

Arrest

nr. 192 442 van 25 september 2017
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

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

DE VOORZITTER VAN DE RAAD,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Egyptische nationaliteit te zijn, op 29 mei 2017 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 13 april 2017 waarbij een aanvraag om, 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, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 18 juli 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 11 september 2017.

Gehoord het verslag van de voorzitter van de Raad G. DE BOECK.

Gehoord de opmerkingen van advocaat R. VAN DE SIJPE, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. VAN DE PUTTE, 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. Bij aangetekend schrijven van 5 januari 2016 diende verzoeker een aanvraag in om, 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 (hierna: de Vreemdelingenwet), tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd.

1.2. De gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging nam op 13 april 2017 de beslissing waarbij verzoekers aanvraag om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard. Deze beslissing, die verzoeker op 11 mei 2017 ter kennis werd gebracht, is gemotiveerd als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 05.01.2016 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*[M.M.A.S.] [...]
nationaliteit: Egypte
[...]*

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 28.10.2016, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden(en) :

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

We verwijzen naar het medisch verslag opgesteld door de arts-adviseur op 11.04.2017 (zie gesloten omslag in bijlage).

Derhalve

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

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

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

Er wordt geen rekening gehouden met eventuele stukken toegevoegd aan het beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gezien deze niet ter kennis werden gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het komt immers aan betrokkene toe om alle nuttige en recente inlichtingen in zijn aanvraag of als aanvulling op deze aanvraag aan onze diensten over te maken.”

Dit is de bestreden beslissing.

2. Over de rechtspleging

Aan verzoeker werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van de partijen om de kosten van het geding ten laste te leggen van de tegenpartij.

3. Over de ontvankelijkheid

Verweerder betwist de ontvankelijkheid van de vordering tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing. Uit hetgeen hierna volgt zal blijken dat de vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring samen dienen te worden behandeld, aangezien het beroep tot nietigverklaring slechts korte debatten vereist. In die omstandigheden is het niet nodig om de opgeworpen exceptie te onderzoeken.

4. Onderzoek van het beroep

4.1. Verzoeker voert in een enig middel de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van het redelijkheidsbeginsel, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht.

Hij verschaft de volgende toelichting:

“1.

Niettegenstaande de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen niet bevoegd is om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid, is de Raad wel bevoegd om in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Iedere beslissing van de overheid dient in alle redelijkheid en met de nodige zorgvuldigheid te worden genomen.

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

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

Artikel 9 ter, §1 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet) luidt als volgt:

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

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

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

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

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

2.

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

In het advies van de ambtenaar-geneesheer die naar aanleiding van de aanvraag om verblijfsmachtiging dd. 05.01.2016 werd aangeduid door de gemachtigde van de Staatssecretaris, blijkt evenwel dat een dergelijke onderzoek niet in concreto is gebeurd. Door verwerende partij werden louter enkele algemene bevindingen genoteerd, doch zulks werd niet toegepast op de concrete situatie van verzoeker.

EERSTE ONDERDEEL

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer kan vooreerst niet worden nagegaan of de medicatie van verzoeker weldegelijk beschikbaar is.

Immers, geen van de medicijnen die door verzoeker worden ingenomen (zie bijlage standaard medisch attest dd. 13.02.2017 van Dr. [V.P.], worden vermeld op de door verwerende partij geciteerde website (http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/EGY_EML_2006.pdf?ua=1). Welke alternatieve geneesmiddelen door de ambtenaar-geneesheer in aanmerking worden genomen, kan verzoeker uit het overgemaakte advies niet achterhalen, zodat moet worden aangenomen dat het zorgvuldigheidsbeginsel, minstens het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsplicht door verwerende partij is geschonden. Verzoeker kan bij lezing van het advies immers niet nagaan of zijn medicatie beschikbaar is in het land van herkomst. De bijlage waarnaar verwezen wordt, werd niet gevoegd aan het advies. Bovendien stelt zich de vraag op grond waarvan de ambtenaar-geneesheer de voorgeschreven geneesmiddelen zou kunnen vervangen door andere geneesmiddelen. Er werd immers geen overleg gepleegd met de behandelende geneesheren omtrent de mogelijkheid tot het vervangen van medicatie.

TWEEDE ONDERDEEL

Evenmin werd door verwerende partij nagagaan of de medische zorgen specifiek voor verzoeker toegankelijk zijn.

