



Arrest

nr. 198 856 van 29 januari 2018
in de zaak RvV X / IX

In zake: 1. X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. VANBESIEN
St. Guibertusplein 14
2222 ITEGEM

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X X en X, die verklaren van Bengalese nationaliteit te zijn, op 26 november 2015 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 6 oktober 2015 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 van 6 oktober 2015 en van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van dezelfde datum tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 14 november 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 14 december 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. MAES.

Gehoord de opmerkingen van advocaat V. HERMANS, die loco advocaat S. VANBESIEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat A. COENE, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 8 september 2015 dienden verzoekers een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna verkort de Vreemdelingenwet).

Op 30 september 2015 bracht de arts-adviseur het volgende advies uit:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 08.09.2015.

Verwijzend naar uw vraag voor advies heb ik gebruik gemaakt van de volgende door u meegezonden medische stukken:

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 28/08/2015 van dr. F. blijkt dat betrokkene lijdt aan vesico-urethrale reflux links met verbreding van de linker ureter.

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 25/08/2015 van dr. F. blijkt dat voor betrokkene een urologisch onderzoek werd aangevraagd.

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 24/08/2015 van dr. W. blijkt dat betrokkene doorverwezen wordt naar een uroloog.

2 medicatievoorschriften.

24/07/2015: protocol van echografie urinair stelsel, bloedanalyse en cystografie

23/07/2017 : opnameverklaring

Uit de studie van dit medisch attest blijkt dat betrokkene, en bijna vierjarig kind uit Bangladesh lijdt aan een vesico-urethrale reflux links met verbreding van de linker ureter. Preventieve antibioticatherapie is aangewezen en internistische follow-up.

Gezien de aard van deze aandoening is het aanbevolen dat betrokkene hiervoor verder behandeld en opgevolgd wordt.

De vraag stelt zich in hoeverre dit mogelijk is in Bangladesh, het land van herkomst.

- *Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 7076*
- *Hieruit blijkt dat pediatrische follow-up mogelijk is*

Hieruit blijkt dat verdere opvolging en behandeling beschikbaar is in Bangladesh

Reizen met deze pathologie behoort tot de mogelijkheden.

Uit de beschikbare medische gegevens blijkt geen medische noodzaak tot mantelzorg.

Derhalve is er geen medisch bezwaar in verband met een terugkeer naar het land van herkomst.

Uit het toegankelijkheidsonderzoek op 25/09/2015 blijkt dat:

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

Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dat het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan te verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

In Bangladesh bestaat er een systeem van Micro Health Insurance. Het concept bestaat erin dat er een bijdrage wordt geleverd in ruil voor medische zorgen. Er zijn een aantal organisaties die zich hier mee bezighouden: Het Dhaka Community Hospital wil medische zorg tegen een betaalbare prijs leveren in

zowel in urbane als rurale gebieden in Bangladesh. Zij hebben een ziektekostverzekeringssysteem op poten gezet en ze verkopen ook medicatie. Ze hebben een diagnostiek centrum dat volgens de website 30 tot 40% goedkoper is dan ook een ander centrum in Dhaka.

Er is dan ook nog Gonoshasthaya Kendra dat een uitgebreid netwerk van ziekenhuizen en medische diensten heeft verspreid over heel Bangladesh. Zij behandelen iedereen in hun klinieken maar armen dienen een kleinere bijdrage te betalen dan de rijkere Bengali's.

Verder kan betrokkene terecht bij Sajida Foundation. Zij geven medische zorgen, micro-verzekeringen en microkredieten aan stedelijke armen in Bangladesh.

- Health care program
- Voorzien in medische zorgen in twee ziekenhuizen (Kerenganj en Narayangani) en heeft ook mobiele zorgteams. De ziekenhuizen voorzien inpatient, outpatient en secundaire zorg (operaties). De patiënten moeten een jaarlijkse bijdrage leveren van 150 thaka (individuele kaart). Deze kaart geeft recht op gratis consultaties, 50% voor gespecialiseerde zorg, 30 % korting voor operaties en tests en 10 % korting voor X-ray en sonografie. Ze hebben ook een oogcentrum.

Micro-ziekteonkostenverzekering (HELP) Geeft de verzekeringsnemer financiële steun zodat de risico's verminderd worden. Er worden ook voordelen gegeven voor behandelingen in een van de Sajida ziekenhuizen.

