30-12-2011), geraadpleegd op 05-04-2012, [http://www.ecoi.net/file_upload/2016_1325590657_kenya-coi-report-30-december-2011.pdf].*

10 *UK Border Agency, COI Report Kenya (30.12.2011), geraadpleegd op 05.04.2012, [http://www.ecoi.net/file_upload/2016_1325590657_kenya-coi-report-30-december-2011.pdf]*

11 *National Aids Control Council, The Kenya AIDS epidemic. Update 2011. (2012), geraadpleegd op 30.09.2013.*

[[http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2Q12countries/fiie\)68893,fr.pdf](http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2Q12countries/fiie)68893,fr.pdf)]

12 *<http://avrr.belgium.iom.int/nl/over-reab/wat-is-reab.html>*

Aldus blijkt dat de motieven in rechte en in feite van de eerste bestreden beslissing op eenvoudige wijze in die beslissing kunnen worden gelezen zodat verzoekster er kennis van heeft kunnen nemen en heeft kunnen nagaan of het zin heeft deze beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikt. Daarmee is voldaan aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht, zoals voorgeschreven in de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.358; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.357; RvS 21 september 2005, nr. 149.149; RvS 21 september 2005, nr. 149.148). Verzoekster maakt niet duidelijk op welk punt deze formele motivering haar niet in staat zou stellen te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen, derwijze dat niet zou zijn voldaan aan het hiervoor uiteengezette doel van de formele motiveringsplicht. Een schending van artikel 62 van de Vreemdelingenwet en van de artikelen 2 en 3 van voormelde wet van 29 juli 1991 wordt niet weerhouden.

4.2. De Raad stelt vast dat verzoekster verder in het verzoekschrift in wezen inhoudelijke kritiek uit op de bestreden beslissing. Bijgevolg dient het eerste middel te worden bekeken vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

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

Het zorgvuldigheidbeginsel legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenfinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidbeginsel houdt 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.

4.3. In het medisch advies van 1 oktober 2013 stelt de ambtenaar-geneesheer vast dat verzoekster lijdt aan HIV en een CD4 waarde heeft die redelijk goed is waardoor het risico op opportunistische infecties beperkt is. De ambtenaar-geneesheer oordeelt dat verzoekster antiretrovirale medicatie nodig heeft omdat ze anders aids zou ontwikkelen wat op termijn nefaste gevolgen zou hebben. Verder heeft verzoekster nood aan een gespecialiseerde opvolging, dit betekent een arts die in HIV gespecialiseerd is die verzoekster viermaandelijks opvolgt en een labo om de virale lading en de CD4 te meten.

De ambtenaar-geneesheer oordeelt dat verzoekster perfect kan reizen en een normaal leven kan leiden. Zij heeft geen mantelzorg nodig en kan werken. De ambtenaar-geneesheer onderzoekt vervolgens de mogelijkheden van en de toegankelijkheid tot behandeling in het land van herkomst, Kenia.

Op basis van informatie uit de Medcoi-databank oordeelt de ambtenaar-geneesheer, voor wat betreft de beschikbaarheid van de benodigde medische zorgen, dat opvolging door een HIV-specialist, een specialist in infectieziekten en een arts-internist mogelijk is in een publiek en privéziekenhuis te Nairobi. Een bepaling van de CD4 en de virale load is daar ook mogelijk. Wat betreft medicatie is de behandeling tevens beschikbaar.

Aangaande de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, besluit de ambtenaar-geneesheer na onderzoek dat, alles in overweging genomen, kan worden gesteld dat verzoekster aanspraak kan maken op een medische behandeling, en er dan ook geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar haar herkomstland, zijnde Kenia.

De aandoening vormt volgens de ambtenaar-geneesheer derhalve geen risico voor verzoeksters leven of voor haar fysieke integriteit, want medische behandeling is beschikbaar en toegankelijk in het land van herkomst.

4.4. De schendingen van de materiële motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel worden onderzocht in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, waarop de bestreden beslissing steunt.

In het kader van een verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet moet worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong. Dit onderzoek dient geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (*Parl. St. Kamer, 2005-2006, doc. nr. 51-2478/01, 35 en doc. nr. 51-2478/08, 9*).

Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Het onderzoek naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, omvat daarbij een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid ervan.

Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet volgt dat dit onderzoek door de ambtenaar-geneesheer wordt gevoerd.

Bij de beoordeling van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van een noodzakelijke behandeling moet het redelijkheids criterium in acht worden genomen.

4.5.1. Verzoekster betoogt vooreerst dat er geen rekening werd gehouden met haar profiel. Zij stelt in het bijzonder:

“Er dient opnieuw op gewezen te worden dat de informatie die de ambtenaar-geneesheer aanhaalt betrekking heeft op de beschikbaarheid van gespecialiseerde centra in Nairobi.

