

Arrest

nr. 196 514 van 13 december 2017
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat M. VAN DEN BROECK
Haachtsesteenweg 55
1210 BRUSSEL

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 IIE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Afghaanse nationaliteit te zijn, op 20 maart 2014 heeft ingediend om de schorsing en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 26 juni 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 verklaard wordt, aan de verzoekende partij ter kennis gebracht op 21 februari 2014.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 7 november 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 22 november 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. DE SMET.

Gehoord de opmerkingen van de verzoekende partij, bijgestaan door advocaat A. SAKHI MIR-BAZ *loco* advocaat M. VAN DEN BROECK i.o.v. advocaat E. SCHOUTEN en van advocaat M. DUBOIS, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoeker die verklaart van Afghaanse nationaliteit te zijn, komt op 27 januari 2008 België binnen en dient een eerste asielaanvraag in op 28 januari 2008.

Op 16 mei 2008 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing waarbij aan verzoeker de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus worden geweigerd.

Bij arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen nr. 16 051 van 18 september 2008 worden aan verzoeker eveneens de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus geweigerd.

Tussen 10 oktober 2008 en 8 juli 2009 dient verzoeker vervolgens nog elf asielaanvragen in.

In al deze aanvragen worden telkens beslissingen genomen tot weigering tot in overwegingname van een asielaanvraag (bijlage 13^{quater}).

Op 21 oktober 2009 (datum registratie 26 oktober 2009) dient verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van de artikelen 9^{bis} en 9^{ter} van de vreemdelingenwet.

Op 23 oktober 2009 dient verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet.

Op 18 januari 2010 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard en wordt verzoeker in het bezit gesteld van een attest van immatriculatie.

Op 29 juli 2011 dient verzoeker een tweede aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{bis} van de vreemdelingenwet of een aanvulling op zijn eerste aanvraag.

Op 11 september 2012 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag ingediend op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet op 23 oktober 2009 ongegrond wordt verklaard.

Op 18 december 2012 wordt deze beslissing ingetrokken.

Op 19 december 2012 geeft de arts-adviseur haar advies.

Op 7 januari 2013 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag ingediend op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet op 23 oktober 2009 ongegrond wordt verklaard.

Op 14 juni 2013 wordt ook deze beslissing ingetrokken.

Op 14 januari 2013 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvragen ingediend op grond van artikel 9^{bis} van de vreemdelingenwet op 26 oktober 2009 en 29 juli 2011 onontvankelijk worden verklaard.

Op 14 januari 2013 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten.

Deze beslissingen worden aangevochten in de zaak met het rolnummer 127 032.

Op 21 juni 2013 geeft de arts-adviseur haar advies.

Op 26 juni 2013 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris een nieuwe beslissing dat de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet, ingediend op 23 oktober 2009, ongegrond wordt verklaard. Dit is de bestreden beslissing:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 23.09.2009 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

A. G., S. Q. (R.R.: xxx)

nationaliteit: Afghanistan

geboren te S. op (...)1973

adres: (...)

in toepassing van artikel 9^{ter} 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 18.01.2010, 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.

Betrokkene haalt in zijn aanvraag 9-ter medische elementen aan. De arts-adviseur evalueerde deze medische gegevens op 21.06.2013 (zie gesloten omslag in bijlage) en kwam tot de volgende conclusie: "Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kunnen beschouwd worden als aandoeningen die een reëel risico kunnen inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld worden, geen reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, Afghanistan. Derhalve is er m.i. vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het land van herkomst, Afghanistan."

Derhalve

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

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

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

Het attest van immatriculatie dat werd afgegeven in het kader van de procedure op basis van genoemd artikel 9ter dient te worden ingetrokken. Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkene af te voeren uit het Vreemdelingenregister en terug in het Wachtregister in te schrijven."

Op 26 juni 2013 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten. Deze beslissing, ter kennis gebracht op 21 februari 2014, wordt aangevochten in de zaak met rolnummer 149 914.

Op 20 februari 2014 dient verzoeker een dertiende asielaanvraag in.

Op 24 maart 2014 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing tot weigering van in overwegingname van een meervoudige asielaanvraag.

Op 23 april 2014 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten – asielzoeker (bijlage 13quinquies).

Op 5 mei 2014 dient verzoeker een veertiende asielaanvraag in.

Op 28 mei 2014 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing tot weigering van in overwegingname van een meervoudige asielaanvraag.

Op 6 juni 2014 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten – asielzoeker (bijlage 13quinquies).

Op 1 juli 2014 dient verzoeker een vijftiende asielaanvraag in. Op 15 juli 2014 wordt beslist dat deze aanvraag in overweging wordt genomen.

Op 12 december 2014 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en tot weigering van de subsidiaire beschermingsstatus.

Op 12 januari 2015 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten – asielzoeker genomen (bijlage 13quinquies).

Bij arrest van de Raad nr. 152 643 van 16 september 2015 worden aan verzoeker eveneens de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus geweigerd.

Op 14 november 2015 dient verzoeker een tweede aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Op 28 december 2015 (verzonden op 6 januari 2016) dient verzoeker een nieuwe aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9bis van de vreemdelingenwet.

Op 15 januari 2016 (vermeld wordt: 2015) geeft de arts-adviseur zijn advies.

Op 18 januari 2016 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag van 14 november 2015 op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet onontvankelijk wordt verklaard (artikel 9ter, § 3, 5° van de vreemdelingenwet). Het beroep tegen deze beslissing is gekend onder het rolnummer 192 139.

Op 20 januari 2016 dient verzoeker een zestiende asielaanvraag in.

Op 17 maart 2016 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing tot weigering van in overwegingname van een meervoudige asielaanvraag.

Bij arrest van de Raad nr. 173 642 van 29 augustus 2016 wordt het beroep tegen deze beslissing verworpen.

Op 15 september 2016 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing dat de aanvraag op grond van artikel 9bis van de vreemdelingenwet van 28 december 2015 onontvankelijk is. Het beroep tegen deze beslissing is gekend onder het rolnummer 197 481.

Op 28 oktober 2016 dient verzoeker een zeventiende asielaanvraag in.

Op 20 december 2016 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de beslissing waarbij aan verzoeker de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus worden geweigerd.

Op 30 december 2016 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten – asielzoeker (bijlage 13quinquies).

Bij arrest van de Raad nr. 185 140 van 5 april 2017 worden aan verzoeker de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus geweigerd.

Op 19 april 2017 wordt aan verzoeker een verlenging toegestaan van het bevel om het grondgebied te verlaten tot 29 april 2017

Op 20 april 2017 dient verzoeker een achttiende asielaanvraag in.

Op 16 mei 2017 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen ten opzichte van verzoeker een beslissing tot weigering tot in overwegingname van een meervoudige asielaanvraag. Verzoeker dient bij de Raad een beroep in tegen deze beslissing.

Op 22 mei 2017 wordt ten opzichte van verzoeker een bevel genomen om het grondgebied te verlaten – asielzoeker (bijlage 13quinquies).

2. Over de rechtspleging

2.1. Artikel 39/68-3, § 2 en § 3 van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

“§ 2. Indien een verzoekende partij een ontvankelijk verzoekschrift indient tegen een beslissing genomen op basis van artikel 9ter terwijl een beroep tegen een eerdere tegen hem getroffen beslissing op basis van artikel 9ter nog hangende is, oordeelt de Raad op grond van het laatst ingediende verzoekschrift. De verzoekende partij wordt geacht afstand te doen van het eerder ingediende beroep, tenzij zij haar belang aantoont.

§ 3. Indien de kamervoorzitter of de door hem aangewezen rechter oordeelt dat paragraaf 1 of paragraaf 2 van toepassing is, vermeldt hij dit in de beschikking zoals voorzien in, naar gelang het geval, artikel 39/73, § 2, of 39/74.”

Voormelde bepaling is, overeenkomstig artikel 6 van de wet van 2 december 2015 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen wat betreft de procedure voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen ook van toepassing op *“aanvragen om machtiging tot verblijf die opeenvolgend worden ingediend op grond van ofwel artikel 9bis ofwel artikel 9ter van de wet van 15 december 1980, voor de datum van inwerkingtreding van deze wet, en die het voorwerp hebben uitgemaakt van weigeringsbeslissingen, waartegen meerdere beroepen werden ingediend voor de datum van inwerkingtreding van deze wet.”*

2.2. Uit de aan de Raad voorgelegde stukken blijkt dat verzoeker twee ontvankelijke verzoekschriften heeft ingediend tegen twee verschillende beslissingen inzake aanvragen op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet:

- het beroep met rolnummer 149 033 (huidig beroep) tegen de beslissing van 26 juni 2013 waarbij een aanvraag ongegrond wordt verklaard;
- het beroep met rolnummer 192 139 tegen de beslissing van 10 mei 2016 waarbij een aanvraag onontvankelijk wordt verklaard op grond van artikel 9ter, § 3, 5° van de vreemdelingenwet.

Overeenkomstig artikel 39/68-3, § 2 van de vreemdelingenwet wordt verzoeker derhalve, behoudens indien hij zijn belang aantoon, geacht afstand te doen van voorliggend beroep dat hij op 20 maart 2014 instelde tegen de beslissing van 26 juni 2013 waarbij zijn aanvraag om tot een verblijf te worden gemachtigd, ongegrond wordt verklaard (zaak met rolnummer 149 033).

Met toepassing van artikel 39/68-3, § 3 van de vreemdelingenwet werd in de beschikking van 7 november 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 22 november 2017, opgenomen dat de kamervoorzitter van oordeel is dat artikel 39/68-3 van de vreemdelingenwet van toepassing is, zodat verzoeker in de mogelijkheid was om voorafgaand aan de terechtzitting te bepalen of hij nog een belang had bij het beroep dat is gericht tegen een beslissing waarbij een aanvraag om tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, ongegrond wordt verklaard, terwijl hij ook een beroep instelde tegen de beslissing waarbij een aanvraag van latere datum om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter, § 3, 5° van de vreemdelingenwet als onontvankelijk werd afgewezen.

Overeenkomstig artikel 39/68-3, § 2 van de vreemdelingenwet oordeelt de Raad op grond van het laatst ingediende verzoekschrift, met name in de zaak met rolnummer 192 139 en wordt verzoeker geacht afstand te doen van het eerder ingediende beroep, tenzij hij zijn belang aantoon.

Wat het belang betreft in huidige zaak met rolnummer 149 033, stelt de advocaat van verzoeker ter zitting van 22 november 2017 dat hij zich naar de wijsheid gedraagt.