- Gratis
- 30 % korting voor diagnostische diensten
- 10 % korting voor X-rays en medicatie
- En andere diensten met kortingen

In de publieke ziekenhuizen (medical college hospital, District hospital, Upazila health complex, union sub-center) is de medicatie gratis als ze voorhanden is, anders moeten ze gekocht worden buiten het ziekenhuis/gezondheidscentrum/ De diensten in een Medical College Hospital zijn gratis voor armen.

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

Bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat de ouders van betrokkene geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in hun land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Hieruit blijkt dat deze zorgen toegankelijk zijn in Bangladesh.

Conclusie

Uit het voorgelegd medisch dossier mag niet blijken dat betrokkene op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of een reëel risico vormt op een onmenselijke of vernederende behandeling, aangezien de noodzakelijke medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland van Bangladesh. Vanuit medisch standpunt is er dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland."

Op 6 oktober 2015 verklaarde de gemachtigde de aanvraag van 8 september 2015 ontvankelijk doch ongegrond.

Dit is thans de bestreden beslissing, waarvan de motivering luidt als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 08.09.2015 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

P., M. S. (R.R.: [...])

geboren te K. op [...]1980

J., S. (R.R.: [...])

Geboren te D. op [...]1984

Wettelijke vertegenwoordigers van:

P., S. geboren op [...]2011 Allen van nationaliteit: Bangladesh adres: [...]

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, deel ik u mee dat dit verzoek ontvankelijk doch ongegrond is.

Reden(en):

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

Er worden medische elementen aangehaald voor P., S.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 30.09.2015 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Bangladesh.”

Op dezelfde dag nam de gemachtigde eveneens de beslissing tot afgifte van bevelen om het grondgebied te verlaten. Dit zijn de tweede en derde bestreden beslissingen.

2. Over de ontvankelijkheid

Verweerder werpt in zijn nota een exceptie van onontvankelijkheid van het beroep gericht tegen de bevelen om het grondgebied te verlaten op, omdat verzoekers geen belang zouden hebben bij een nietigverklaring van de bestreden bevelen om het grondgebied te verlaten. Na vernietiging van de bestreden bevelen zou de gemachtigde immers opnieuw verplicht zijn bevelen af te geven aan verzoekers, vermits deze zich bevinden in de situatie voorzien bij artikel 7, eerste lid, 1°, van de Vreemdelingenwet. Verzoekers hebben volgens verweerder dan ook geen belang bij de vernietiging van een verwijderingsmaatregel.

Dienaangaande moet worden opgemerkt dat van een gebonden bevoegdheid sprake is “wanneer er in hoofde van de overheid een juridische verplichting bestaat die voorspruit uit een norm van het objectief recht die de overheid geen keuze laat om over die toepassing van die norm in het concrete geval te beslissing” (A. MAST, J. DUJARDIN, M. VAN DAMME, J. VANDE LANOTTE, Overzicht van het Belgisch administratief recht, Wolters Kluwer, Mechelen, 2014, nr. 1057).

De vermelding “onverminderd meer voordelige bepalingen vervat in een internationaal verdrag” in artikel 7 van de Vreemdelingenwet vraagt op zich van het bestuur reeds een appreciatie die een gebonden bevoegdheid uitsluit, nu deze zinsnede immers de hiërarchie der rechtsnormen reflecteert. Bijkomend sluit het woordje “moet” in voormeld artikel 7 niet uit dat het bestuur bij het toepassen van deze bepaling nog een beoordeling maakt. Zo bepaalt artikel 7 zelf reeds dat het bevel om het grondgebied te verlaten de termijn voor vertrek moet vermelden. Zolang deze termijn voor vrijwillig vertrek nog loopt, is de betrokken vreemdeling beschermd tegen gedwongen verwijdering (artikel 74/14, §2, van de Vreemdelingenwet). Deze termijn bepaalt wanneer het bevel uitvoerbaar wordt en maakt er aldus onlosmakelijk deel van uit. Het bestuur kan, in toepassing van artikel 74/14, §§1 en 3 van de Vreemdelingenwet, de duur van deze termijn bepalen. Het gaat daarbij alleszins niet om een volledige gebonden bevoegdheid waarbij de overheid helemaal niets meer hoeft te appreciëren. (zie A. MAST, J. DUJARDIN, M. VAN DAMME, J. VANDE LANOTTE, o.c., nr. 1060) In casu werd in het bestreden bevel een termijn voor vrijwillig vertrek van dertig dagen toegestaan. Na een eventuele vernietiging ervan is de gemachtigde er niet toe gehouden opnieuw een bevel met dezelfde termijn voor vrijwillig vertrek af te geven. Het komt niet aan de Raad, noch aan verweerder in de nota toe hierop vooruit te lopen.