Verzoekster woonde echter niet in de hoofdstad van Kenia. Zij is een alleenstaande vrouw die volledig geïsoleerd werd van haar sociaal netwerk. Dit blijkt uit de verklaringen die ze heeft afgelegd in de asielpprocedure.

Het is niet redelijk om aan te nemen dat verzoekster als alleenstaande met HIV besmette vrouw in Nairobi zonder netwerk zou kunnen overleven. Niet enkel het redelijkheidsbeginsel werd hier geschonden, ook de zorgvuldigheidsplicht werd geschonden daar de verwerende partij geen rekening heeft gehouden met het profiel van verzoekster zoals op te maken uit het administratief dossier, noch op vlak van haar netwerk, noch op vlak van haar woonplaats. HIV-patiënten hebben met enorme stigmatisering te maken in Kenia. Het feit dat verzoekster een alleenstaande vrouw is maakt haar enkel kwetsbaarder.

(...)

Verzoekster is niet van Nairobi afkomstig. Het zal haar sowieso enige tijd kosten om toegang te krijgen tot medische hulp en de voor haar noodzakelijke behandeling.

(...)

Verwerende partij heeft geen rekening gehouden met verzoeksters specifieke profiel en haar verhoogde kwetsbaarheid. Verzoekster is een alleenstaande vrouw, die van haar familiale en sociale netwerk gescheiden is. Ze werd in Kenia verkracht en is als HIV-patiënt extra kwetsbaar gezien het stigma dat op HIV rust.”

4.5.2. Uit de aanvraag van 10 september 2009 blijkt dat verzoekster niet enkel heeft gewezen op haar gezondheidstoestand, op de heersende situatie in Kenia met betrekking tot de verspreiding van HIV en het voorzien van een adequate behandeling maar ook op het gegeven dat zij alleenstaande is en dat zij geen familie heeft om op terug te vallen bij terugkeer naar Kenia. Verder blijkt uit deze aanvraag dat verzoekster niet afkomstig is van Nairobi maar van de stad Nyeri, in het zuiden van Kenia.

Uit het medisch advies volgt dat de ambtenaar-geneesheer het onderzoek naar de beschikbaarheid van de benodigde medische zorgen heeft beperkt tot de hoofdstad van Kenia, met name Nairobi. Wat betreft de mogelijkheid tot werken, stelt de ambtenaar-geneesheer vast dat geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voorligt en dat *“er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar 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.”*

Uit het advies blijkt derhalve niet dat rekening werd gehouden met het profiel van verzoekster als alleenstaande HIV-besmette vrouw, die geen netwerk heeft in Nairobi waarvan zij niet afkomstig is.

Verzoekster wijst erop dat HIV-patiënten in Kenia te maken hebben met stigmatisering, hetgeen steun vindt in het administratief dossier.

Uit het rapport van 2011 van de National Aids Control Council *“The Kenya AIDS epidemic”*, dat zich in het administratief dossier bevindt en waarnaar de ambtenaar-geneesheer in voetnoot 11 van zijn advies verwijst, blijkt immers dat HIV-patiënten te lijden hebben onder stigmatisering en discriminatie, ook op de arbeidsmarkt, hoewel beleidsmaatregelen worden genomen om stigmatisering en discriminatie tegen te gaan (p. 31, 63-64).

Er blijkt niet dat bij het beoordelen van de beschikbaarheid en de (financiële) toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, in casu de toegang tot de arbeidsmarkt, rekening werd gehouden met het profiel van verzoekster als alleenstaande HIV-besmette vrouw en het risico op stigmatisering, hoewel de verwerende partij kennis had van deze elementen, zoals blijkt uit het administratief dossier.

4.5.3. In haar nota met opmerkingen repliceert de verwerende partij als volgt:

“Zo meent verzoekende partij dat de arts-attaché het onzorgvuldigheidsbeginsel schendt door enkel te verwijzen naar een specialist in de hoofdstad Nairobi, terwijl zij niet afkomstig is uit de hoofdstad. Verweerder benadrukt in eerste instantie dat dit betoog van verzoekende partij dient te worden beoordeeld tegen de achtergrond van het gegeven dat de wetgever, bij de invoering van artikel 9 ter in de Vreemdelingenwet, vooropstelde dat: “Het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong of verblijf gebeurt geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, en wordt geëvalueerd binnen de limieten van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens” (Pari. St. Kamer, 2005-2006, DOC 51-2478/001, p. 35).

Het was bijgevolg de uitdrukkelijke wil van de wetgever om de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging in het herkomstland te beoordelen binnen de limieten van de rechtspraak van het EHRM. Het is bijgevolg nuttig om kort in te gaan op de rechtspraak van dit Hof inzake de verwijdering van (ernstig) zieke vreemdelingen.