2.3. De Raad stelt vast dat het *in casu* gaat om een ongegrondverklaring na een op 18 januari 2010 ontvankelijk verklaarde aanvraag. Het latere beroep betreft een onontvankelijkverklaring op grond van artikel 9ter, § 3, 5° van de vreemdelingenwet, wat inhoudt dat deze latere aanvraag werd afgewezen omdat de ingeroepen elementen ter ondersteuning van deze latere aanvraag, reeds werden ingeroepen in het kader van een vorige aanvraag (huidige aanvraag) op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Er dient te worden vastgesteld dat aanvaard kan worden dat verzoeker belang heeft bij het beroep tegen de in voorliggende zaak bestreden beslissing van 26 juni 2013, waarbij zijn eerste aanvraag om tot een verblijf te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard. Er kan dan ook *in casu* niet worden besloten dat verzoeker door het indienen van het beroep tegen een latere beslissing van 10 mei 2016 geacht dient te worden afstand te doen van huidig beroep.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. Verzoeker voert een tweede middel aan dat luidt als volgt:

"TWEEDE MIDDEL: Schending van artikel 3 & 13 EVRM, Schending van artikel 9 ter en 62 van de Vreemdelingenwet; Schending van artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen; Schending van de beginselen van behoorlijk bestuur, met name het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel.

I. Met betrekking tot de beschikbaarheid van de behandeling

Artikel 9 ter Vreemdelingenwet stelt dat er buitengewone omstandigheden zijn indien een terugkeer "een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst".

De Raad van State bevestigt in zijn rechtspraak dat men de toegang van verzoeker tot medische hulp in zijn land van herkomst in overweging moet nemen.

R.v.St. 29 november 2000, nr. 91.152, RDE 2002 N° 119:

"Le médicament ne pouvait être obtenu que sur commande et moyennant un délai de livraison de plusieurs semaines. Selon un rapport de la délégation de la Croix-Rouge de Belgique à Kinshasa, il n'était délivré que de façon sporadique au niveau d'une seule pharmacie et de surcrott à un prix très élevé.»

Verzoeker heeft een PTSD met een angststoornis.

Wat betreft de beschikbaarheid van de medische verzorging in het land van herkomst, dient er verwezen te worden naar het rapport van het UNHCR 'UNHCR's eligibility guidelines for assessing the international protection needs of Afghan asylum-seekers', daterende van december 2007.

Uit dit rapport blijkt ondermeer op p. 79 dat patiënten een grote steun nodig hebben van hun omgeving, aangezien ziekenhuizen slechts heel weinig diensten aanbieden en er voor het overige op de familie moet gesteund worden:

"Ill or disabled persons who cannot work or live on their own in Afghanistan should not return unless they have effective family and/or community support. Examples are persons permanently disabled by diseases such as polio or meningitis, landmine victims, persons injured during the war, accident victims, and persons with severe handicaps or birth defects, including blind, deaf and mute persons. Similarly, mentally ill persons who need long term treatment or special care will not be able to cope in Afghanistan without family assistance. There are very few specialized institutions and personnel. This is particularly problematic for persons suffering severe mental illnesses, who, as a result, are not self-sufficient. It should be noted that occasional drug users are often believed to be mentally ill by their families. Drug use reduction programmes, albeit part of the counter-narcotics strategy of the Government of Afghanistan, are nascent and offer extremely limited facilities, all with long waiting lists. For persons with certain medical conditions, return to Afghanistan would be extremely challenging, unless effective family or community support and care is available during the treatment period. Those include patients suffering from leprosy, myocardial infarction, tuberculosis, bone fractures, complicated diabetes, complicated chronic obstructive pulmonary diseases, osteomyelitis, minor mental disabilities and complicated rheumatic arthritis.³⁹⁷ Given that only basic services are provided in the hospitals, family assistance would be necessary to purchase medicines, assist the patient in every-day essential activities such as movement, personal hygiene and the provision of food. For others, treatment and medication may not be available in Afghanistan for the time being. Examples of such cases are patients with HIV/AIDS; patients who need heart surgery, organ transplant and micro neurosurgery; patients of cancer who need radiotherapy; haemophilic patients and patients with renal failure. Additionally, secondary, depending on the location, and tertiary health care services continue to be very limited."

UNHCR herhaalde dit in haar guidelines van juli 2009:

"Those who may face particular difficulties upon return include, but are not limited to, unaccompanied women and single heads of household; unaccompanied children; unaccompanied elderly persons; victims of serious trauma, including sexual and gender based violence; physically or mentally disabled persons; and persons requiring medical assistance (whether long or short-term), particularly women. Return to places other than places of origin or previous residence, may therefore expose Afghans to insurmountable difficulties, not only in sustaining and re-establishing livelihoods but also to security risks."

Daarom raadt het UNHCR dan ook aan dat, minstens tijdelijk, er oplossingen gezocht worden in de landen waar asiel wordt aangevraagd, in casu België en dat er uitzonderingen gemaakt worden op repatriëringen.

"Against this background, there are Afghans for which UNHCR strongly advises that, at least temporarily, solutions be identified in countries of asylum and that exemptions to obligations to return are made on humanitarian grounds."

De NGO « Organisation Suisse d'aide aux réfugiés » stelt in haar rapport van december 2006 dat vele Afghanen geen toegang hebben tot gezondheidszorg, vanwege de lange afstanden en de onveiligheid. Ook de bestaansonzekerheid maakt dat de gezondheidszorg financieel niet haalbaar is voor patiënten. Voorts is er een gebrek aan gekwalificeerd personeel.

Het aantal artsen in Afghanistan is manifest ontoereikend. Er zijn 19 artsen per 100.000 mensen. (bron: http://hdrstats.undp.org/countries/data_sheets/cty_ds_AFG.html)

Volgens voormeld rapport van het UNHCR is er 1 arts per 10.000 mensen, (p.51)

Het ministerie voor buitenlandse zaken adviseert de Belgische onderdanen in Afghanistan dan ook extreem voorzichtig te zijn:

"De medische infrastructuur in de grote steden, voor gewone gevallen, varieert tussen geïmproviseerd tot zeer degelijk (cf. de medische faciliteiten van de buitenlandse troepenmacht ISAF). Voor ernstige gevallen keert men best terug naar België. Alle zorgen dienen doorgaans vooraf betaald te worden. Uw Belgische medische verzekering (mutualiteit) is hier niet geldig. Een verzekering die repatriëring dekt is een must."

Volgens het ministerie is er wel medisch zorgen aanwezig maar enkel aangeboden door de ISAF. Deze medische hulp is niet noodzakelijk toegankelijk voor Afghanen. Voor ernstige gevallen dient men best terug te keren naar België, sterker nog een repatriëringsverzekering is absoluut noodzakelijk.

Het dramatische gebrek aan gezondheidszorg, bracht het Rode Kruis er onlangs nog toe om de noodklok te luiden:

"La situation afghane est critique (et le demeurera probablement) du fait que de nombreux civils ne peuvent toujours pas accéder à des soins de santé basiques dans un pays qui ne cesse de se morceler."

Ook meer recent werd gesteld:

"With some 30 million inhabitants, Afghanistan has only a handful of mental-health treatment facilities nationwide.

In Kabul, the state's main facility has a capacity to treat just 60 patients at a time. There are specialized hospital wards in Jalalabad, in eastern Afghanistan, and Herat, in the west. In the northern city of Mazar-i Sharif a gleaming, private hospital helps fill the void.

Other than that there are no other medical facilities to treat mental patients throughout Afghanistan's 34 provinces."

En voorts:

"While mental disorders appear to be rife, there is only one psychiatry hospital serving a population of 27-28 million. About 80-100 patients are attending the 60-bed MHH in Kabul. Health workers in the MHH, who requested anonymity, told IRIN about some of the problems.

'We receive only the equivalent of US\$100 monthly for medicines for over 2,500 patients [four US cents per patient]'" said a specialist at the hospital.

'Patients and their carers often stand in queues in front of the only toilet in the hospital," said another psychiatrist. "The main problem is that people suffering from psychosis and mental illness cannot air their problems so it's like a 'nothing heard nothing happens' situation.' "

Het feit dat grote delen van de bevolking geen toegang hebben tot medische zorgen, wordt verder nog eens bevestigd door:

"Zugang zu medizinischer Versorgung. Gemäss Angaben des Auswärtigen Amts besteht weiterhin in weiten Teilen des Landes keine medizinische Versorgung. Die vorhandene medizinische Versorgung wird als völlig unzureichend eingestuft. Weite Teile der Bevölkerung haben keinen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen. Gemäss dem IKRK sterben viele Menschen, we/7 s/e auf dem Weg zu Gesundheitseinrichtungen an Checkpoints lange aufgehalten werden. Gemäss dem UNO-Sicherheitsrat hat Afghanistan weiterhin die höchste Müttersterblichkeitsrate der Welt, und rund ein Fünftel aller Kinder sterben weiterhin vor dem fünften Lebensjahr."

Verzoeker wenst te verwijzen naar een zeer recent rapport van het UNHCR9 (rapport van 6 augustus 2013), de bron bij uitstek voor betrouwbare informatie over de situatie ter plaatse. Hierin wordt ondermeer gesteld:

"The ongoing conflict has had particularly serious consequences for access to health care, including as a result of direct attacks on health workers and health facilities, but also because general insecurity has impeded access to health care facilities, particularly in areas under the control or influence of AGEs. 147

Nearly one in six Afghans has no access to even basic health facilities."

Bovendien zal de toegang tot medische infrastructuur alleen maar afnemen wanneer de buitenlandse strijdkrachten Afghanistan verlaten. Bovendien is er reeds een vermindering van buitenlandse financiële hulp vast te stellen, (alle Europese landen verminderen ontwikkelingshulp in hun budgetten). Het UNHCR citeert hierover:

"The UN Secretary-General has noted that the drawdown of international military forces and an expected reduction in development assistance to Afghanistan gives rise to uncertainty about the sustainability of developments to date in the security situation, human development, civil society and Afghan institutional frameworks."

In het UNHCR rapport wordt eveneens verwezen naar een artikel in *The Guardian*, waarin, naar aanleiding van de gewapende aanval op een konvooi van het Rode kruis, benadrukt wordt dat het leveren van medische hulp steeds moeilijker en gevaarlijker wordt in Afghanistan, hoewel de noden van de Afghaanse bevolking niet afnemen.¹⁰ Ook de toegang tot medische hulp wordt zeer riskant voor de Afghaanse burger, die zijn leven moet riskeren om bij een ziekenhuis te geraken: *"Roadblocks, roadside bombs, the risk of being caught up in fighting and unprovoked attacks are all stopping civilians from getting to hospitals, and limiting travel of doctors and nurses to remote areas without clinics."*

Meer specifiek met betrekking tot mentale gezondheidszorg, dient er verwezen te worden naar de volgende informatie (artikel van 3 mei 2012):

"With some 30 million inhabitants, Afghanistan has only a handful of mental-health treatment facilities nationwide."

In Kabul, the state's main facility has a capacity to treat just 60 patients at a time. There are specialized hospital wards in Jalalabad, in eastern Afghanistan, and Herat, in the west. In the northern city of Mazar-i Sharif a gleaming, private hospital helps fill the void."