Bovendien bepaalt artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet dat bij het nemen van een beslissing tot verwijdering, de minister of zijn gemachtigde rekening houdt met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land. Ook uit deze bepaling blijkt dat de minister of zijn gemachtigde bij de afgifte van het bevel in concreto moet beoordelen of er elementen zijn die de afgifte van het bevel verhinderen, en dit ook uit hoofde van een norm in de Vreemdelingenwet zelf. Geen enkele bepaling uit de Vreemdelingenwet laat toe te besluiten dat wat betreft de toepassing van artikel 74/13 een onderscheid moet worden gemaakt tussen de gevallen waarin een bevel “moet” worden afgegeven (art. 7, eerste lid, 1°, 2°, 5°, 11° en 12°) en de

gevallen waarin een bevel “kan” worden afgegeven (art. 7, eerste lid, 3°, 4°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°). Ook hieruit volgt dat het bestuur de situatie *in concreto* dient te appreciëren, wat een gebonden bevoegdheid uitsluit.

De Raad van State oordeelde met betrekking tot artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet in zijn arresten met nrs. 231.443 en 231.444 van 4 juni 2015 dat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen terecht had gesteld “*que la compétence de la partie requérante n’était pas entièrement liée et que l’exception d’irrecevabilité qu’elle avait soulevée, n’était pas fondée.*” [dat de bevoegdheid van de verzoekende partij (in cassatie) niet geheel gebonden was en dat de exceptie van onontvankelijkheid niet gegrond was]. Ook in zijn arrest nr. 231.762 van 26 juni 2015 oordeelde de Raad van State dat de bevoegdheid ex artikel 7, eerste lid, 1°, van de Vreemdelingenwet niet geheel gebonden was, aangezien de gemachtigde kan afzien van de afgifte van een bevel wanneer dit de grondrechten van de betrokken vreemdeling zou miskennen. Zulks kan niet enkel blijken wanneer een “hogere” norm wordt aangevoerd, doch ook uit artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet, dat impliciet doch zeker verband houdt met hogere rechtsnormen en dat de omzetting in het nationale recht vormt van artikel 5 van de richtlijn 2008/115/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven (hierna verkort de Terugkeerrichtlijn). De drie te respecteren elementen, nl. het hoger belang van het kind, de gezondheidstoestand en het gezins- en familieleven vinden immers hun weerklank in respectievelijk de artikelen 24 (hoger belang van het kind), 4 (verbod van foltering en van onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen) en 7 (eerbiediging van het familie- en gezinsleven) van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie. Bij de tenuitvoerlegging van de Terugkeerrichtlijn zijn de Lidstaten gehouden tot naleving van die artikelen van het Handvest. De beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten is evenmin een antwoord op enige verblijfsaanvraag, zodat het bestuur zich er wel degelijk van kan onthouden een bevel af te geven. De verplichting om rekening te houden met de in artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet vermelde belangen houdt in dat zij, bij haar beslissing om een bevel af te geven, actueel en *ex nunc* een afweging moet maken van de belangen van de betrokken vreemdeling. Er kan aldus niet worden voorgehouden dat de gemachtigde hoe dan ook in elk geval opnieuw een bevel zal afgeven na eventuele vernietiging van het thans bestreden bevel.