Het EHRM oordeelde in Grote Kamer dat artikel 3 van het EVRM niet het recht aan een vreemdeling waarborgt om op het grondgebied van een Staat te blijven louter om reden dat die Staat hetere medische verzorging kan verstrekken dan zijn land van herkomst en dat zelfs de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand beïnvloedt en de levensverwachting op significante wijze vermindert, niet volstaat om een schending van die bepaling op te leveren. Het EVRM is volgens het EHRM immers essentieel gericht op de bescherming van burgerlijke en politieke rechten. Volgens het EHRM kan artikel 3 van het EVRM niet beschouwd worden als een verplichting voor de verdragspartijen om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen (EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05, N. t. het Verenigd Koninkrijk).

Uit de rechtspraak van het EHRM blijkt dat het gegeven dat een medische behandeling beperkt beschikbaar is omwille van logistieke of geografische redenen en dus minder makkelijk te verkrijgen of minder toegankelijk is in het land van terugkeer dan in de betrokken Verdragsluitende Staat, hetzij dat financiële toegankelijkheid van de beschikbare behandeling ernstige problemen kan geven, niet doorslaggevend is (EHRM 15 februari 2000, nr. 46553/99, SCC v. Zweden (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 22 juni 2004, nr. 17868/03, Ndangoya v. Zweden (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 25 november 2004, nr. 25629/04, Amegnigan v. Nederland (ontvankelijkheidsbeslissing)).

"Uit de hierboven aangehaalde door het EHRM in Grote Kamer vastgestelde principes die het EHRM in dergelijke zaken hanteert, blijkt dat artikel 3 van het EVRM geenszins een verplichting inhoudt om verzoekster in België verder te behandelen voor haar aandoening omdat de (louter op algemene wijze aangetoonde) staat van het Kosovaars systeem van gezondheidszorg niet zou voldoen aan de Belgische standaarden. Tevens blijkt uit de hierboven geciteerde rechtspraak van het EHRM dat kostenloosheid van de medische behandeling geenszins een vereiste is en dat zelfs al zou er een aanzienlijke kost zijn voor verzoekers, zulks er geenszins toe leidt dat dit strijdig zou zijn met artikel 3 van het EVRM.

[...] 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 of slechts tegen betaling door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het EVRM. Verder dient er toch op gewezen te worden dat de informatie waarop de verwerende partij zich gebaseerd heeft van een recentere datum is dan de informatie waarop de verzoekers zich steunen. [...]

Nogmaals wordt er op gewezen dat de bestreden beslissing wel degelijk de toegankelijkheid heeft onderzocht doch dat verzoekers een andere invulling geven aan het begrip 'toegankelijkheid'. De invulling die verzoekers lijken te geven aan toegankelijkheid, met name dat naast het onderzoek naar de beschikbaarheid van medicatie ook dient te worden onderzocht wat de effectieve toegankelijkheid is en hoe het zit met de continuïteit van de medicatie, vindt geen steun in de rechtspraak van het EHRM en kan in deze dan ook niet toelaten te besluiten dat er een verkeerde toepassing is gemaakt van artikel 9 ter van de vreemdelingenwet of dat de bestreden beslissing op dit punt gebrekkig gemotiveerd is." (R.v.V. nr. 74.693 van 7 februari 2012)

De beschouwingen van verzoekende partij dat zij als alleenstaande vrouw kwetsbaar is doet aan het voorgaande geen afbreuk."

Wat betreft de verwijzing naar rechtspraak van het EHRM aangaande artikel 3 van het EVRM en de daaruit volgende argumentatie van de verwerende partij, merkt de Raad op dat dit een a posteriori redengeving betreft die niet is terug te vinden in de bestreden beslissing noch in het administratief dossier.

De Raad stelt verder vast dat uit de bewoordingen en de tekst van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet zelf niet blijkt dat het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende behandeling is in het land van oorsprong of verblijf moet worden geëvalueerd binnen de limieten van de rechtspraak van het EHRM. In dit kader past het in herinnering te brengen dat volgens vaste rechtspraak van de Raad van State het toepassingsgebied van de gehanteerde bepaling, met name artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, ruimer is (RvS 9 september 2015, nr. 232.141). Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is tevens een autonome nationale bepaling (cf. RvS 16 oktober 2014, nr 228.778 en RvS 5 november 2014, nrs.229.072 en 229.073).

In zoverre artikel 9ter van de Vreemdelingenwet toch zou inhouden dat het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende behandeling is in het land van oorsprong of verblijf, moet worden geëvalueerd binnen de limieten van de rechtspraak van het EHRM, merkt de Raad verder op dat dit gegeven de verwerende partij er niet van ontslaat om het onderzoek geval per geval te voeren, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, quod non in casu.

Daarbij moet worden vermeld dat het EHRM zijn rechtspraak met betrekking tot artikel 3 van het EVRM en ernstig zieke vreemdelingen heeft verduidelijkt, zodat de verwerende partij niet langer nuttig naar oudere rechtspraak kan verwijzen. In casu heeft het EHRM de hoge drempel verder toegelicht die stelt dat enkel *"in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn"*, een schending van artikel 3 EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42).