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

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

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

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

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

Bovendien blijkt uit algemeen beschikbare internetartikelen duidelijk dat in 2014 40 percent van de ziekenhuizen in de onmogelijkheid zijn om afdoende medische zorgen geven, wegens gebrekkig onderhouden materiaal en faciliteiten. Anno 2016 wordt meer dan 80 percent van de gezondheidszorg door de overheid geleverd, doch blijkt dit verwoest te zijn door wanbeheer, waardoor er een tekort is van goed opgeleide dokters en verplegers, alsook aan medicatie en materiaal. De kwaliteit van de medische zorgen is dan ook bedroevend. Bovendien staat vast dat patiënten vaak informele kosten moeten dragen. Bijna 3/4 van de kosten van de gezondheidszorg worden uit eigen zak betaald (zie The economist, Health care in Egypt, Dirty sheet and stray cats, 20.06.2015, te vinden op <http://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21654659-dirty-sheets-and-stray-cats>).

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

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

Zie tevens: 'Egypt's health care system is ailing. More than 80% of health services in Egypt are provided by government-run hospitals but Egypt's state-run health system is blighted by mismanagement', te

vinden op <http://www.thearabweekly.com/Opinion/3882/Egypt%E2%80%99s-health-care-system-is-ailing>, 19.02.2016:

The basic difference between the hospitals is about the disparity between Egypt's public and private health sectors and also about what went wrong with the country's state-run hospitals.

"We talk here about two different things: hospitals that are totally mismanaged, which reflects on the type of services they offer and others that are managed well," said Dr Ahmed Saafan, who until recently was Egypt's assistant health minister. "At the private hospitals, there are trained doctors and nurses as well as medicines and equipment, whereas the state-run hospitals do not have any of this."

More than 80% of health services in Egypt are provided by government-run hospitals but Egypt's state-run health system is blighted by mismanagement.'

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

Het gezondheidszorgsysteem in Egypte, zoals door de ambtenaar-geneesheer in het advies omschreven, wordt op vandaag gekenmerkt door inefficiëntie, tekorten en beperkt bereik, zodat geenszins is aangetoond dat de medische zorgen voor verzoeker toegankelijk zouden zijn, wel integendeel (schending van het zorgvuldigheids- en redelijkheidsbeginsel, minstens van de materiële motiveringsplicht). Met deze elementen werd door verwerende partij bij het opstellen van het advies niet de minste rekening gehouden.

Zie nochtans de recente informatie: 'Egypt's health care system is ailing. More than 80% of health services in Egypt are provided by government-run hospitals but Egypt's state-run health system is blighted by mismanagement', te vinden op <http://www.thearabweekly.com/Opinion/3882/Egypt%E2%80%99s-health-care-system-is-ailing>, 19.02.2016 zoals hierboven geciteerd.

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

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

3.

Bovendien kan verzoeker geen afdoende medische zorgen krijgen in Egypte, aangezien er een enorme discriminatie heerst in de medische sector (zie het artikel van Christian A. Gericke, M.D., M.Sc. (Econ), D.T.M.H., Berlin University of Technology, 'Comparison of Health Care Financing Arrangements in Egypt and Cuba: Lessons for Health Reform in Egypt', <http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp03-2004.pdf>, p. 21 :

"For Egypt, there is plenty of evidence for horizontal inequity by income, gender, and geography. Because of the high percentage of out-of-pocket payments, ability to pay is a major barrier to accessing health services".)

Zie ook aangaande de medische toegankelijkheid in Egypte: Egypt's Healthcare Overview, Situation in Egypt te vinden op http://shamseya.org/?page_id=50, september 2015:

In Egypt, health services are delivered by a multitude of public service providers (the ministry of Health (MOH), ministries of Higher Education, Defense, the Interior, etc.), the Health Insurance Organization (HIO), Non-Governmental Organizations (NGOs) and an expanding network of private practitioners and medical facilities. Even though presence of multiple providers could imply competitive services, in reality, there is very limited or no performance assessment mechanisms or quality assurance.

Acceptability

In 2008/2009, the HIO reported its coverage of an approximate 42.8 million Egyptians, or 57% of the population. Yet, this figure does not translate to utilization of services: out of the 42.8 million people covered by the HIO, only 8% use HIO facilities for outpatient care. Repeated observations and systems analyses describe an ailing health system that is overused and underfunded. In remote areas, doctors and specialists are rarely available, hospitals are lacking basic hygiene and medications and nursing staff are scarce, forcing patients to seek services and consumables elsewhere.