Ten overvloede wijst de Raad er verder op dat hij in het kader van de materiële motiveringsplicht steeds kan nagaan of de motieven van de bestreden beslissing steunen op werkelijke bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De Raad kan daarbij nagaan of de ingeroepen feiten werkelijk bestaan. (RvS 13 september 2010, nr. 207.325) Mocht in een dergelijk geval de exceptie van niet-ontvankelijkheid wegens gemis aan belang met goed gevolg kunnen worden opgeworpen omdat in de middelen andere rechtsnormen werden aangevoerd dan de genoemde “*meer voordelige bepalingen vervat in een internationaal verdrag*”, zo bijvoorbeeld de schending van de grondvoorwaarden voor de toepassing van artikel 7 van de Vreemdelingenwet zelf, of de materiële motieven die aan de beslissing ten grondslag liggen, zou daaruit noodzakelijkerwijze voortvloeien dat een verwijderingsmaatregel zou kunnen worden genomen op grond van onjuiste vaststellingen, of in strijd met wettelijke normen, uitvoeringsbepalingen of algemene rechtsbeginselen, zonder dat daar tegen met goed gevolg een annulatieberoep kan worden ingesteld, en dit wegens een tekortkoming van het bestuur zelf (A. MAST, J. DUJARDIN, M. VAN DAMME, J. VANDE LANOTTE, o.c., nr. 1164; RvS 5 februari 1973, nr. 15.699; RvS 21 mei 1975, nr. 17.032). Er kan in geen geval worden voorgehouden dat een verzoekende partij geen belang zou hebben bij het annulatieberoep wanneer wordt aangevoerd dat het bevel om het grondgebied te verlaten is aangetast door een interne onwettigheid, precies omdat het onderzoek van die onwettigheid de grond van de zaak raakt en het bestuur na een eventuele vernietiging zal moeten rekening houden met de vastgestelde onwettigheid.

De exceptie wordt niet aangenomen.

3. Onderzoek van het beroep

Verzoekers voeren in hun eerste middel de schending aan van de artikelen 9^{ter}, 52 en 62, 1e lid van de Vreemdelingenwet, van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007, van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna verkort het EVRM), van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

Zij lichten hun middel toe als volgt:

“Artikel 62, 1e lid van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980 schrijft voor dat de administratieve beslissingen met redenen omkleed moeten worden.

Artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen bepaalt dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die ten grondslag liggen aan die beslissing en dat de gegeven motivering afdoende dient te zijn.

De bestreden beslissing stelt het volgende: “[...]”

Verzoekers kunnen met deze argumentatie niet akkoord gaan.

Er wordt verwezen naar het volgende verslag van de arts-adviseur: “[...]”

Allereerst dient te worden vastgesteld dat de ernst van de ziekte van de dochter van verzoekers wordt erkend door verwerende partij en dat er hieromtrent dan ook geen discussie bestaat.

De arts-adviseur stelt immers:

“Uit de studie van dit medisch dossier blijkt dat betrokkene, een bijna vierjarig kind uit Bangladesh lijdt aan vesico-urethrale reflux links met verbreding van de linker ureter. Preventieve antibioticatherapie is aangewezen en internistische follow-up. Gezien de aard van deze aandoening is het aangewezen dat betrokkene hiervoor verder behandeld en opgevolgd wordt.”

De kwestie is dus of er voldoende adequate medische zorg is in het land van herkomst, met name Bangladesh.

De arts-adviseur is van mening dat deze vraag positief dient te worden beantwoord, gezien de noodzakelijke medische zorgen volgens hem beschikbaar en toegankelijk zijn in Bangladesh.

Echter wordt dit op geen enkele manier door verwerende partij aangetoond.

De arts-adviseur verwijst naar een site van het Dhaka Community Hospital.

Deze site werd door DVZ laatst geraadpleegd op 15 juni 2011 (zie verslag arts-adviseur).

Indien men echter vandaag de dag naar deze site gaat, kan niets van de door verwerende partij aangehaalde informatie worden teruggevonden.

Het gaat uiteraard niet op dat men stelt dat de noodzakelijke zorg aanwezig is, doch dat men hieromtrent niets kan terugvinden in de door verwerende partij aangehaalde bronnen.

Men kan zich ook eenvoudigweg niet baseren op bronnen die meer dan vier jaar oud zijn.

Dit blijkt ook uit de rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen: “De geneesheer van DVZ mag zich niet baseren op een ambassadeverslag dat ouder is dan 4 jaar.” (RvV 10.046, 16 april 2008)

Ook de door DVZ vermelde sites omtrent “Gonoshashtaya Kendra” zijn niet meer actief en werden door verwerende partij geraadpleegd in februari 2012.

Hetzelfde dient te worden vastgesteld voor de links aangaande de “Sajida Foundation” op uitzondering van de link omtrent de aanwezigheid van een oogcentrum... 7 Ook de door de Dienst Vreemdelingenzaken geraadpleegde sites omtrent de “Citizen Charters” werken niet meer en werden laatst geraadpleegd door verweerder in februari 2012.

Aldus dient te worden besloten dat de Dienst Vreemdelingenzaken geen enkele actuele bron bijvoegt die de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandelingen in Bangladesh kan aantonen.