Other than that there are no other medical facilities to treat mental patients throughout Afghanistan's 34 provinces"

Er is één psychiatrisch ziekenhuis in Kaboel, met een capaciteit van 60 personen (voor een bevolking van +/- 3 miljoen mensen): (zie stuk 6, december 2009)

"While mental disorders appear to be rife, there is only one psychiatry hospital serving a population of 27-28 million. About 80-100 patients are attending the 60-bed MHH in Kabul. Health workers in the MHH, who requested anonymity, told IRIN about some of the problems."

"We receive only the equivalent of US\$100 monthly for medicines for over 2,500 patients [four US cents per patient]," said a specialist at the hospital."

"Patients and their carers often stand in queues in front of the only toilet in the hospital," said another psychiatrist. "The main problem is that people suffering from psychosis and mental illness cannot air their problems so it's like a 'nothing heard nothing happens' situation."

Het psychiatrisch ziekenhuis blijkt absoluut niet van voldoende kwaliteit te zijn, zo is er niet eens toegang tot voldoende hygiënische toiletten.

Deze informatie, die veel specifiek is dan de informatie van de tegenpartij, toont aan dat er geen financiële hulp bestaat voor mensen met psychiatrische problemen, dat er slechts 2 psychiaters zijn voor heel Afghanistan en slechts 60 bedden voor patiënten in Kaboel. Er kan verwezen worden naar het RvV arrest nr. 64.269 van 30 juni 2011 waarin gesteld wordt:

"De hierboven vermelde algemene benadering van de problematiek door verwerende partij in de bestreden beslissing klemmt des te meer aangezien de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch verslag van 19 januari 2011 meldt dat het "aangewezen (lijkt) dat betrokkene ook nu nog verdere onderhoudsbehandeling kan krijgen", en in het administratief dossier een schrijven zit van 24 juli 2009 van dr. C.G. van het Kosovaarse "Department of Health care services gericht aan de behandelend ambtenaar van de Belgische dienst vreemdelingenzaken, waaruit, in tegenstelling tot wat de verwerende partij stelt in de bestreden beslissing, niet enkel blijkt dat slechts 10 psychiaters en 2 klinisch psychologen werkzaam zijn in heel Kosovo en het dus zeer moeilijk is om kwalitatieve service te bieden aan de ganse bevolking. Bovendien blijkt hieruit ook dat er een gebrek is aan antidepressiva die gratis worden verstrekt, terwijl 15 procent van de bevolking in extreme armoede leeft en 50 procent in armoede."

De DVZ verwijst naar de International Psychosocial Organisation die actief is in Afghanistan en die familietherapie voorziet.

Nochtans leest verzoeker het volgende op hun website met betrekking tot hun project in Afghanistan:

"Ipsos's activities in Afghanistan aim to strengthen the Afghan public health care system by training health staff, psycho-social counsellors, medical doctors and nurses working in primary and secondary health care of selected clinics in all provinces. These activities are in line with the National Mental Health Strategy of the Afghan Ministry of Public Health and aim to reduce the high mental health burden of a population that has been suffering from war and insecurity for the past 35 years. The main causes of mental health problems are traumatic experiences and psycho-social stressors such as family conflicts,

migration, loss of beloved ones, poverty and high levels of stress in daily life. Furthermore, daily life is affected by the transition from traditional to modern society through digital globalisation and the influence of the media causing shattered basic assumptions about social and cultural identities."

Er wordt dus nergens gesteld dat deze organisatie familietherapie voorziet. Ze stellen enkel personeel op te leiden. Deze informatie zegt dus niets over de concrete beschikbaarheid van familietherapie of psychotherapie in Kaboel.

Vervolgens wordt er gesteld, op basis van de informatie van MedCOI dat de nodige medicatie en behandeling door psychiater en/of psycholoog beschikbaar is.

Verzoeker heeft ten eerste geen toegang tot de database MEDCOI waardoor ze de informatie hieromtrent niet kan terugvinden noch onderzoeken wat in strijd is met de motiveringsplicht.

Verzoeker merkt ten tweede op dat de informatie afkomstig uit MEDCOI niet te verifiëren is en al in vele dossiers totaal onbetrouwbaar is gebleken. Het gaat om documenten afkomstig van een organisatie die alleen voor migratiediensten werkt, en niet ten dienste staat van de gehele bevolking. Deze organisatie is nog nooit op haar kwaliteit gecontroleerd door NGO's of wetenschappers. Op het eerste zicht is het een organisatie die als doel heeft zo veel mogelijk migranten te kunnen terugsturen naar het land van herkomst, een organisatie in dienst van de migratiepolitiek van Europa, die niet als doel heeft mensenrechten te garanderen, maar eerder grenzen te beschermen.

Dat zulke organisaties mogen bestaan wordt hier geenszins betwist, maar dat ze als objectieve bron opduiken in een dossier van een ernstig zieke man, is wel verontrustend. Het onderzoek dat door de arts van DVZ werd uitgevoerd, is dan ook beneden alle peil!

Uit de bestreden beslissing, noch uit het administratief dossier, kan afgeleid worden dat de bijstand en zorgen die verzoeker nodig heeft ter beschikking zouden zijn in Afghanistan.

Verzoeker heeft geen toegang, zoals reeds gesteld, tot de volledige informatie, men leest in de voetnoten immers: "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 "

Gezien de beschikbare informatie over de gezondheidszorg in Afghanistan en het oordeel van verzoekers behandelende arts, dient men te oordelen dat verzoeker in zijn land van herkomst nooit de nodige medische zorgen zou krijgen, die hij nodig heeft. Een gedwongen terugkeer naar Afghanistan zou dan ook een schending uitmaken van artikel 3 EVRM.

II. Met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de behandeling

Zelfs indien men zou oordelen dat de beschikbare medische zorgen in Afghanistan voldoende zouden zijn (quod certe non), dient men hierbij rekening houden met de financiële toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst van verzoeker. Zo stelt ook het arrest nr. 112.442 van 22 oktober 2013, zeer recent dus, dat:

« Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la Loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également: Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. »

Het is duidelijk dat de tegenpartij slechts op zeer partiële wijze rekening heeft gehouden met de individuele situatie van verzoeker. Hij kan immers niet werken, dus dient hij, volgens tegenpartij, een beroep te doen op een vrienden familie, (een systeem van sociale zekerheid bestaat immers niet, geeft de tegenpartij zelf toe, hoogstens moet de overheid "eerder" rekening houden met de nood aan de zorg die iemand nodig heeft dan met zijn capaciteit om deze te betalen, hetgeen natuurlijk oncontroleerbaar is in de feiten)

Daar waar de tegenpartij het volgende stelt in de bestreden beslissing:

"Bovendien lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Afghanistan- het land waar hij overigens ruim 30 jaar verbleven zou hebben- geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en of voor (tijdelijke) financiële hulp."

kan men niet spreken van een "onderzoek met betrekking tot de reële mogelijkheden om de zorgen te kunnen bekostigen die zij nodig heeft", zoals de rechtspraak van de Raad van State het voorschrijft, (zie arrest R.v.St. n° 65.160, 11 maart 1997 ; R.v.St. n° 82.698, 5 oktober 1999 ; R.v.St. 91.709, 19 december 2000)

De tegenpartij doet enkel een veronderstelling. Verzoeker zou kunnen tijdelijk hulp krijgen van kennissen of familie.

Immers, nergens is vastgesteld of verzoeker kennissen of familie heeft, waarmee hij nog in contact staat, en die in staat zouden zijn om hem financieel, al was het maar tijdelijk te helpen.

De hulp van IOM in de vorm van een geldbedrag van 250 euro (zie stuk 4), is hypothetisch (in geval van vrijwillige terugkeer) en bovendien eenmalig. De verdergaande hulp kan slechts geboden worden wanneer er een project wordt ingediend waarvoor een microkrediet kan geboden worden. De tegenpartij gaat er zonder enig voorbehoud van uit dat de steun die gegeven wordt door IOM voldoende is om de medicatie en de psychologische en psychiatrische behandeling die verzoeker nodig heeft, te bekostigen. IOM kan steun geven, doch dit is steeds (erg) beperkt, in de tijd, of qua bedrag. Het is geld om een bepaald project op te starten, niet geld dat 'gewoon' gegeven wordt om medische zorgen te bekostigen. Bovendien gaat het bij IOM om een project van vrijwillige terugkeer, terwijl verzoeker niet terug wil naar Afghanistan, aangezien zijn medische toestand hier alleen maar door zal verslechteren.

De terugkeerpremie is een eenmalig bedrag van 250 euro voor een volwassene, (zie stuk 4) Wanneer IOM oordeelt dat het om kwetsbare personen gaat, kan er nog een ondersteuning gegeven worden die maximum zes maanden duurt, (zie stuk 4)

Deze steun is echter volkomen hypothetisch (wie zegt dat IOM de aanvraag zou goedkeuren?) en bovendien of erg beperkt in financiële zin of beperkt in de tijd. Dit is geen afdoende motivering gezien de problematiek van verzoeker. Overigens is het belangrijkste element in casu dat de nodige zorgen zelfs niet beschikbaar zijn in Afghanistan, laat staan dat ze toegankelijk zijn, zelfs met financiële hulp.

Dit zijn de enige elementen die aangehaald worden door de tegenpartij met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de medische behandeling in geval van terugkeer. Dit is duidelijk geen afdoende onderzoek en gebaseerd op manifeste appreciatiefouten. En verder stelt het reeds aangehaalde arrest:

"Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procédait d'une erreur manifeste d'appréciation (cfr. dans le même sens, RvSt, n° 101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005)."

In casu is dit exact wat gebeurt in de bestreden beslissing : door te stellen dat verzoeker een beroep kan doen op vrienden en familie of het IOM, neemt de tegenpartij feiten voor waar aan die dat helemaal niet zijn en die niet voortvloeien uit het dossier.

De controle arts erkent dat verzoeker werkonbekwaam is en zijn geld niet kan beheren, op basis van de hem voorgelegde medische attesten.

R.v.St. 18 maart 1998, nr.72.594, RDE 2002 N° 119

"Les soins qui doivent être prodigués au requérant peuvent l'être au XXX, pour autant que celui-ci, compte tenu de ce que ce pays ne dispose pas d'un système de sécurité sociale couvrant les soins de santé, dispose de ressources financières suffisantes."

In de aangehaalde rapporten blijkt duidelijk dat ook de financiële toegankelijkheid van de medische zorg in Afghanistan erg beperkt is. De gezondheidszorg is bijgevolg erg duur en moeilijk toegankelijk voor verzoeker, met name wanneer men niet kan werken.

Aangezien verzoeker voortdurend dient opgevolgd te worden en aangezien de evolutie van zijn gezondheidstoestand afhangt van de therapietrouw, is de toegang tot medicatie en een psychiater voor hem essentieel.

Indien de behandeling wordt stopgezet zijn de mogelijke gevolgen en complicaties:

Dr. D. in januari 2010 spreekt van 'passage à l'acte auto-agressif' ingeval van stopzetting van de behandeling.

In september 2010 herhaalt Dr. D. dit risico.

In november 2011 stelt Dr. B. 'récidive dépressive avec retour des idéations suicidaires, de l'isolement, du décrochage social. Pronostique fragile et réservé'.