Accessibility/affordability

The deterioration of public health service providers made the private ones particularly appealing; in 2008/9 private, out-of-pocket health expenditures reached 72% of total health spending by households, compared to 60% in 2001/02. Despite the relative increase in the percentage of household budget spent on health, more and more families cannot afford paying for their healthcare. This trend is reflecting the uncompensated increase in prices of healthcare services and puts doubts on the realization of this population's right to health, specifically in terms of affordability and access to health services.

Equity

Egyptian health outcomes, as a part of the Arab world collective health outcomes, have witnessed considerable inequalities. Researches in some cases showed alarming bias in healthcare service delivery, favoring the wealthiest 20% of the population. Moreover, as the lower-income groups are the most vulnerable, they are most affected by discrimination created by private out-of-pocket payments, directly influencing their access to quality health services. This reveals that the mode of financing is not only an indicator of the role of the state in healthcare but also it is an essential determinant of health service accessibility.

Hoewel verzoeker hiervan melding maakte in zijn inleidend verzoekschrift 9ter Vw. werd hiermee door verwerende partij geen rekening gehouden (schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, minstens van de materiële motiveringsplicht). Het feit dat de grondwet van 2014 algemene discriminatie verbiedt, betekent uiteraard niet dat deze praktijken op vandaag niet meer zouden bestaan. Door verwerende partij wordt geen enkele garantie gegeven dat verzoeker afdoende toegang zal hebben tot de medische zorgen.

De bewering dat de Egyptische overheid de nodige initiatieven doet om de gezondheidszorg te verbeteren, zoals de grondwettelijke verplichting sinds 2014 om ten minste 3 % van het BNP te spenderen aan de gezondheidszorg, blijkt veeleer dode letter, nu reeds gebleken is dat de overheid nalaat deze grondwettelijke verplichting in haar begroting te zetten. Zie Egypt's Health sector in the shadow of devaluation: All roads lead to ruin', te vinden op <http://www.madamasr.com/en/2017/03/24/feature/politics/egypts-health-sector-in-the-shadow-of-devaluation-all-roads-lead-to-ruin/>, 24.03.2017:

'Hospital privatization and the resource management crisis According to Article 18 of the 2014 Constitution, the state should allocate no less than 3 percent of the gross national product to the health sector. However, the government neglected this constitutional allocation in the most recent budget.'

Aldus is duidelijk dat gezondheidszorg in Egypte op vandaag nog niet de nodige garantie biedt voor verzoeker voor afdoende toegankelijke medische zorgen.

4.

Aangaande de toegankelijkheid van de medicatie stelt het bestreden advies verder: "wat betreft de toegankelijkheid van de medicatie dient verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit

heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot schending van artikel 3 E.V.R.M. (arrest nr. 81574 van 23 mei 2012)”

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

Verwerende partij had sowieso de concrete toegankelijkheid van de medicamenteuze behandeling van verzoeker in het land van herkomst moeten nagaan, zeker wanneer de ambtenaar-geneesheer diverse medicamenten voor verzoeker noodzakelijk acht, zoniet is er ook sprake van een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel. Verzoeker heeft immers diverse medische aandoeningen waarvoor hij veel medicijnen dient in te nemen en medische begeleiding van verschillende artsen nodig heeft. Nergens heeft verwerende partij evenwel nagegaan of de specifieke medicatie van verzoeker weldgekelijk beschikbaar is in de ziekenhuizen van de regio van verzoeker en of verzoeker in staat is om de kosten van de noodzakelijke behandeling financieel te dragen. Indien niet geweten is wat de kostprijs van de verschillende noodzakelijk voorgeschreven medicatie is, is het uiteraard onmogelijk om na te gaan of verzoeker deze kosten kan dragen, zelfs wanneer hij zou kunnen werken.

Zie hieromtrent ook S. BOUCKAERT, Documentloze vreemdelingen. Grondbescherming doorheen de Belgische en internationale rechtspraak vanaf 1985, Maklu, Antwerpen, 2007, 161:

‘Wat dit laatste betreft, heeft de Raad van State reeds in meerdere arresten geoordeeld, onder expliciete verwijzing naar het zorgvuldigheidsbeginsel, dat de Dienst Vreemdelingenzaken, bij de evaluatie van de medische zorgverstrekking in het land van herkomst, niet alleen de mogelijkheid tot behandeling van een medische aandoening moet onderzoeken, maar eveneens moet nagaan of die zorgverstrekking ook toegankelijk is voor de betrokken vreemdeling. Met name dient de dienst daarbij na te gaan of de vreemdelingen in staat is om de kosten van de noodzakelijke behandeling financieel te dragen.’