Uit het arrest Paposhvili (EHRM 13 december 2016 (GK), nr. 41738/10, par. 183) blijkt namelijk dat onder deze uitzonderlijke gevallen, niet alleen worden begrepen situaties van verwijdering van ernstig zieke personen waar er sprake is van een onmiddellijk en nakend levensgevaar, enerzijds, maar ook situaties worden begrepen van verwijdering van ernstig zieke personen bij wie er ernstige aanwijzingen

zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of een aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland, anderzijds. Hierbij benadrukt de Raad dat verzoekster lijdt aan HIV en volgens de ambtenaar-geneesheer ART-medicatie nodig heeft omdat ze anders aids zal ontwikkelen wat op termijn nefaste gevolgen heeft.

Wat betreft het vereiste onderzoek in het licht van artikel 3 van het EVRM, moet volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze zou evolueren na de transfer in de ontvangende staat. Het risico op een schending van artikel 3 van het EVRM moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie aldaar en de individuele omstandigheden van de betrokken persoon. Daarbij moet voor elke afzonderlijke zaak worden nagaan of de zorg, algemeen beschikbaar in de ontvangende Staat, in de praktijk voldoende en geschikt is voor de behandeling van de ziekte van de betrokken persoon om te vermijden dat hij wordt blootgesteld aan een behandeling in strijd met artikel 3 van het EVRM. Tevens moet de mate waarin de betrokken persoon daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg in de ontvangende Staat worden onderzocht. In dit kader wijst het EHRM op de noodzaak om de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk en de reisafstand tot de benodigde zorgen, bij dit toegankelijkheidsonderzoek in overweging te nemen (zie par. 190).

Zoals hierboven reeds vastgesteld, blijkt uit het advies niet dat rekening werd gehouden met het gegeven dat verzoekster een alleenstaande HIV-besmette vrouw is zonder netwerk in Nairobi, waarvan zij niet afkomstig is, noch blijkt dat deze individuele omstandigheden in overweging werd genomen bij het onderzoek naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen. De nota van verwerende partij doet hieraan geen afbreuk.

4.6.1. Wat betreft de ART-medicatie die gratis is voor aidspatiënten en waarbij de ART-dekking is gestegen tot 70% in Kenia, uit verzoekster kritiek op het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer naar een "rapport van de Daily Nation" verwijst om te stellen dat de "bevoorrading met anti-retrovirale geneesmiddelen in Kenia toereikend" is.

Verzoekster voert met name aan:

"Ten eerste gaat het niet om een "rapport" van de Daily Nation, maar om een erg bondig internetartikel van een mediagroep. De ambtenaar-geneesheer heeft de terminologie van het UKBA rapport kritiekloos overgenomen zonder na te gaan wat er effectief in het "rapport" van de Daily Nation stond (zie bijlage 4). Ten tweede gaat het inderdaad niet om een rapport. De term "rapport" insinueert immers dat er onafhankelijk onderzoek heeft plaatsgevonden. De stelling dat er genoeg medicijnen zijn vloeit echter niet voort uit enig onderzoek, het daarenboven zelfs geen stelling of bevinding die van de Daily Nation uitgaat. De Daily Nation citeert enkel de Nationale Aidsraad van Kenia die reageert op een stelling van een middenveldorganisatie die zich bekommert om het lot van HIV-patiënten, dat er niet genoeg ART medicijnen beschikbaar zijn. Het enige wat uit het Daily Nation stukje kan afgeleid worden is dat een middenveldorganisatie die zich permanent bekommert om HIV-patiënten een reële vrees heeft dat er niet genoeg ART medicijnen beschikbaar zijn en dat de overheid van Kenia daar voorspelbaar sussend op reageert. Dit wijst er met andere woorden eerder op dat de nodige zorg niet, dan wel, toegankelijk is voor verzoekster."

4.6.2. De verwerende partij repliceert in haar nota:

"Met betrekking tot de kritiek van verzoekende partij als zouden er onvoldoende antiretrovirale middelen aanwezig zijn in het land van herkomst, laat verweerder gelden dat duidelijk blijkt uit het UK Border Agency report dat de nodige ART medicijnen beschikbaar zijn. Opnieuw laat verweerder gelden dat verzoekende partij geen documenten voorlegt die aannemelijk maken dat de vaststellingen van de arts-attaché niet waarheidsgetrouw zijn. Verzoekende partij beperkt zich enkel tot kritiek als zou de stelling dat er voldoende medicijnen zijn niet voortvloeit uit een onderzoek, zonder het tegendeel te bewijzen. Het loutere feit dat verzoekende partij van mening is dat er onvoldoende geneesmiddelen beschikbaar zijn in het land van herkomst, waaruit zij zelf afleidt dat zij voldoet aan de voorwaarden van art. 9ter Vreemdelingenwet en op die grond moet worden gemachtigd tot verblijf, maakt uiteraard niet dat de aanvraag zonder meer gegrond dient te worden verklaard; zulks zou net een negatie zijn van de

vereiste dat door de ambtenaar-geneesheer een advies moet worden verstrekt, hetgeen in casu ook gebeurd is.”