In april 2012 stelt Dr. B. 'récidive dépressive avec retour des idéations suicidaires et de l'isolement. (...) Risque vital non-exclu.'

Zelfs al zou verzoeker medisch behandeld kunnen worden in zijn land van herkomst (quod certe non), dan zou die medische hulp en medicatie voor hem onbereikbaar zijn omwille van de hoge kosten.

De "Country Cooperation Strategy" van de WHO, zet duidelijk uiteen hoe de gezondheidszorg in Afghanistan door de opeenvolgende burgeroorlogen achteruit is gegaan en vandaag zo goed als niet meer bestaat.

Zo stelt het rapport op blz. 18: "Starting from a very weak foundation, the public health system has even deteriorated in the years of war that followed."

Er dient ook verwezen te worden naar het rapport uit 2009 van de World Health Organization

Het rapport begint met een overzicht:

"Mental Health System in Afghanistan

Afghanistan has had a National Mental Health Plan, Policy and Legislation since 1987 which addresses the main mental health issues. A regular budget allocation does not exist for mental health. In 2004, 0.1 million USD (out of a 289.4 million USD total health budget) was directed for mental health. There is a national human rights body; only one review/inspection of human rights protection for a patient was carried out in 2004. There is no coordination body on mental health to oversee publications and awareness campaigns. There is no financial or legislative support for people with psychiatric problems. There are only two psychiatrists (neither working in mental health facilities) 61 other doctors, 37 nurses and 40 other mental health workers in the mental health services in country. The only mental hospital, in the capital city, houses 60 beds while community mental health facilities are yet to be developed in the country. No defined mental data collection exists in the ministry. Limited resources are available for mental health and much of these resources are directed towards the mental hospital, leaving inpatient and outpatient facilities underfunded. Almost all mental health outpatient facilities are located in major cities. In rural areas, primary healthcare staff have either limited training in mental health or mental health services are entirely unavailable. The utilization of services by poor people entirely depends on the availability of free medications in the facilities. Coordinated and sustained efforts are needed to strengthen the mental health system in Afghanistan."

Meer specifiek wordt er gesteld:

"In the majority of PHC clinics, essential psychotropic medications are not available free of charge but some of these medications can be purchased at nearby local pharmacies in cash. There are only two psychiatrists (neither working in mental health facilities), 67 other doctors, 37 nurses and 40 other mental health workers in the mental health services in country. Although an essential psychiatric medicines list is available in the country, these medications have not been available in primary health care facilities due to postponement of implementation of the mental health component of BPHS."

Een zeer recent rapport van Artsen zonder Grenzen (februari 2014, stuk 5) stelt het volgende met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van medische zorgen in Afghanistan:

"According to the World Bank, more than one third of people in Afghanistan live below the national poverty line of less than US\$1.25 per day,⁷³ and as much as half the population is at high risk of impoverishment.⁷⁴ Additionally, there are important differences between rural and urban areas, with 25% of rural compared to only 2% of urban populations categorized as living in the poorest fifth of the population.

Among the people MSF interviewed, at least 60% lived on less than US\$ 1 per person per day, with half of patients in Helmand and Kabul living on the equivalent of just US\$0.60 or less. Even this can be an underestimation of poverty levels for the most vulnerable people in those locations, as those unable to find the means to reach the MSF-supported hospitals might be excluded from the survey.

Additionally, MSF projects are located in urban areas and receive fewer patients from the rural areas, where people generally have less wealth.

A significant proportion of the population struggles to make ends meet, let alone pay for healthcare. Among the people surveyed, at least half described their household economic situation as poor, very poor or extremely poor, all categories that meant they had problems to pay for healthcare. In Helmand and Khost, as many as three in four people described their household as poor or very poor. The interviewees in Kabul had the biggest category of very to extremely poor, with one in five people (21.2%) describing themselves as such. Medication consistently ranked as one of the highest costs people incurred. In Kunduz and Kabul, more than half of those interviewed had paid more than US\$44 on drugs during a previous illness episode. Those who went to Pakistan as the first step in seeking treatment across all four locations paid a median of US\$ 193 on both medical and non-medical costs. The majority, about 60%, was on drugs. With an interquartile range (IQR) of 116-341, one in four of them paid more than US\$341. The high costs of drugs can be attributed to the fact that people in Pakistan sought care with private doctors for chronic diseases such as cancer, hypertension or hepatitis.

Though the public system promises free care, in practice people revealed that this is not always the case, and they often had to pay for drugs and some doctors' fees. In addition, there are also other hidden charges and accusations of corruption. In all four locations, people spoke of doctors in public clinics pushing patients to their more lucrative after-hours private practices.

People also regularly complained of government clinics in remote areas selling drug supplies to the local pharmacy so that patients could not find the drugs in the clinic and were then forced to pay for medicine at the pharmacy.

Informal charges for patients are particularly worrying considering that cost was the second most important consideration, after proximity, for those who chose a public health facility over a private one. More than one in six people in Kunduz, and one in eight people in Helmand, who chose to seek healthcare in a public structure did so because it was considered the cheapest. However, the drugs were not always available or free at those public clinics, thereby driving up their medical bills."

Als de bestreden beslissing stelt:

"Afghanistan kent geen systeem van sociale zekerheid zoals we dit in België kennen. Echter de Afghaanse Grondwet zegt dat de staat verplicht is in te staan voor gratis preventieve gezondheidszorg, medische behandeling en degelijke medische faciliteiten. Daarnaast moet ze ook de nodige maatregelen nemen om de zwakkeren in de maatschappij bij te staan.

Betrokkene heeft nood aan psychische zorgen. Sinds 2005 zijn deze zorgen opgenomen in het Basic Package of Health Services. Dit programma legt de klemtoon op het principe van de rechtvaardigheid en stelt dat de toegang tot medische zorgen EERDER moet gebaseerd op de nood aan deze zorgen dan op de mogelijkheid om de zorgen te betalen."

Deze zinsnede zegt dus eigenlijk niets met betrekking tot de financiële beschikbaarheid van de medische zorgen. Er is geen gratis gezondheidszorg, er is geen systeem van sociale zekerheid. De toegankelijkheid moet EERDER gebaseerd zijn op de nood aan deze zorg dan op de mogelijkheid ze te betalen... Het is duidelijk dat uit de feiten blijkt, zoals het rapport van Artsen Zonder Grenzen (zie stuk 5, rapport februari 2014) het beschrijft dat in de praktijk er steeds dient betaald te worden voor medische zorgen, die in de publieke sector vaak zeer twijfelachtig van kwaliteit zijn. Ook de medicatie is vaak van inferieure kwaliteit.

Al deze informatie, waarvan er recentere is dan deze van tegenpartij, met name dit laatste rapport van Artsen zonder Grenzen (zie stuk 5), toont duidelijk aan dat de toegang tot de gezondheidszorg zeer veel obstakels met zich meebrengt, met name wat betreft de financiële toegankelijkheid.

Dit doet de principes die de Afghaanse Grondwet vooropstelt in de praktijk teniet. Het loutere feit dat de Afghaanse overheid stelt dat er eerder moet rekening gehouden worden met de noden van de persoon dan met zijn capaciteit om de zorgen te kunnen betalen, is dus een mooi uitgangspunt, maar wordt spijtig genoeg niet bevestigd gezien in de praktijk. De affirmaties van tegenpartij zijn dus volkomen onvolledig en worden niet bevestigd door enige tastbare informatie.

- Basic Package of Health Services

De arts-adviseur stelt dat volgens het "basic package of health services for afghanisfan", de toegang tot de nodige zorgen gebaseerd moet zijn op de nood aan deze zorgen, en niet op de mogelijkheid om deze zorgen te betalen.

Dit document zegt niets over de concrete toegankelijkheid van de medische zorgen in Afghanistan maar stelt enkel aan de hand van een advies, hoe de toegang tot de zorgen zou moeten zijn.

Zoals aangehaald op de website van de Wereldgezondheidsorganisatie gaat het dus om een planning voor de toekomst:

"Towards sustainable delivery of health services in Afghanistan: options for the future (...) Since the public health sector was, and has remained, severely underfunded (the public health ministry's annual budget allows about US\$ 1 per capita), it was unable to appropriately finance public health facilities. In addition, the experience of contracting in countries such as Cambodia¹ led major funding agencies, including the World Bank, the United States Agency for International Development (USAID) and the European Commission, to channel financial support to NGOs through contracting for a basic package of health services (BPHS)."

Het gaat dus om politieke informatie die ook geen enkel concreet impact heeft op verzoeker. De fundamentele vraag, met name of ingeval van terugkeer verzoeker toegang zal hebben tot medische zorgen wordt dus niet beantwoord.

juridische informatie over de Afghaanse Grondwet

Zoals verwerende partij maar al te goed weet kunnen artikelen van een Grondwet geen concrete medische zorgen geven. Socio-economische rechten in een Grondwet hebben bovendien geen directe werking.

- Het engagement van de Afghaanse regering

Het gaat om politieke informatie die ook geen enkel concreet impact heeft op verzoeker. Verzoeker besluit dan ook dat het verslag van de arts-adviseur niet serieus is. Het bevat geen enkele bron die erop zou wijzen dat de nodige medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn.

Het is duidelijk dat de informatie die is toegevoegd aan het administratief dossier door de tegenpartij niet toelaat de effectieve beschikbaarheid te beoordelen voor verzoeker voor een psychologische en psychiatrische follow-up in haar land van herkomst.

Er dient hierbij dan ook verwezen te worden naar het arrest van de RW nr. 64.269 van 30 juni 2011 waarin gesteld wordt:

"In het licht echter van de specifieke problematiek die door verzoeker in zijn aanvraag werd aangekaart en die betrekking heeft op de terugkerende asielzoeker in Kosovo die lijdt aan een aandoening zoals deze van verzoeker -problematiek die wordt bevestigd in de door hem bijgebrachte rapporten- is het oordeel dat behandeling "in het algemeen" mogelijk is niet afdoende."

Integendeel, gezien de openbare en beschikbare informatie én de door verzoeker aangegeven informatie in de initiële aanvraag over de gezondheidszorg in Afghanistan en het oordeel van verzoekers behandelende arts, dient men te oordelen dat verzoeker in zijn land van herkomst nooit de nodige medische zorgen zou krijgen. Een gedwongen terugkeer naar Afghanistan zou dan ook een schending uitmaken van artikel 3 EVRM en artikel 9ter Vreemdelingenwet.

De conclusie die de dokter van DVZ heeft getrokken op basis van de grondwet van Afghanistan en de engagementen van NGO's en de VS is overduidelijk in tegenstrijd met de reële situatie in het land, zoals ze wordt gedocumenteerd door mensenrechtenorganisaties, de Wereldgezondheidsorganisatie en de Verenigde Naties. De motivering faalt manifest. Verzoeker wenst te verwijzen naar arrest nr. 64.269 van 30 juni 2011 van de RW, waarin verwezen wordt naar rechtspraak van de Raad van State:

"Hoewel de verwerende partij niet in extenso hoeft te antwoorden op alle door verzoeker ingeroepen argumenten, moet uit de bestreden beslissing blijken dat die argumentatie in de besluitvorming werd betrokken en uit de motivering van de beslissing moet kunnen worden afgeleid waarom de argumenten in het algemeen niet werden aanvaard. (RvS 4 december 2002, nr. 113 182)"

Uit de bestreden beslissing blijkt allerm minst of in het algemeen alle door de verzoeker ingeroepen informatie betrokken werd en vooral waarom deze argumenten niet aanvaard werden.