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

4.2.1. De door verzoeker aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht en van de zorgvuldigheidsplicht moet in voorliggende zaak worden onderzocht in het raam van de toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet in twee situaties waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoonbaar dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (*Parl.St. Kamer, 2005-06, nr. 2478/001, 34*) en er dus “een onmogelijkheid om te reizen” bestaat (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138*). Het betreft hier dus vreemdelingen “die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst” en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de Vreemdelingenwet (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 9*). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/001, 35* en *Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138*). Een dergelijk onderzoek is evenwel niet vereist indien uit de aard van de aandoening zelf – een aandoening die niet ernstig is of die geen behandeling vereist – kan worden afgeleid dat er geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

Verzoeker betwist niet dat de aandoeningen waaraan hij lijdt op zich niet tot gevolg hebben dat hij niet kan reizen zonder dat zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang komen. Hij houdt slechts voor dat niet vaststaat dat de medische zorgen die hij nodig heeft in zijn land van herkomst voor hem beschikbaar en toegankelijk zijn.

In een eerste onderdeel van zijn middel stelt verzoeker dat de medicijnen die hij dagelijks dient in te nemen niet worden vermeld op de website waarnaar de door verweerder aangestelde ambtenaar-arts verwijst in haar advies dat aan de basis ligt van de bestreden beslissing. Hij gaat met zijn kritiek evenwel voorbij aan het feit dat deze arts niet louter heeft verwezen naar een website, doch tevens heeft aangegeven dat zij ook de MedCOI-databank als bron heeft gebruikt en dat zij heeft toegelicht dat bepaalde medicijnen kunnen worden vervangen door alternatieven *“die in dezelfde klasse van medicatie zitten als de huidige medicatie”*. Deze controlearts heeft haar standpunt onderbouwd door de dienstige gegevens uit de MedCOI-databank, de WHO-lijst inzake de beschikbare medicatie in Egypte en screenshots die toelaten te bepalen welk geneesmiddel door een ander geneesmiddel van een zelfde klasse kan worden vervangen bij het administratief dossier te voegen. Deze inlichtingen laten de Raad toe vast te stellen dat de zes medicijnen die verzoeker volgens de arts die hij consulteerde op 13 december 2017 nog dient te nemen of alternatieve medicijnen in Egypte beschikbaar zijn. Er blijkt immers dat Pantoprazole, Levocetirizine, Alprazolam en Amlodipine, respectievelijk door Omeprazole, Loratidine, Diazepam en Nifedipine kunnen worden vervangen en deze medicijnen op de WHO-lijst van in Egypte beschikbare medicijnen staan. De door verweerder aangestelde controlearts heeft ook rekening gehouden met het feit dat verzoeker wordt behandeld met schildklierhormonen (Euthyrox) en uit de WHO-lijst blijkt dat deze hormonen (Thyroid Hormones) in Egypte, onder meer onder de naam Levothyroxine beschikbaar zijn. Er werd eveneens in aanmerking genomen dat verzoeker gebruik maakt van een puffer (Symbicort) en met de nodige overtuigingsstukken aangetoond dat inhalatoren met dezelfde werkzame stoffen (formoterol en budesonide) in verzoekers land van herkomst beschikbaar zijn. De stukken die de door verweerder aangestelde controlearts verzamelde en bij het administratief dossier voegde onderbouwen haar conclusie dat de medicatie die verzoeker nodig heeft ook in Egypte beschikbaar is. Het feit dat het bronnenmateriaal waarop deze arts zich baseerde niet bij de bestreden beslissing werd gevoegd laat niet toe te besluiten dat de materiële motiveringsplicht of de zorgvuldigheidsplicht werden miskend. Deze beginselen van behoorlijk bestuur houden immers niet in dat alle stukken waarop een bestuur zich baseerde om een beslissing te nemen samen met deze beslissing moeten worden overgemaakt aan de persoon aan wie deze beslissing is gericht. Het feit dat een controlearts de behandelende arts niet raadpleegde omtrent de mogelijkheid om een medicijn dat werd voorgeschreven te vervangen door een ander medicijn laat evenmin toe automatisch te concluderen dat een van deze beginselen van behoorlijk bestuur werd miskend. Er wordt door verzoeker niet aangetoond dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-arts enige beoordelingsfout zou hebben gemaakt bij het vaststellen dat bepaalde geneesmiddelen kunnen worden vervangen door geneesmiddelen van dezelfde klasse of dat een bijkomend overleg met de door verzoeker geconsulteerde arts, met wiens bevindingen rekening werd gehouden, nog enig nut kon hebben.