4.6.3. De Raad oordeelt dat de verwerende partij niet kan worden gevolgd in haar repliek om de hierna volgende redenen.

De vaststelling in het advies dat de ART-dekking in Kenia is gestegen tot 70% vindt steun in het administratief dossier, met name in het rapport van het UK Border Agency waar op pagina 140 wordt verwezen naar een mededeling van de “*United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS Country Report – Kenya 2010, undated*”. Evenwel kan noch uit deze mededeling noch uit het UK Border Agency-rapport worden afgeleid dat bevoorrading met anti-retrovirale geneesmiddelen in Kenia ‘toereikend’ is, zoals in het advies wordt gesteld.

Voor de stelling dat de ART-bevoorrading toereikend is, baseert het advies zich op een “*rapport van de Daily Nation*”. In het advies wordt verwezen naar een voetnoot 10, die op zijn beurt refereert aan een COI-rapport van 30 september 2011 van de UK Border Agency met betrekking tot Kenia, zonder dat daarbij een paginanummer wordt vermeld. Uit lezing van het UK Border Agency-rapport blijkt dat de ambtenaar-geneesheer verwijst naar pagina 142, punt 24.13, in het onderdeel “*HIV/AIDS – ANTI-RETROVIRAL TREATMENT*” van dit rapport, waarin te lezen valt:

“24.13 A Daily Nation report, Kenya: Aids Control Council Allays Fears Over Drug Shortage, dated 24 May 2011, stated that:

“Nairobi - Kenya has enough supply of antiretroviral drugs, the Aids control council has said.

“According to the National Aids Control Council, there are enough drugs for the 400,000 people on treatment.

“Last year's national budget allocated Sh900 million to ensure Kenyans have these drugs,’ the agency's deputy director for coordination and support, Dr Sobbie Mulindi, said on Tuesday [24 May 2011].

“He added that the government had put measures in place to ensure a consistent supply of free condoms for those who cannot purchase them, adding that ‘female condoms are also very available’.

“Dr Mulindi dismissed claims that there may be counterfeit ARVs being dispensed to unsuspecting wananchi [citizens].

“The Kenya Bureau of Standards makes certain that the drugs we supply are of high quality and we also regulate the bodies that supply these drugs.

“Through the Ministry of Health, we know that Kenyans are receiving good medication,” he said.

“In March [2011], a civil society group, The National Empowerment Network of People Living with HIV/Aids in Kenya, had said that there was a looming shortage of the lifeprolonging drugs - claims the government refuted.” [16u]”

Uit een verdere integrale lezing van het UK Border Agency rapport volgt dat “*Daily Nation*” in wezen een Keniaanse krant is. Het “*rapport van de Daily Nation*”, waarop de ambtenaar-geneesheer zich steunt om te stellen dat de ART-bevoorrading toereikend is, blijkt aldus één krantenbericht op het internet te zijn, zoals verzoekster terecht aanvoert, dat integraal in het UK Border Agency-rapport wordt weergegeven. In dit krantenbericht staat vermeld dat een middenveldorganisatie het dreigende tekort aan levensverlengende geneesmiddelen aanklaagt en dat deze kritiek door de Keniaanse National Aids Control Council wordt betwist, waarbij deze Council wordt geciteerd als stellende dat er genoeg voorraad is aan ART-medicatie.

Verzoekster kan worden gevolgd waar zij stelt dat uit dit krantenbericht slechts blijkt dat de verschillende standpunten van het middenveld en de Keniaanse overheid inzake de toegankelijkheid en beschikbaarheid van ART-medicatie worden weergegeven. Er wordt in het krantenartikel inderdaad geen stelling of bevinding van de Daily Nation opgenomen die één van de weergegeven standpunten zou bevestigen of weerleggen.

De Raad stelt verder vast dat aan dit krantenartikel van de Daily Nation evenmin één of andere conclusie wordt verbonden door de UK Border Agency. Het UK Border Agency-rapport beperkt zich immers tot het oplijsten van allerlei informatiebronnen, gaande van overheidsbronnen tot IGO- en NGO-bronnen tot krantenartikelen. In de inleiding van het rapport wordt daarover vermeld: “*The Report provides general background information about the issues most commonly raised in asylum/human rights claims made in the United Kingdom. (...) The Report is compiled wholly from material produced by a wide range of recognised external information sources and does not contain any UKBA opinion or policy. (...) The Report aims to provide a compilation of extracts of the source material identified, focusing on the main issues raised in asylum and human rights applications. It is not intended to be a*

detailed or comprehensive survey. For a more detailed account, the relevant source documents should be examined directly.”

Verzoekster toont derhalve – aan de hand van het UK Border Agency rapport zelf – afdoende aan dat de stelling in het advies dat de ART-bevoorrading toereikend is, in casu niet voortvloeit uit enig (onafhankelijk) onderzoek. Het blijkt immers slechts te zijn gebaseerd op één enkel krantenbericht, vermeld in het UK Border Agency-rapport, waarin enkel verschillende standpunten worden weergegeven, zonder dat daar enige conclusie aan wordt verbonden noch door de Daily Nation noch door het UK Border Agency.