Nochtans dient de tegenpartij een onderzoek te voeren naar de concrete mogelijkheden van de verzoekende partijen om bestaansmiddelen te genereren.

Gezien de informatie van het rapport van Artsen Zonder Grenzen (zie stuk 5) is het tegendeel waar:

According to the World Bank, more than one third of people in Afghanistan live below the national poverty line of less than US\$1.25 per day,⁷³ and as much as half the population is at high risk of impoverishment.⁷⁴ Additionally, there are important differences between rural and urban areas, with 25% of rural compared to only 2% of urban populations categorized as living in the poorest fifth of the population.

Among the people MSF interviewed, at least 60% lived on less than US\$ 1 per person per day, with half of patients in Helmand and Kabul living on the equivalent of just US\$0.60 or less. Even this can be an underestimation of poverty levels for the most vulnerable people in those locations, as those unable to find the means to reach the MSF-supported hospitals might be excluded from the survey.

Additionally, MSF projects are located in urban areas and receive fewer patients from the rural areas, where people generally have less wealth.

A significant proportion of the population struggles to meet let alone pay for healthcare. Among the people surveyed at least half described their household economic situation as poor, very poor or extremely poor, all categories that meant they had problems to pay for healthcare. In Helmand and Khost, as many as three in four people described their household as poor or very poor. The interviewees in Kabul had the biggest category of very to extremely poor, with one in five people (21.2%) describing themselves as such.

Het komt toe aan de tegenpartij, gezien de principes van behoorlijk bestuur, om te beslissen met kennis van alle elementen en bijgevolg over te gaan tot een noodzakelijk onderzoek met betrekking tot de reële mogelijkheden om de zorgen te kunnen bekostigen die zij nodig heeft, (cfr. R.v.St. n° 65.160, 11 maart 1997 ; R.v.St. n° 82.698, 5 oktober 1999 ; R.v.St. 91.709, 19 december 2000).

Het komt toe aan de overheid om afdoende aan te tonen dat, in geval van repatriëring, de verzoeker in zijn land van herkomst, op een afdoende wijze toegang heeft tot medische zorgen van een behoorlijke kwaliteit. (R.v.St. n° 95.175, 7 mei 2001) rekening houdend met zijn financiële middelen (R.v.St. n° 72.594, 18 maart 1998; R.v.St. n° 83.760, 30 november 1999).

In dit opzicht, dient de overheid tevens de kwaliteit van de zorgen te onderzoeken in het land van herkomst, voor de behandeling van de exacte aandoening, indien nodig met behulp van een specialist, evenals de toegankelijkheid van deze behandeling. (R.v.St. n° 75.389, 22 juli 1998 ; R.v.St. n° 83.760, 30 november 1999 ; R.v.St. n° 72.594, 18 maart 1998).

De overheid dient na te gaan of er een publieke - of privé-vorm is van tenlasteneming van de medische kosten, rekening houdend met de middelen van verzoeker. (R.v.St. n° 79.364, 19 maart 1999 ; R.v. .St. n° 72.594, 18 maart 1998, R .v.St., n°75389, 22 juli 1998), hetgeen niet het geval is in casu zoals in de initiële aanvraag werd aangetoond.

De overheid moet zich ervan vergewissen dat de beschikbare zorgen (*quod non in casu*) ook financieel toegankelijk zijn voor verzoeker. Indien de vreemdeling niet voldoende middelen heeft, is de effectieve toegankelijkheid van de zorgen 'aléatoire'. (vertaling: onzeker) (R.vSt., n°80.553 van 1 juni 1999, RDE 2002, n°I 19, p. 395)

Verzoeker wenst niet enkel te wijzen op de interne tegenstrijdigheid van de aangehaalde bronnen van de bestreden beslissing, maar ook het feit dat de informatie uit de bestreden beslissing lijnrecht ingaat tegen de algemeen beschikbare informatie van NGO's, UNHCR, en vele ander geloofwaardige bronnen. De zogenaamd 'gratis' medicatie hangt volledig af van de voorraad en het is veel gebruikelijker dat de patiënt weldegelijk dient te betalen voor de medicatie. Ook deze informatie gaat volledig in tegen wat de tegenpartij beweert.

Ook hier kan weer verwezen worden naar het RW arrest nr. 64.269 van 30 juni 2011 waarin gesteld wordt:

"De hierboven vermelde algemene benadering van de problematiek door verwerende partij in de bestreden beslissing klemmt des te meer aangezien de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch verslag van 19 januari 2011 meldt dat het "aangewezen (lijkt) dat betrokkene ook nu nog verdere onderhoudsbehandeling kan krijgen en in het administratief dossier een schrijven zit van 24 juli 2009 van dr. C.G. van het Kosovaarse "Department of Health care services gericht aan de behandelend ambtenaar van de Belgische dienst vreemdelingenzaken, waaruit, in tegenstelling tot wat de verwerende partij stelt in de bestreden beslissing, niet enkel blijkt dat slechts 10 psychiaters en 2 klinisch psychologen werkzaam zijn in heel Kosovo en het dus zeer moeilijk is om kwalitatieve sen/ice te bieden aan de ganse bevolking. Bovendien blijkt hieruit ook dat er een gebrek is aan antidepressiva die gratis worden verstrekt, terwijl 15 procent van de bevolking in extreme armoede leeft en 50 procent in armoede"

Deze rechtspraak kan toegepast worden op huidige zaak. Tegenpartij beweert dat er psychiaters zijn en dat gezondheidszorg 'in principe' gratis is, maar verzoeker brengt meer gedetailleerde informatie die duidelijk aantoont dat dit niet correct is.

De zeer algemene uitspraak van de controlearts dat de medicatie gratis en beschikbaar is, gaat in tegen deze meer gedetailleerde informatie, die enerzijds stelt dat medicatie weldegelijk enkel tegen betaling te verkrijgen is, en anderzijds dat de voorraad heel vaak uitgeput is. De tegenpartij baseert zich bijgevolg op foutieve informatie om tot haar conclusie te komen. Voorts kan er nog verwezen worden naar:

(...)

"Community-based psychiatry inpatient units There are 5 community-based inpatient units available in the country for a total of 0.28 beds per 100,000 populations. None of these beds in community-based inpatient units are reserved for children and adolescents. Twenty-seven percent of admissions to community-based psychiatry inpatient units are female and there have been only 13 cases of children/adolescents.

Regarding the workplace, there are no psychiatrists working in outpatient facilities, communitybased psychiatry inpatient units, or in the mental hospital

Legislative and financial provisions for persons with mental disorders

At the present time, there is no legislative or financial support for persons with mental disorders for the following: provisions for employment, provisions against discrimination at work, or provisions for housing.

There is a unit for identification and grading of physical disability in the MOPH according to the Disability Benefit Act from the 1980s. For 100% disability, the government pays 6 \$ per month and for 50-80% it pays 3 \$ per month. Psychiatry disorders are not included in the benefits; however, dementia and epilepsy are included under neurological conditions."

Het is manifest duidelijk dat de informatie die de tegenpartij toevoegt aan het administratief dossier onjuist of minstens onvolledig is. Hierdoor kan er geen sprake zijn van een zorgvuldige beslissing. Evenmin is er sprake van een correct gemotiveerde beslissing.

De bestreden beslissing schendt artikel 3 EVRM en artikel 9ter van de wet van 15.12.1980. Zelfs indien men zou oordelen dat de beschikbare medische zorgen in Afghanistan voldoende zouden zijn - *quod certe non* -, dient men hierbij rekening houden met de financiële toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst van verzoeker.

Zo heeft de Raad van State in een arrest van 18 maart 1998, nr.72.594, het volgende gesteld: "Les soins qui doivent être prodigués au requérant peuvent l'être au XXX, pour autant que celui-ci, compte tenu de ce que ce pays ne dispose pas d'un système de sécurité sociale couvrant les soins de santé, dispose de ressources financières suffisantes.»

Het arrest dat hier geciteerd wordt, gaat er van uit dat de persoon reeds over middelen beschikt, niet dat er een hypothetische mogelijkheid bestaat dat men kan gaan werken, quod non in casu.

In de hierboven aangehaalde rapporten blijkt duidelijk dat ook de financiële toegankelijkheid van de medische zorg (in de mate dat die er is) in Afghanistan erg beperkt is. De gezondheidszorg is bijgevolg erg duur en moeilijk toegankelijk voor verzoeker.

Aangezien verzoeker voortdurend dient opgevolgd te worden en aangezien de evolutie van zijn gezondheidstoestand afhangt van de therapietrouw, is de toegang tot medicatie en een psychiater voor hem essentieel.

Zelfs al zou verzoeker medisch behandeld kunnen worden in zijn land van herkomst (quod cerfe non), dan zou die psychiatrische opvolging en medicatie voor hem onbereikbaar zijn omwille van de hoge kosten.

De motivering betreffende de financiële toegankelijkheid is kennelijk onredelijk.

Op grond van deze schendingen verzoekt verzoeker de schorsing en de nietigverklaring van de beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken.

III. Oorzaak van psychologische problemen

De controlearts laat ten slotte na om de oorzaak van de psychologische problemen van verzoeker in het medisch onderzoek te betrekken. Verzoeker heeft immers psychologische problemen omwille van hetgeen hij meemaakte in zijn land van herkomst. Een terugkeer naar Afghanistan is om die reden ook af te wijzen.

Dat verzoeker lijdt aan PTSD met een angststoornis wordt niet ontkend door de controlearts! Het is duidelijk dat de tegenpartij de principiële verplichting voor autoriteiten om alle nodige informatie te verzamelen teneinde een beslissing te kunnen nemen niet gerespecteerd heeft. De rechtspraak van de Raad van State verplicht de autoriteiten nochtans om een beslissing te nemen "en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce"

Op grond van deze schendingen verzoekt verzoeker de schorsing en de nietigverklaring van de beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken dd. 26.06.2013, betekend op 21.02.2014."