Verzoeker houdt in een tweede onderdeel van zijn middel voor dat de door verweerder aangestelde controlearts niet heeft onderzocht of de medische zorgen die hij behoeft voor hem voldoende toegankelijk zijn.

Zijn bewering mist evenwel feitelijke grondslag. De door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer heeft namelijk het volgende gesteld inzake de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in verzoekers land van herkomst:

“Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds ... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend

aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

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

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

Het gezondheidssysteem in Egypte wordt hoofdzakelijk gefinancierd door de Staat. De verzorging wordt gratis verstrekt in de gezondheidscentra. Deze openbare infrastructuur biedt een breed gamma aan diensten en zorgniveaus, zoals diensten voor kinder- en zuigelingenzorgen, preventie van besmettelijke ziekten, curatieve zorgen, eerstelijnszorg, tandverzorging... In Egypte is het Ministry of Health and Population (MOHP) de belangrijkste verstrekker van medische verzorging; het bestaat uit ongeveer 5000 gezondheidscentra (gegevens van 2005). Ondanks een uitgebreid infrastructureel netwerk gebeurt 60% van de raadplegingen in de privésector. Veel patiënten geven de voorkeur aan de privésector omdat ze vinden dat deze van betere kwaliteit is en efficiënter werkt. De kosten van de verzorging in de privésector komen nochtans rechtstreeks ten laste van de patiënt.

Egypte is de grootste producent en consument van farmaceutische producten in het Midden-Oosten en Noord-Afrika. De regering legt de prijs van de geneesmiddelen vast om ervoor te zorgen dat deze betaalbaar is voor de armste Egyptenaren, met winstmarges van 8% tot 10%. Het Ministerie van Gezondheid maakte in maart 2010 bekend dat het instructies had gegeven voor een vermindering van de kleinhandelsprijzen van 40 geneesmiddelen die worden ingevoerd of lokaal in licentie geproduceerd door buitenlandse bedrijven. De verminderingen, van 20% tot 40%, betreffen een brede waaier van geneesmiddelen. Dit zou de kosten van geneesmiddelen gedragen door de Staat of door individuen moeten beperken. De prioriteit van de regering is om de belangrijkste medicijnen betaalbaar te houden en zij legt dienovereenkomstig de prijzen vast.

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

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

In Egypte is er een stelsel van sociale verzekering van de regering: Health Insurance Organisation (HIO). Sinds 1964 omvat dit verzekeringssysteem een verplichte gezondheidsverzekering voor de ondernemingen en hun werknemers. Bijna 30 jaar later werd het uitgebreid en omvat het ook weduwen, gepensioneerden, schoolgaande kinderen en studenten. Er is geen specifiek verzekeringsstelsel voor economisch zwakke personen of personen die buiten de officiële en/of georganiseerde sector werken. Een aantal ondernemingen bieden ook een ziekteonkostenverzekering aan bij hun sociale voordelen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is 45% van de bevolking gedekt, waaronder vooral de werknemers, studenten, weduwen, gepensioneerden en pasgeborenen.

Verder bestaat er nog een systeem van sociale zekerheid dat een pensioenverzekering, een invaliditeitsverzekering en een overlijdensverzekering omvat. Deze verzekering kan worden afgesloten door elke werknemer ouder dan 18 jaar (16 voor regeringsambtenaren). Zij is niet toegankelijk voor zelfstandigen. Voor een pensioen moet men 60 jaar oud zijn en gedurende 120 maanden hebben bijgedragen. Een invaliditeitsverzekering wordt toegekend aan verzekerden met een volledige of gedeeltelijke invaliditeit die ten minste 3 opeenvolgende maanden of 6 maanden bijdragen hebben betaald. De invaliditeit moet beginnen tijdens de uitoefening van de betrekking of maximum een jaar na de stopzetting van de betrekking. In dat laatste geval moet men al 10 jaar hebben bijgedragen om een vergoeding te kunnen ontvangen. Als de overledene gepensioneerd was of minimum 3 opeenvolgende maanden of 6 maanden had bijgedragen, ontvangt de wettelijke erfgenaam een vast bedrag.