4.7.1. Verzoekster uit vervolgens deze kritiek: *“De geneesheer-ambtenaar verwijst naar informatie uit een rapport van de UK Border Agency van 2011 waarin een artikel van de Business Daily wordt geciteerd waarin melding wordt gemaakt van nieuwe ziekteverzekeringsinstrumenten, zogenaamde micro verzekeringen. Het gaat om Changamka, Bima Ya Jamil en Afya Milele. De geneesheer-ambtenaar neemt de inhoud van dit artikel, een erg bondige beschrijving van vermelde verzekeringsproducten kritiekloos over. Uit het geciteerde artikel valt niet op te maken wie onder welke voorwaarden de voordelen van deze producten kan genieten, noch wat de reële kost is voor iemand die zicht er bij wilt aansluiten. Het blijkt niet uit het geciteerde artikel dat deze spitsvondige verzekeringsproducten enigszins effectief zijn in wat ze beloven te doen. Het valt ook niet op te maken of een ART behandeling die verzoekster nodig heeft door deze producten zou kunnen gedekt worden. Iets lager staat in het UKBA rapport te lezen dat de geneesmiddelen distributie in Kenia met een enorme corruptie te maken heeft en dat de gezondheidszorg zwaar gepolitiseerd is wat de geneesmiddelen distributie niet ten goede komt (zie pg 139 van het UKBA rapport, bijlage 3).”*

(...)

Indien verzoekster naar Kenia dient terug te keren zal ze niet direct werk hebben, dat zou onmogelijk zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat ze daadwerkelijk aanspraak zal kunnen maken op financiële hulp voor de nodige behandelingen. De ambtenaar-geneesheer stelt wel dat de ART medicijnen gratis zijn voor aidspatiënten, maar dit ziet over het hoofd dat labo-kosten ook een ontoelaatbaar hoge financiële drempel kunnen vormen. Dit laatste verklaart misschien waarom 30% van zij die een ART behandeling nodig hebben in Kenia er geen krijgen.

Zelfs in het hypothetische geval dat er een ziekteverzekering zou zijn die verzoekster zou kunnen aangaan zal er sowieso een overgangperiode zijn waarin ze geen enkele hulp of bijstand zal krijgen. Verzoekster is niet van Nairobi afkomstig. Het zal haar sowieso enige tijd kosten om toegang te krijgen tot medische hulp en de voor haar noodzakelijke behandeling.

Voor een HIV-patiënte is deze vaststaande onderbreking van de ART behandeling nefast. Volgens de specialist-arts zal ze spoedig ziek worden, zullen er ernstige gevaren zijn voor de volksgezondheid, en zal het tot ernstige medische complicaties leiden. Het zou ook leiden tot een resistentere virus, en de verspreiding ervan. De mortaliteit bij stopzetting van de behandeling is 100% .

4.7.2. De verwerende partij repliceert in haar nota met opmerkingen als volgt:

“Evenmin kan de kritiek van verzoekende partij aangenomen worden, als zijnde dat er niet werd gemotiveerd wie onder welke voorwaarden de voordelen van de geciteerde verzekeringsproducten kan genieten.

Verweerder laat gelden dat verzoekende partij met haar vage kritiek niet aannemelijk maakt dat de vaststellingen van de arts-attaché geen toepassing kunnen vinden op haar, zodat de beschouwingen van verzoekende partij niet kunnen worden aangenomen.

Te meer verzoekende partij ook niet verwijst naar enige documenten waaruit zou blijken dat zij geen gebruik kan maken van de geciteerde verzekeringsproducten.

Verweerder laat bovendien nog gelden dat de arts-attaché niet enkel verwijst naar deze verzekeringsproducten teneinde aan te tonen dat de medische zorgen financieel toegankelijk zijn. Immers verwijst de arts-attaché tevens naar de infrastructuur die door de NGO's worden opgebouwd, alsook naar het Essential drug Concept die de essentiële geneesmiddelen toegankelijk maken voor de bevolking.

Zelfs indien de kritiek van verzoekende partij terecht zou zijn, dient bijgevolg te worden vastgesteld dat de overige motieven de aangevochten beslissing voldoende ondersteunen.