3.2. In de nota repliceert de verwerende partij het volgende:

"In een tweede middel stelt verzoeker een schending voor van de artikelen 3 en 13 EVRM, van de 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, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

Hij stelt te lijden aan een PTSD met een angststoornis. Betreffende de beschikbaarheid van de medische verzorging verwijst hij naar de UNHCR's eligibility guidelines for assessing the international protection needs of Afghan asylum-seekers van december 2007, waaruit zou blijken dat de ziekenhuizen weinig diensten aanbieden en dat ze moeten steunen op familie. Voorgaande zou herhaald zijn door het UNHCR in 2009, waarbij hij een passage citeert aangaande vrouwen en niet-begeleide kinderen. Het UNHCR zou aan België uitzonderingen op repatriëringen gevraagd hebben. De NGO Organisation Suisse d'aide aux réfugiés zou in het rapport van december 2006 gesteld hebben dat vele Afghanen geen toegang hebben tot de gezondheidszorg. Het ministerie voor buitenlandse zaken zou de Belgen aanraden om zeer voorzichtig te zijn. Hij verwijst voorts naar een krantenartikel in Le Soir van 2010. UNCHR zou in een rapport van augustus 2013 gesteld hebben dat het conflict in Afghanistan serieuze gevolgen heeft op de toegang tot gezondheidszorg. M.b.t. de mentale gezondheidszorg verwijst hij onder meer naar een artikel van 3 mei 2012, dat recenter zou zijn dan de informatie van de ambtenaar-geneesheer en zou aantonen dat er geen financiële hulp bestaat voor mensen met psychiatrische problemen. Het International Psychosocial Organisation, waarnaar de verwerende partij verwijst, zou niets zeggen over de concrete beschikbaarheid van familietherapie in Kaboel. Hij zou geen toegang hebben tot de informatie van MedCOI en die informatie zou niet betrouwbaar zijn. Hij verwijt de verwerende partij te veronderstellen dat hij tijdelijk hulp kan krijgen van kennissen of familie. De hulp van IOM zou hypothetisch en eenmalig zijn. De gezondheidszorg zou erg duur zijn en moeilijk toegankelijk zijn voor hem daar hij niet kan werken. Met betrekking tot de beweerdde hoge kosten verwijst hij naar rapporten van 2005 en 2009 en naar een rapport van artsen zonder grenzen van februari 2014. De Basic Package of Health Services zou gaan om politieke informatie die op hem geen concrete impact zou hebben. Hij verwijt de verwerende partij de oorzaak van de psychische problemen in het medisch onderzoek te betrekken en stelt dat hij problemen heeft omwille van hetgeen hij meemaakte in zijn land van herkomst.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat naar luid van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door "(d)e 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".

De ambtenaar-geneesheer stelde in zijn advies d.d. 21 juni 2013 onder meer wat volgt:

"(...) Analyse van dit medisch dossier leert mij dat betrokkene lijdt aan een posttraumatisch stresssyndroom met angstige depressie en paranoia. Op een bepaald moment waren er suïcidaire ideaties maar dit verbeterde. Betrokkene is wel geïnvalideerd door de aandoening. Hij is voorlopig nog niet werkbekwaam en kan moeilijk zijn geld beheren. Hij neemt een neurolepticum, Dominal (...) en een antidepressivum Venlafaxine. Hij neemt ook Trazodone, een antidepressivum dat de slaap verbetert en amisulpiride, een licht neurolepticum. Betrokkene heeft neuroleptica en antidepressiva nodig en psychologische opvolging.

De aandoening verhindert betrokkene niet van te reizen. Mantelzorg is niet vereist.

De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Afghanistan.

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 betrokkene)

- Informatie afkomstig uit de MedCOI databank:

☐ van plaatselijke artsen die werkzaam zijn in het land van herkomst (...)

☐ van plaatselijke artsen die werkzaam zijn in het land van herkomst (...)

- Afghanistan National Licensed Drug list

- <http://moph.gov.af/en>

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat psychiatrische en psychotherapeutische opvolging mogelijk is in Afghanistan (...). Opvolging door een psychiatrisch verpleegkundige of een sociaal werkster is ook mogelijk.

Familietherapie bestaat en er is een psychosociale organisatie IPSO (...) in Kabul.

Medicamenteuze behandeling is beschikbaar in Afghanistan:

De neuroleptica (...) zijn niet beschikbaar maar equivalenten zijn dat wel zoals (...).

Mental health maakt deel uit van de 6 topprioriteiten van het ministerie van gezondheidszorg in Kaboul.

Er wordt volop gewerkt aan de uitbouw van de gezondheidszorg en ook aan de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Er is ook hulp van ettelijke donoren.

(...)

Wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen (...) verwijs i naar volgende documenten:

- Grondwet Afghanistan (...)

- Islamic republic of Afghanistan (...)

- Internationale organisatie voor Migratie Brussel, bijstand bij vrijwillige terugkeer en re-integratie (...)

Wat betreft de financiële toegankelijkheid.

(...)

Sinds 2005 zijn deze zorgen opgenomen in het 'Basic Package of Health Services'(...)

Bovendien lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Afghanistan – het land waar hij overigens ruim 30 jaar verbleven zou hebben – geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen (...).

Tenslotte dient vermeld te worden dat betrokkene beroep kan doen op het REAB-programma (...).

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt dat hij de psychiatrische aandoening van verzoeker weerhield en stelde dat de medicatie en de opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Afghanistan.

De informatie afkomstig van International SOS – onder de vorm van een "request form" met antwoord afkomstig van de Nederlandse immigratie- en naturalisatiedienst – waarop het advies steunt, zich bevindt in het administratief dossier. Verzoeker kon hiervan bijgevolg kennis nemen door het administratief dossier te raadplegen. Daarnaast licht de ambtenaar-geneesheer toe dat de MedCOI-databank, waaruit de informatie van International SOS afkomstig is, een project is rond het uitwisselen van bestaande informatie, beste praktijkvoering en ontwikkelen van een gemeenschappelijke aanpak in het verzamelen en gebruik van medische "country of origin information". Het MedCOI project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau medische advisering en telt 17 partners en wordt gefinancierd door het European Refugee Fund. Tevens wordt toegelicht dat International SOS een internationale onderneming is die medische bijstand en veiligheidsdiensten verleent. Zij bezit klinieken in meer dan 70 landen en een wereldwijd netwerk van centra voor spoedhulp. International SOS verbindt zich contractueel tot het leveren van informatie over de beschikbaarheid van medische behandeling in landen over de hele wereld. Waar verzoeker meent dat de ambtenaar-geneesheer zich niet mocht beroepen op informatie afkomstig van MedCOI, laat hij

na toe te lichten waarom dergelijke informatie, omdat haar verslagen niet publiekelijk toegankelijk zijn, niet betrouwbaar zou zijn.

Waar verzoeker, verwijzend naar verschillende rapporten meent dat de toegang tot de gezondheidszorg niet gegarandeerd kan worden, dient te worden gewezen op het arrest nr. 10486/10 d.d. 20 december 2011 'YOH-EKALE MWANJE t/België' van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat handelde over een seropositieve vrouw, waarbij de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in Kameroen dienden te worden beoordeeld. Het Hof stelde dat uit het dossier kon worden afgeleid dat de voor verzoekster nodige medicamenten in Kameroen beschikbaar zijn, doch dat hun toegankelijkheid slechts bepaald werd op 1.89% van de patiënten die ze nodig hebben. Desalniettemin, op basis van deze vaststellingen, concludeerde het Hof dat dergelijke omstandigheden niet volstaan om tot een schending van artikel 3 EVRM te besluiten. Het Hof stelde verder dat verzoekster niet in een kritische situatie verkeert en in staat is om te reizen.

Verzoeker legt tevens de nadruk op het feit dat de kosten van de zorgen heel hoog zouden zijn, doch gaat hiermee voorbij aan het feit dat zelfs indien de kosten van medische zorgen dermate hoog zouden zijn, dit gegeven niet voldoende is om te leiden tot een schending van artikel 3 EVRM.

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

"In zoverre verzoekers met hun verwijzing naar een mogelijke kost van de medicatie trachten aan te tonen dat de beslissing in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM, herhaalt de Raad dat het EHRM inzake medische dossiers een zeer hoge lat hanteert alvorens tot een schending van artikel 3 van het EVRM te besluiten. Uit de voormeld geciteerde rechtspraak van het EHRM blijkt dat het feit dat de medicatie moeilijk kan verkregen worden of slechts tegen betaling door de betrokkene niet automatisch leidt tot een schending van artikel 3 van het EVRM (EHRM 27 mei 2008, N. t. het Verenigd Koninkrijk, nr. 26565/05)."

Ook in arrest nr. 73.032 d.d. 11 januari 2012 stelde de Raad m.b.t. de kosten van de medische zorgen het volgende: "(...) Volgens het Hof 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. (...) Rekening houdende met de rechtspraak van het EHRM kunnen verzoekers met het argument dat de medische zorgen in de praktijk niet gratis zijn, geen schending van artikel 3 EVRM aannemelijk maken. (...)"

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen oordeelde in arrest nr. 72.086 d.d. 19 december 2011 dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 EVRM. Tevens stelde de Raad dat uit de rechtspraak van het EHRM blijkt dat de kosteloosheid 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 EVRM. Ook in arrest nr. 73.032 d.d. 11 januari 2012 stelde de Raad m.b.t. de kosten van de medische zorgen het volgende: "(...) Volgens het Hof 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. (...) Rekening houdende met de rechtspraak van het EHRM kunnen verzoekers met het argument dat de medische zorgen in de praktijk niet gratis zijn, geen schending van artikel 3 EVRM aannemelijk maken. (...) In arrest nr. 72.855 d.d. 9 januari 2012 oordeelde de Raad als volgt: "(...) Het EHRM oordeelde (...) dat zelfs de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand van een vreemdeling beïnvloedt niet volstaat om een schending van die bepaling op te leveren. Het EHRM heeft in zijn rechtspraak voorts meermaals bevestigd dat het feit dat de medicatie aanwezig is, ook al is dat tegen een aanzienlijke kost, voldoende is. (...)".

Er kan de verwerende partij niet verweten worden niet specifiek gevraagd te hebben naar een attest van arbeidsonbekwaamheid nu de bewijslast rust op de aanvrager. Het komt aan verzoeker toe om, bij het indienen van zijn aanvraag alle medische documenten over te maken ter staving van zijn aanvraag.

Het is geenszins kennelijk onredelijk te veronderstellen dat, gezien verzoeker meer dan 30 jaar in Afghanistan heeft verbleven, het onwaarschijnlijk is dat hij er geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben. Bovendien verklaarde verzoeker in het kader van zijn dertiende asielaanvraag dat hij door zijn schoonzus op de hoogte werd gesteld van de dood van zijn broer.

Op 10 december 2013, in arrest nr. 115.436 oordeelde de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen onder meer wat volgt:

"(...) De ambtenaar-geneesheer wijst verder op de Grondwettelijke verplichting voor de Afghaanse staat in te staan voor gratis preventieve gezondheidszorg, medische behandeling en degelijke medische faciliteiten. Bovendien zijn psychische zorgen sedert 2005 opgenomen in het "Basic Package of Health Services". Dit programma legt de nadruk op het principe van rechtvaardigheid en stelt dat de toegang tot

de medische zorgen eerder moet gebaseerd zijn op de nood aan deze zorgen dan op de mogelijkheid om ze te betalen. Bovendien wordt de effectieve financiële toegankelijkheid gewaarborgd door de aanwezigheid van het REAB-programma van de IOM, dat microkredieten kan verschaffen bij de opstart van een nieuw leven. Verder betwist verzoekster niet op concrete wijze dat zij, gelet op haar 28-jarige verblijf in Afghanistan -zoals zij zelf beweert- geen familie, vrienden of kennissen zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) financiële hulp/opvang. Zij toont niet aan arbeidsongeschikt te zijn, zodat mag verwacht worden dat verzoekster zelf ook kan bijdragen aan de eventuele kosten die gepaard gaan met de medische behandeling. Verzoekster maakt niet aannemelijk dat er door het conflict in Afghanistan geen toegankelijke medische zorgen meer zou zijn.(...)”