De Egyptische overheid neemt ook de nodige initiatieven om de gezondheidszorg te verbeteren. Zo werd er in 2014 een wet goedgekeurd die er moet voor zorgen dat de nodige steun aan de openbare gezondheidszorginstellingen geleverd wordt en dat er getracht zal worden om de kwaliteit en de efficiëntie van deze instellingen te verbeteren in heel het land. Zo zal er ook tenminste 3% van het BNP gespendeerd worden aan de gezondheidszorg, wat meteen een verdubbeling betekent in vergelijking met het verleden. Een nieuw beleid inzake van ziekteverzekering staat in de steigers dat ervoor zal zorgen dat steeds meer mensen via een ziekteverzekering gedekt zullen zijn en waarbij er ook de nodige aandacht besteed zal worden aan de bescherming (verzekering) van de armen.

We kunnen algemeen verder nog melden dat het recht op gezondheidszorg en het gelijkheidsprincipe in de recentste grondwet van 2014 opgenomen zijn. Artikel 18 erkent het recht op gezondheidszorg, artikel 53 erkent het gelijkheidsprincipe en verbiedt discriminatie en artikel 64 behandelt de vrijheid van geloof.

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/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, §68).

Betrokkene legt tenslotte geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Egypte geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp.”

Verzoeker stelt van oordeel te zijn dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-arts niet naging of hij effectief toegang heeft tot de vereiste medische zorgen in de publieke gezondheidszorg. Een eenvoudige lezing van het advies van deze controlearts leert dat deze arts wel degelijk heeft vastgesteld dat verzoeker een beroep kan doen op de publieke gezondheidszorg in Egypte en dat er zelfs een mogelijkheid bestaat om tegen een zeer lage prijs of zelfs gratis medische zorgen te krijgen. Het gegeven dat in verslagen omtrent de publieke gezondheidszorg in Egypte wordt geduid dat er in bepaalde openbare ziekenhuizen geen afdoende medische zorgen kunnen worden verstrekt impliceert niet dat dit kan worden veralgemeend tot alle openbare ziekenhuizen en dat verzoeker geen toegang zou kunnen krijgen tot medische begeleiding in een openbaar ziekenhuis tegen een lage prijs. De door verweerder aangestelde controlearts heeft daarnaast aangegeven dat de meerderheid van de bevolking toch verkiest om een beroep te doen op de private gezondheidszorg omdat deze in regel van betere kwaliteit is en er in de private sector efficiënter wordt gewerkt. De vaststellingen van deze arts zijn derhalve niet in strijd met wat verzoeker aanvoerde, met name dat de kwaliteit van de medische zorgen in bepaalde publieke faciliteiten niet steeds optimaal is en dat er in dat geval een alternatief is. Deze controlearts heeft ook in aanmerking genomen dat indien verzoeker een beroep zou doen op zorgen die via de private sector worden verstrekt hij zelf zal dienen in te staan voor de betaling van bepaalde kosten en heeft erop gewezen dat niet blijkt dat verzoeker, die geen bewijs van een algemene arbeidsongeschiktheid voorlegde, deze kosten niet zelf zou kunnen betalen middels een inkomen dat voortvloeit uit een tewerkstelling of dat verzoeker geen beroep zou kunnen doen op familie, vrienden of kennissen om hem bij te staan. Verzoekers bemerking dat de ambtenaar-geneesheer ook gewag maakte van de mogelijkheid om een beroep te doen op een sociaal verzekeringssysteem, doch dat via dit systeem niet alle medische kosten worden gedekt en dat wie medische kosten niet kan betalen de facto gediscrimineerd wordt doet aan het voorgaande geen afbreuk.