De kritiek van de verzoekende partij heeft immers uitsluitend betrekking op een ten overvloede vermeld gedeelte van de motivering van de bestreden bestuurlijke beslissing. Als zodanig kan zij niet leiden tot het doen aannemen van een schending van voormelde rechtsregels of van enige andere rechtsregel, noch kan zij, bijgevolg, een nietigverklaring van de bedoelde beslissing verantwoorden, (zie ook: R.v.St.

nr. 155.690, 28 februari 2006; R.v.St. nr. 116.712, 6 maart 2003; R.v.St. nr. 111.882, 24 oktober 2002; R.v.St. nr. 73.094, 17 april 1998)

Geheel ten overvloede laat verweerder nog gelden dat verzoekende partij er met haar kritiek als zou de gemachtigde van de Staatssecretaris ook zelf uitdrukkelijk moeten motiveren in de bestreden beslissing over de financiële toegankelijkheid, ook aan voorbijgaat dat het aan de arts-adviseur toekomt om dit element te onderzoeken en om hierover te adviseren, en dit conform de uitdrukkelijke bewoordingen van art. 9ter Vreemdelingenwet. Het is daarbij net de bedoeling geweest van de wetgever dat de gemachtigde van de Staatssecretaris zich ter zake zou steunen op het advies van de arts-adviseur (dat aan verzoekende partij onder gesloten omslag werd betekend samen met de bestreden beslissing), zodat verzoekende partij haar kritiek geenszins van aard is afbreuk te doen aan de wettigheid van de bestreden beslissing."

4.7.3. Verzoekster wijst er dus op dat ART-medicatie dan wel gratis is maar de labokosten niet en dat deze ook een ontoelaatbaar hoge financiële drempel kunnen vormen.

In het advies meldt de ambtenaar-geneesheer dat verzoekster nood heeft aan een "*labo om de virale lading en de CD4 te meten*".

Verder volgt uit het advies dat HIV-patiënten inderdaad zelf moeten tussenkomen voor de labokosten.

In het advies wordt verwezen naar het Essential Drug Concept om essentiële geneesmiddelen zo toegankelijk (betaalbaar) mogelijk te maken voor HIV-patiënten. Uit het advies noch uit het administratief dossier, met name het UK Border Agency-rapport waarnaar in voetnoot 7 wordt verwezen, kan worden afgeleid dat een "*labo om de virale lading en de CD4 te meten*" onder dit Essential Drug Concept valt. Er blijkt enkel dat deze beleidsmaatregel slechts medicatie betreft, zodat de verwerende partij in haar nota niet nuttig naar het Essential Drug Concept kan verwijzen om te stellen dat verzoekster (financieel) toegang heeft tot een "*labo om de virale lading en de CD4 te meten*".

In het advies wordt verwezen naar het gegeven dat verzekeringsmaatschappijen hun aanbod van beter betaalbare producten vergroten, met name worden vermeld: Changamka (microziekteverzekering, Changamka is een product dat zijn leden de mogelijkheid biedt verzorging te krijgen tegen een gering bedrag zoals 450 KES per doktersbezoek); Bima Ya Jamii (micro- gezondheidsproduct van CIC Insurance dat aandringt tot sparen en tegelijkertijd het risico dekt); Afya Miiieie (stelt gezinnen met laag inkomen in staat een dekking te verkrijgen (voor 4 gezinsleden) voor een al of niet in een ziekenhuis opgenomen patiënt, tegen 35 KES per dag - deze dekking omvat kraamzorg, betaling van medicatie, kosten ziekenhuisopname per dag en het voorschrijven van geneesmiddelen).

Verwerende partij voert in haar nota aan dat verzoekster niet verwijst naar enige document waaruit zou blijken dat zij geen gebruik kan maken van de geciteerde verzekeringsproducten. Verwerende partij gaat er evenwel aan voorbij dat het onderzoek naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen door de ambtenaar-geneesheer moet worden gevoerd, zoals in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet kan worden gelezen. Dit toegankelijkheidsonderzoek omvat ook een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, waarbij rekening moet worden gehouden met de individuele situatie van de aanvrager en waarbij voor de beoordeling van de toegankelijkheid van een noodzakelijke behandeling het redelijkheids criterium in acht moet worden genomen.

Uit een samenlezing van het advies en het administratief dossier blijkt dat verzoekster kan worden gevolgd in haar betoog dat de ambtenaar-geneesheer voor deze verzekeringsproducten gewoonweg verwijst naar een krantenartikel van de Business Daily dat wordt geciteerd in het UK Border Agency-rapport op pagina 138. Uit dit krantenartikel blijkt evenwel niet wie onder welke voorwaarden de voordelen van deze producten kan genieten, noch wat de reële kost is voor iemand die zich er bij wil aansluiten. Verder kan uit het artikel, zoals geciteerd in het UK Border Agency-rapport waarop de ambtenaar-geneesheer zich steunt, ook niet worden afgeleid of deze ziektekostenverzekeringen een overgangsperiode hanteren.

Waar het advies noch het administratief dossier enige informatie bevat over de voorwaarden, de kosten, de voordelen en de eventuele overgangsperiode met betrekking tot de vermelde ziekteverzekeringen Changamka, Bima Ya Jamil en Afya Milele, kan in het licht van de ernstige aandoening van verzoekster – met name een HIV-infectie die bij onderbreking van de nodige medische zorgen nefaste gevolgen kan hebben – niet worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer op zorgvuldige en redelijke wijze heeft besloten dat de financiële toegankelijkheid van noodzakelijke medische zorgen, in casu "*labo om de virale lading en de CD4 te meten*", voldoende is gewaarborgd.