Waar verzoeker de verwerende partij verwijt de oorzaak van de psychische problemen niet in het medisch onderzoek te betrekken en stelt dat hij problemen heeft omwille van hetgeen hij meemaakte in zijn land van herkomst, gaat hij eraan voorbij dat zijn problemen in elk geval kunnen worden behandeld in het herkomstland.

Met hun betoog tonen verzoekers niet aan dat de ambtenaar-geneesheer op onzorgvuldige wijze zijn advies zou hebben opgesteld.

Het tweede middel is niet ernstig.”

3.3.1. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen heeft tot doel de burger, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de vreemdelingenwet. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een “afdoende” wijze. Het begrip “afdoende” impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

De bestreden beslissing moet duidelijk het determinerend motief aangeven op grond waarvan de beslissing is genomen. In de motieven wordt verwezen naar de toepasselijke rechtsregel, namelijk artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Tevens bevat de beslissing een motivering in feite, met name dat het aangehaalde medisch probleem niet kan worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Verzoeker maakt niet duidelijk op welk punt deze motivering hem niet in staat stelt te begrijpen op basis van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen derwijze dat hierdoor niet zou voldaan zijn aan het doel van de formele motiveringsplicht.

Uit het verzoekschrift blijkt dat verzoeker de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht *in casu* is bereikt en verzoeker bijgevolg de schending van de materiële motiveringsplicht aanvoert, zodat dit onderdeel van het middel vanuit dat oogpunt wordt onderzocht. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag 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 zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde van de staatssecretaris bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

3.3.2. De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht wordt onderzocht samen met de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

“§ 1

De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of

een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

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

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

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag 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."

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar het advies van de arts-adviseur d.d. 21 juni 2013, dat deel uitmaakt van de bestreden beslissing en bij de beslissing werd gevoegd, en dat luidt als volgt:

"Ik kom terug op uw vraag voor medische evaluatie van de gezondheidstoestand aangehaald door genoemde persoon in het kader van zijn vraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 23.10.2009.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

- Verwijzend naar de medische attesten d.d. 13/10/2009 van Dr. G. D., huisarts, blijkt dat betrokkene lijdt aan een posttraumatisch stress-syndroom met depressie. Betrokkene nam Alprazolam en Trazolan.

Betrokkene wordt psychologisch opgevolgd. Het gaat om een "stress-depressie".

- Verwijzend naar de medische attesten d.d. 07/01/2010, 21/08/2010, 08/03/2011 en 23/06/2011 van Dr. D., psychiater, blijkt dat betrokkene psychiatrisch wordt opgevolgd voor een ernstige depressie.

Mogelijks is er ook sprake van een posttraumatische component. In het begin was er sprake van suïcidale ideaties maar die namen gaandeweg af. Betrokkene neemt Sipralaxa, Trazolan, Solian.

- Verwijzend naar de medische attesten d.d. 09/11/2011 en 26/04/2012 van Dr. B. R., psychiater, blijkt dat betrokkene sinds oktober 2009 wordt opgevolgd voor een angstige depressie met posttraumatische elementen en paranoia. Hij wordt vergezeld van een tolk. Psycho-sociale opvolging is nodig. Betrokkene kan voorlopig nog niet werken. De aandoening evolueert wel positief. Hij neemt Sipralaxa, Trazodone, Seroquel, Amisulpiride. De Seroquel wordt later vervangen door Dominal en de Sipralaxa door Venlafaxine. De behandeling riskeert langdurig te zijn. Hij kan moeilijk zijn eigen geldzaken beheren. De prognose is gereserveerd.

Analyse van dit medisch dossier leert mij dat betrokkene lijdt aan een posttraumatisch stress-syndroom met angstige depressie en paranoia. Op een bepaald moment waren er suïcidaire ideaties maar dit verbeterde.

Betrokkene is wel geïnvalideerd door de aandoening. Hij is voorlopig nog niet werkbekwaam en kan moeilijk zijn geld beheren. Hij neemt een neurolepticum, Dominal (=prothipendyl) en een antidepressivum Venlafaxine. Hij neemt ook Trazodone, een antidepressivum dat de slaap verbetert en amisulpiride, een licht neurolepticum.

Betrokkene heeft neuroleptica en antidepressiva nodig en psychologische opvolging.

De aandoening verhindert betrokkene niet van te reizen. Mantelzorg is niet vereist.

De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Afghanistan.

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-databank:

o van plaatselijke artsen die werkzaam zijn in het land van herkomst en die gecontracteerd zijn door het bureau van de medische adviseurs van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 10/09/2012 met uniek referentienummer 2560,

o van plaatselijke artsen die werkzaam zijn in het land van herkomst en die gecontracteerd zijn door het bureau van de medische adviseurs van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 08/11/2012 met uniek referentienummer 2668.

- Afghanistan National Licensed Drug list

- <http://moph.aov.af/en>

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat psychiatrische en psychotherapeutische opvolging mogelijk is in Afghanistan o.a. in het Mental Health Hospital GOV, Sehari Alauddin, in het Aliabad hospital te Karte-sachi.

Opvolging door een psychiatrisch verpleegkundige of een sociaal werkster is ook mogelijk. Familietherapie bestaat en er is een psychosociale organisatie IPSO (International Psychosocial Organisation) in Kabul.

Medicamenteuze behandeling is beschikbaar in Afghanistan:

De neuroleptica prothipendyl en amisulpride zijn niet beschikbaar maar equivalenten zijn dat wel zoals risperidone, haloperidol, quetiapine en olanzapine zie Medcoi 2668 n. 3-4-5-6 en Medcoi 2560 nr. 15. Een aantal neuroleptica staan op de lijst van essentiële geneesmiddelen zoals Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol en Thioridazine. Deze zijn allicht goedkoper. Wat de antidepressiva betreft neemt betrokkene Trazodone en Venlafaxine. Deze middelen zijn beschikbaar Medcoi 2560 nr.15 B.

Mental health maakt deel uit van de 6 topprioriteiten van het ministerie van gezondheidszorg in Kaboul.

Er wordt volop gewerkt aan de uitbouw van de gezondheidszorg en ook aan de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Er is ook hulp van ettelijke donoren.

Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf;

Wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen in het herkomstland, zijnde Afghanistan, verwijs ik naar volgende documenten:

- Grondwet Afghanistan, 14 Jadi 1382 (04.01.2004), geratificeerd op 6 Bachman 1382 (26.01.2004), geraadpleegd op 03.04.2013 via

<http://www.oit.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/66413/62574/F963830732/AFG66413.PDF> (1)

- Islamic republic of Afghanistan, Ministry of Public Health, A Basic Package of Health Services for Afghanistan, 2005/1384 - geraadpleegd op 03.04.2013 via

<http://www.msh.org/afghanistan/pdf/Afghanistan BPHS 2005 1384.pdf> (2)

- Internationale Organisatie voor Migratie Brussel, Bijstand bij vrijwillige terugkeer en re-integratie, geraadpleegd op 03.04.2013, <http://avrr.belgium.iom.int/nl/home.html> (3)

Wat betreft de financiële toegankelijkheid:

Afghanistan kent geen systeem van sociale zekerheid zoals we dit in België kennen. Echter, de Afghaanse grondwet zegt dat de staat verplicht is in te staan voor gratis preventieve gezondheidszorg, medische behandeling en degelijke medische faciliteiten. Daarnaast moet ze ook de nodige maatregelen nemen om de zwakkeren in de maatschappij bij te staan (1).

Betrokkene heeft nood aan psychische zorgen. Sinds 2005 zijn deze zorgen opgenomen in het 'Basic Package of Health Services'. Dit programma legt de klemtoon op het principe van rechtvaardigheid en stelt dat de toegang tot de medische zorgen eerder moet gebaseerd zijn op de nood aan deze zorgen dan op de mogelijkheid om de zorgen te betalen (2).

Bovendien lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Afghanistan - het land waar hij overigens ruim 30 jaar verbleven zou hebben - geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Tenslotte dient vermeld te worden dat betrokkene beroep kan doen op het REAB-programma van de International Organisation for Migration (IOM). De IOM wil de zelfstandigheid en integratie van mensen die terugkeren naar hun herkomstland verbeteren door ze te assisteren bij hun terugkeer en hun reïntegratie. Zo kunnen ze beschikken over microkredieten om hen te ondersteunen bij de opbouw van een nieuw leven (3).

De zieke lijdt niet op zodanige wijze aan een aandoening dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland.

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 zijn leven of fysieke

integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Afghanistan. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland.”

3.3.3. Met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de behandeling voert verzoeker aan dat slechts op zeer partiële wijze rekening werd gehouden met de individuele situatie van verzoeker. Verzoeker wijst erop dat hij niet kan werken. Waar de verwerende partij verwijst naar de hulp en opvang die verzoeker zou kunnen verkrijgen in Afghanistan bij familie, vrienden en kennissen, kan er volgens verzoeker niet worden gesproken van een onderzoek met betrekking tot de reële mogelijkheden om de zorgen te kunnen bekostigen. Verzoeker wijst erop dat dit slechts een veronderstelling is van de verwerende partij. Inzake de hulp door de IOM wijst verzoeker erop dat deze hulp slechts voorzien is in geval van vrijwillige terugkeer en eenmalig is. Deze steun is ook beperkt in tijd en qua bedrag en bedoeld om een bepaald project op te starten, niet om medische zorgen bij een terugkeer te bekostigen. De ondersteuning is beperkt tot maximum zes maanden. Verzoeker wijst erop dat de verwijzing naar hulp van familieleden, vrienden en kennissen en de steun door de IOM de enige elementen zijn die aangehaald worden door de verwerende partij met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de medische behandeling in geval van terugkeer, dit is duidelijk geen afdoende onderzoek. Verzoeker wijst erop dat de controlearts op grond van de voorgelegde medische attesten erkent dat verzoeker werkonbekwaam is en zijn geld niet kan beheren. Verzoeker vervolgt dat de verwijzing naar de Afghaanse Grondwet en naar het Basic Package of Health Services eigenlijk niets zeggen over de financiële toegankelijkheid van de zorgen. Verzoeker wijst erop dat vermeld wordt dat er geen gratis gezondheidszorg is en geen systeem van sociale zekerheid. Verzoeker meent dat het loutere feit dat de Afghaanse overheid stelt dat er eerder rekening moet worden gehouden met de noden van een persoon dan met zijn capaciteit om de zorgen te kunnen betalen, een mooi uitgangspunt is maar niet bevestigd wordt door de praktijk, verzoeker verwijst in dit verband naar een rapport van Artsen zonder Grenzen van februari 2014. Inzake het “Basic Package of Health Services” voert verzoeker aan dat dit niets stelt over de concrete toegankelijkheid van de medische zorgen maar enkel stelt hoe de toegang tot de zorgen zou moeten zijn. Uit de website van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat het om een planning voor de toekomst gaat. De Afghaanse Grondwet heeft geen directe werking wat de erin opgenomen socio-economische rechten betreft. Het engagement van de Afghaanse regering betreft politieke informatie die geen concrete impact heeft op verzoeker. Het verslag van de arts-adviseur bevat geen enkele bron die erop zou wijzen dat de nodige medische zorgen toegankelijk zijn. De verwerende partij moet zich er nochtans van vergewissen of de zorgen ook toegankelijk zijn voor verzoeker. Verzoeker wijst erop dat hij opgevolgd dient te worden en dat de evolutie van zijn gezondheidstoestand afhangt van zijn therapietrouw, zodat de toegang tot medicatie en een psychiater voor hem essentieel zijn.