De Raad dient ook vast te stellen dat niet blijkt dat verzoeker, omwille van de vastgestelde aandoeningen, regelmatig dient te worden opgenomen in een ziekenhuis of een andere zorgfaciliteit. Uit de stukken die verzoeker bij zijn aanvraag om tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd voegde wordt namelijk aangegeven dat zijn behandeling bestaat uit de inname van medicijnen (“*thuismedicatie*”), voldoende lichaamsbeweging en vestibulaire activatie en dat verzoeker “*zelf [in]staat [...] voor zorgen*”. In de door verweerder aan de Raad voorgelegde stukken kan ook worden gelezen dat er in Egypte apotheken zijn waar geneesmiddelen kunnen worden aangekocht. Er blijkt bijgevolg niet dat

verzoekers betoog omtrent het gegeven dat in bepaalde ziekenhuizen de basisregels inzake hygiëne niet worden gerespecteerd, dat er in sommige ziekenhuizen niet steeds voldoende geneesmiddelen en personeelsleden zijn en dat niet werd vastgesteld dat hij toegang heeft tot een ziekenhuis in de regio waaruit hij afkomstig is enige relevantie heeft, laat staan toelaat te besluiten dat de door verweerder ingeschakelde controlearts op kennelijk onredelijke wijze tot de conclusie kwam dat de medische zorgen die verzoeker nodig heeft in Egypte beschikbaar en toegankelijk zijn. De Raad dient daarenboven te benadrukken dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet slechts voorziet dat verweerder door een controlearts dient te laten onderzoeken of wat betreft de vreemdeling die een verblijfsmachtiging om medische redenen aanvraagt een adequate behandeling "*in het land van herkomst of in het land waar hij verblijft*" bestaat en dat dus niet moet worden onderzocht of deze behandeling in de onmiddellijke nabijheid van de aanvrager zijn woonplaats beschikbaar en toegankelijk is.

Op basis van de stukken van het administratief dossier kan worden vastgesteld dat er in Egypte pneumologen, cardiologen, endocrinologen, internisten en psychiaters zijn op wie een beroep kan worden gedaan voor opvolging en begeleiding en verzoeker maakt met zijn verwijzing naar een aantal verslagen van algemene aard niet aannemelijk dat hij, zo dit al nodig zou zijn, deze specialisten niet zou kunnen consulteren of dat hij in Egypte om financiële, geografische of andere redenen geen toegang zou hebben tot de medicatie die hij nodig heeft ter behandeling van de gediagnosticeerde aandoeningen.

De vaststelling dat de Egyptische overheid bij een begrotingsopmaak zou zijn voorbijgegaan aan de verplichting om drie procent van het bruto nationaal product te besteden aan de gezondheidssector laat op zich, gelet op het bestaan van private faciliteiten en het feit dat verzoeker in wezen een medicamenteuze behandeling behoeft, niet toe te concluderen dat de door verweerder aangestelde controlearts verkeerdelijk oordeelde dat vereiste medische zorgen voor verzoeker in zijn land van herkomst toegankelijk zijn.

Verzoeker voert nog aan dat de door verweerder aangestelde controlearts door in haar advies van 11 april 2017 toe te lichten dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) reeds oordeelde dat het feit dat medicatie in een land moeilijk kan worden verkregen door een vreemdeling die naar dat land dient terug te keren geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM) insinueert dat de vaststelling dat de medicatie die hij nodig heeft in zijn land van herkomst aanwezig is volstaat en dat een onderzoek naar de toegankelijkheid van deze medicatie eigenlijk niet vereist is en dat zij hierbij uit het oog verliest dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet in een ruimere regeling dan voormelde verdragsbepaling. Het feit dat de door verweerder aangestelde arts deze toelichting inzake de rechtspraak van het EHRM betreffende artikel 3 van het EVRM in haar advies heeft opgenomen doet evenwel geen afbreuk aan het feit dat zij in de praktijk wel degelijk heeft onderzocht of de vereiste behandeling in Egypte voldoende toegankelijk is.

De uiteenzetting van verzoeker laat niet toe te concluderen dat de bestreden beslissing is genomen op grond van onjuiste gegevens, op kennelijk onredelijke wijze of met overschrijding van de appreciatiebevoegdheid waarover verweerder of de door hem aangestelde controlearts beschikt of dat enig dienstig stuk over het hoofd werd gezien. Een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van de materiële motiveringsplicht of van de zorgvuldigheidsplicht kan niet worden vastgesteld.

4.2.2. Nu geen kennelijke wanverhouding werd aangetoond tussen de overwegingen die de bestreden beslissing onderbouwen en het dispositief van deze beslissing kan verzoeker ook niet worden gevolgd waar hij stelt dat het redelijkheidsbeginsel werd geschonden (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

Het enig middel is ongegrond.

5. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijftwintig september tweeduizend zeventien door:

dhr. G. DE BOECK,

voorzitter

dhr. T. LEYSEN,

griffier

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

G. DE BOECK