In haar nota verwijst de verwerende partij ook naar de infrastructuur die door NGO's wordt opgebouwd, zoals vermeld in het advies van de ambtenaar-geneesheer. De Raad merkt op dat deze verwijzing naar infrastructuur opgebouwd door NGO's in de juiste context van het advies moet worden gelezen. In het advies wordt vermeld dat de meest elementaire diensten door de privé-gezondheidsinfrastructuren worden verstrekt, en dit zelfs in de landelijke zones, terwijl in de publieke gezondheidsinfrastructuren dit niet altijd het geval is. Daarbij wordt opgemerkt dat de particuliere infrastructuur een beter verzorgingsniveau biedt dan de regeringsinfrastructuur, maar dat deze voor de meerderheid van de Kenianen financieel niet haalbaar is. Het advies wijst erop dat de infrastructuur die door de NGO's wordt beheerd meestal een beter evenwicht tussen verzorging en kosten vertoont. Het advies haalt het voorbeeld aan van gezondheidscentrum Lwala Community waar de minimumprijs wordt aangerekend aan 85% van de patiënten, die bereid zijn vele kilometers af te leggen om deze kwantitatief betere en goedkopere verzorging te krijgen.

De verwijzing naar infrastructuur van NGO's dient dus geplaatst te worden in de context van een problematiek die betrekking heeft op een goede prijs-kwaliteitsverhouding in het verlenen van de meeste elementaire diensten. De verwijzing naar infrastructuur door NGO's zegt in casu dus niets over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van *“labo om de virale lading en de CD4 te meten”*. Verwerende partij kan dan ook niet worden gevolgd waar zij meent dat de kritiek van verzoekster uitsluitend betrekking heeft op een ten overvloede vermeld gedeelte van de motivering.

4.8. Weliswaar neemt de Raad kennis van het feit dat de ambtenaar-geneesheer ook heeft verwezen naar het REAB-programma van de IOM en naar het feit dat verzoekster niet arbeidsongeschikt is, maar deze elementen kunnen op zich niet volstaan voor het financiële toegankelijkheidsonderzoek, zoals trouwens ook blijkt uit het advies zelf, waarin eerst en vooral de algemene situatie wordt geschetst in het licht van verschillende systemen van ziektekostenverzekering in Kenia. De ambtenaar-geneesheer geeft hiermee immers onmiskenbaar aan dat hij uitgaat van een zekere complementariteit tussen de financiële draagkracht van verzoekster en de wijze waarop zij in haar land van herkomst zou kunnen terugvallen op enige tussenkomst vanwege de overheid of via een verzekeringssysteem. Een en ander klemmt des te meer nu verzoekster lijdt aan een HIV-infectie, hetgeen essentiële en continue medische zorgen behoeft.

Daarenboven laat het enkele en zeer algemene motief dat verzoekster een beroep kan doen op de IOM en dat indien zij specifieke, d.i. medische, bijstand nodig heeft, kan worden vergezeld door een (medische) begeleider tot aan een eindbestemming, op zich niet toe vast te stellen dat de benodigde medische zorgen in het geval van verzoekster zonder onderbreking beschikbaar en financieel toegankelijk zullen zijn. Evenmin blijkt dit uit het administratief dossier.

4.9. Gelet op de verschillende elementen die hierboven worden besproken en de daaruit volgende vaststellingen, kan verzoekster worden bijgetreden waar zij stelt dat op *“onvoldoende wijze werd nagegaan of de continuïteit van de noodzakelijke behandeling wel gegarandeerd is m.b.t. een terugkeer naar Kenia en door geen rekening te houden met het gebrek aan sociale of familiale banden in Kenia schendt de bestreden beslissing artikel 9ter Vreemdelingenwet.”*

De Raad besluit dat de ambtenaar-geneesheer niet met de vereiste zorgvuldigheid heeft onderzocht of de benodigde medische zorgen, rekening houdend met de individuele situatie van verzoekster, beschikbaar en voldoende toegankelijk zijn.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bij de totstandkoming van het advies van de ambtenaar-geneesheer is aannemelijk gemaakt. De bestreden beslissing die, zoals reeds werd gesteld, volledig aan dat advies is opgehangen, is derhalve met hetzelfde gebrek behept. De argumenten van de verwerende partij doen aan het voorgaande geen afbreuk.

Het eerste middel is in de besproken mate gegrond en leidt tot de nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing. De overige middelonderdelen behoeven geen verdere bespreking.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen in zoverre het is gericht tegen de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 4 oktober 2013 tot het opleggen van een inreisverbod (bijlage 13sexies).

Artikel 2

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 4 oktober 2013 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard, wordt vernietigd.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negentien mei tweeduizend zeventien door:

mevr. M. MAES,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. T. LEYSEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

M. MAES