3.3.4. Inzake de toegankelijkheid van de zorgen vermeldt de arts-adviseur, wiens advies deel uitmaakt van de bestreden beslissing en bij de bestreden beslissing werd gevoegd, het volgende:

*“Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf;
Wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen in het herkomstland, zijnde Afghanistan, verwijs ik naar volgende documenten:*

- Grondwet Afghanistan, 14 Jari 1382 (04.01.2004), geratificeerd op 6 Bachman 1382 (26.01.2004), geraadpleegd op 03.04.2013 via <http://www.oit.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/66413/62574/F963830732/AFG66413.PDF> (1)
- Islamic republic of Afghanistan, Ministry of Public Health, A Basic Package of Health Services for Afghanistan, 2005/1384 - geraadpleegd op 03.04.2013 via [http://www.msh.org/afghanistan/pdf/Afghanistan BPHS 2005 1384.pdf](http://www.msh.org/afghanistan/pdf/Afghanistan%20BPHS%202005%201384.pdf) (2)
- Internationale Organisatie voor Migratie Brussel, Bijstand bij vrijwillige terugkeer en re-integratie, geraadpleegd op 03.04.2013, <http://avrr.belgium.iom.int/nl/home.html> (3)

Wat betreft de financiële toegankelijkheid:

Afghanistan kent geen systeem van sociale zekerheid zoals we dit in België kennen. Echter, de Afghaanse grondwet zegt dat de staat verplicht is in te staan voor gratis preventieve gezondheidszorg, medische behandeling en degelijke medische faciliteiten. Daarnaast moet ze ook de nodige maatregelen nemen om de zwakkeren in de maatschappij bij te staan (1).

Betrokkene heeft nood aan psychische zorgen. Sinds 2005 zijn deze zorgen opgenomen in het 'Basic Package of Health Services'. Dit programma legt de klemtoon op het principe van rechtvaardigheid en

stelt dat de toegang tot de medische zorgen eerder moet gebaseerd zijn op de nood aan deze zorgen dan op de mogelijkheid om de zorgen te betalen (2).

Bovendien lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Afghanistan - het land waar hij overigens ruim 30 jaar verbleven zou hebben - geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Tenslotte dient vermeld te worden dat betrokkene beroep kan doen op het REAB-programma van de International Organisation for Migration (IOM). De IOM wil de zelfstandigheid en integratie van mensen die terugkeren naar hun herkomstland verbeteren door ze te assisteren bij hun terugkeer en hun reïntegratie. Zo kunnen ze beschikken over microkredieten om hen te ondersteunen bij de opbouw van een nieuw leven (3)."

Hieruit blijkt dat de arts-adviseur voor de toegankelijkheid van de zorgen verwijst naar de Grondwet van Afghanistan, naar de website van het ministerie voor Volksgezondheid en het daarin vermelde "A Basic Package of Health Services for Afghanistan" en naar de bijstand door de IOM bij vrijwillige terugkeer en re-integratie. Meer specifiek inzake de financiële toegankelijkheid wordt verwezen naar principes opgenomen in de Afghaanse Grondwet, naar het feit dat de psychische zorgen opgenomen zijn in het "Basic Package of Health Services" dat stelt dat de toegang tot medische zorgen eerder moet gebaseerd zijn op de nood aan deze zorgen dan op de mogelijkheid om deze zorgen te betalen, en naar de omstandigheid dat verzoeker waarschijnlijk familie, vrienden en kennissen heeft bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen of voor (tijdelijke) financiële hulp en naar het REAB-programma van de IOM.

3.3.5. 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.

Verzoeker kan dus worden gevolgd waar hij aanvoert dat rekening moet worden gehouden met zijn individuele situatie en dat in het advies van de arts-adviseur erkend wordt dat hij niet kan werken en moeilijk zijn eigen geldzaken kan beheren. In het advies van de arts-adviseur d.d. 21 juni 2013 wordt immers gesteld: "Betrokkene kan voorlopig nog niet werken." en "Hij kan moeilijk zijn eigen geldzaken beheren." Kenmerkend voor verzoekers individuele zaak is dat hij (momenteel) niet kan werken en moeilijk zijn eigen geldzaken kan beheren.

Nu niet betwist wordt dat verzoeker niet kan werken, brengt dit mee dat verzoeker zelf geen inkomsten kan genereren om de nodige medicatie en artsen te betalen.

Concreet wordt dan in het advies van de arts-adviseur verwezen naar beginselverklaringen in de Afghaanse Grondwet en in het "Basic packet of Health services in Afghanistan". De Raad volgt verzoeker waar deze stelt dat dit geen concreet onderzoek inhoudt naar de individuele situatie van verzoeker. De Afghaanse grondwet en de vermelding van een basispakket gezondheidszorgen op de website van het Afghaans ministerie van volksgezondheid dat vermeldt dat psychische zorgen aanwezig zijn, zijn niet direct afdwingbaar en houden geen concrete informatie in over hoe verzoeker *in casu* zijn zorgen zou kunnen betalen. De arts-adviseur stelt zelf dat de Afghaanse Grondwet "zegt dat de staat verplicht is in te staan voor gratis preventieve gezondheidszorg, medische behandeling en degelijke medische faciliteiten. Daarnaast moet ze ook de nodige maatregelen nemen om de zwakkeren in de maatschappij bij te staan" en dat het "Basic packet of Health services in Afghanistan" "de klemtoon (legt) op het principe van rechtvaardigheid en stelt dat de toegang tot de medische zorgen eerder moet gebaseerd zijn op de nood aan deze zorgen dan op de mogelijkheid om de zorgen te betalen". Er kan niet ontkend worden dat dit algemene principes zijn en dat met deze verwijzing niet wordt aangetoond

hoe deze principes op concrete wijze worden uitgevoerd en hoe verzoeker *in casu* op basis daarvan financiële toegankelijkheid zou hebben tot de nodige behandeling.

In de nota wordt vooreerst in het algemeen over de financiële toegankelijkheid verwezen naar rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens “*arrest nr. 10486/10 d.d. 20 december 2011 ‘YOH-EKALE MWANJE t/België’*”, naar het feit dat zelfs indien de kosten van medische zorgen dermate hoog zouden zijn, dit gegeven niet voldoende is om te leiden tot een schending van artikel 3 van het EVRM, naar rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen waarin vermeld wordt dat uit rechtspraak van het EHRM blijkt dat het feit dat de medicatie moeilijk kan verkregen worden of slechts tegen betaling door de betrokkene niet automatisch leidt tot een schending van artikel 3 van het EVRM.

In dit verband dient te worden opgemerkt dat dit een motivering *a posteriori* is, die niet terug te vinden is in de bestreden beslissing of in het advies van de arts-adviseur, dat deel uitmaakt van de bestreden beslissing. Deze repliek doet bijgevolg geen afbreuk aan het middel.

Verder wordt in het advies van de arts-adviseur verwezen naar familie, vrienden en kennissen die verzoeker zouden kunnen helpen bij het verkrijgen van de zorgen en hem financieel kunnen bijstaan. Verzoeker kan worden gevolgd waar hij aanvoert dat dit hypothetisch is. De Raad wijst erop dat het niet enkel gaat om eventuele hulp van familie, vrienden en kennissen maar van het volledig financieel ten laste nemen van de nodige zorgen voor verzoeker, aangezien niet betwist wordt dat hij momenteel niet kan werken.

In de nota wordt over de steun door familie, kennissen en vrienden het volgende overwogen: “*Het is geenszins kennelijk onredelijk te veronderstellen dat, gezien verzoeker meer dan 30 jaar in Afghanistan heeft verbleven, het onwaarschijnlijk is dat hij er geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben. Bovendien verklaarde verzoeker in het kader van zijn dertiende asielaanvraag dat hij door zijn schoonzus op de hoogte werd gesteld van de dood van zijn broer.*” In dit verband wordt erop gewezen dat het bestaan van de schoonzus niet wordt vermeld in de bestreden beslissing en dus een motivering *a posteriori* is, en dat dit geen afbreuk doet aan het feit dat de verwerende partij in de bestreden beslissing waarvan het advies deel uitmaakt, in gebreke blijft om aannemelijk te maken dat familie, kennissen en vrienden zouden instaan voor de volledige financiële nood van verzoeker, waarvan niet betwist wordt dat hij niet kan werken. Ook de verdere verwijzing in de nota naar rechtspraak van de Raad betreft een persoon die wel kan werken want niet arbeidsongeschikt is, zodat deze verwijzing naar een andere situatie niet ter zake dienend is.

Ten slotte wordt in het advies van de arts-adviseur de steun van de IOM vermeld. Verzoeker kan worden gevolgd waar hij stelt dat deze steun beperkt is in grootte en tijd, en de Raad merkt in dit verband opnieuw op dat niet wordt betwist dat verzoeker niet kan werken, zodat niet duidelijk blijkt hoe deze in tijd beperkte steun voor verzoeker een oplossing zou kunnen zijn inzake de financiële toegankelijkheid van de nodige zorgen. De verwijzing naar steun van de IOM laat op zich niet toe vast te stellen dat de benodigde medische zorgen in het geval van verzoeker financieel toegankelijk zullen zijn. Evenmin blijkt dit uit het administratief dossier. In de nota repliceert de verwerende partij niet op deze kritiek van verzoeker inzake de steun van de IOM.

Er blijkt bijgevolg niet dat bij het beoordelen van de (financiële) toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, rekening werd gehouden met de individuele situatie van verzoeker als persoon die momenteel niet kan werken en dus geen eigen financiële middelen heeft, hoewel de verwerende partij kennis had van dit element.

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 verzoeker, voldoende (financieel) 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 steunt volledig op dit advies en is derhalve met hetzelfde gebrek behept. De argumenten van de verwerende partij doen aan het voorgaande geen afbreuk.

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

4. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 26 juni 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 verklaard wordt, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

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

mevr. A. DE SMET,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

A. DE SMET