Daarenboven heeft verwerende partij het steevast over medische zorg in het algemeen, doch nooit over de voor de dochter van verzoekers zo broodnodige urologische zorg.

Dit heeft tot gevolg dat verwerende partij niet aantoont dat de noodzakelijke adequate zorg beschikbaar en toegankelijk is.

In deze dient tevens te worden verwezen naar de rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dienaangaande: “De DVZ verwijst naar een website met ziekenhuizen zonder aan te tonen dat er een afdeling neuropsychiatrie is. Er wordt één ziekenhuis vermeld waar deze dienst aanwezig is, maar het organigram van dit ziekenhuis is onvolledig.” (RvV 82.220, 31 mei 2012)

Dat de noodzakelijke behandelingen in Bangladesh niet beschikbaar en toegankelijk zijn blijkt ook uit de volgende bronnen. “However, some of the successful programmes could not derive optimal benefit for the target population, such as control of child death from pneumonia or neonatal sepsis, undernutrition of children under five and spread of MDR-TB. More importantly, the double burden of disease that the country has faced due to the health transition has not been addressed by the service delivery system. The Government has made little investment in the fight against NCDs. Very few specialized facilities, mostly located in the capital city, meet the service demand of NCDs and none of the public facilities

have trained staff or the drugs necessary to treat NCDs at district and subdistrict health facilities. [...]The current health system is not prepared to address emerging health issues such as population ageing and NCDs, emerging and re-emerging infectious diseases, poor maternal and child nutrition, injuries related to road traffic accidents, drowning, violence, occupational health, mental health, palliative care, or long-term health-care services for elderly population.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, Bangladesh Health System Review, http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/bgd_health_system_review.pdf, [geraadpleegd op 25 november 2015] 156-157)

“The number of hospital beds indicates resources available for delivering care to patients admitted to hospitals. In Bangladesh there is less than one bed per 1000 population, which indicates inadequate resource for delivering hospital services (OECD/World Health Organization, 2012). A more recent estimate reported by the government is that on average there is one bed for every 1699 people which is quite inadequate (MOHFW, 2013).” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 87) “Despite the decades since NDP was implemented, evidence exists of frequent and persistent unavailability of essential drugs, especially in the government health facilities where they are 8 provided free of charge (Omer and Cockcroft, 2003). Irrational use of drugs such as overprescribing, multi-drug prescribing, use of unnecessary expensive drugs and overuse of antibiotics and injections is prevalent (Guyon, Barman et al., 1994; Islam, 1999). A recent survey on essential drugs at Upazila Health Complexes found the availability of essential drugs for common illnesses to be poor. When the service users have to go to the market to procure drugs not available in the UHCs, affordability is also compromised due to the widely differing prices by brands (Ahmed and Islam, 2012).” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 117-119)

“Access to care is constrained by lack of awareness about the availability of the services; financial (e.g. user fees), geographic (e.g. distance to the facility), and socio-cultural barriers (e.g. gender); and also negative perceptions regarding quality of the care provided.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 147)

“On the other hand, poor quality of services is another important reason for not achieving universal health coverage in Bangladesh. Poor quality service is strongly associated with low utilization of services, especially by the poor. Major problems affecting utilization are lack of sufficient drugs, staff shortages (especially in remote facilities), poor prioritization of spending, and pervasive problems of management and coordination. All these are the indicative of poor governance. Improving the quality of service will require significant reform to increase the health budget, ensuring the provision of drugs, decentralizing health services for faster service, reducing fragmentation and increasing accountability to users.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 151)

“The existing structure and management of health organizations fails to make the health system accountable to its stakeholders, leading to high absenteeism rates among doctors, corruption, poor service quality, poor performance of service providers, inaccurate job descriptions, absence of a well-defined chain of accountability and other challenges for the health sector.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 155)

“Bangladesh has an extensive health infrastructure in the public and private sectors, but is not equipped with adequate human and other resources such as drugs, instruments and supplies. Despite a very fast-growing private sector, the number of existing hospital beds is not adequate to meet current demand. There is a critical shortage of trained health providers and an inappropriate skill mix, thus the country remains at a ratio of doctors to nurses much lower than the WHO recommended ratio of 1:3:5. The trained medical doctors are being rapidly absorbed by the private sector, albeit there is less than one doctor per 3000 population and a constant rate of 20% vacancies among public sector health service posts, suggesting an alarming shortage of doctors to provide adequate services. It is also alarming that due to a critical shortage of qualified health-care providers and the costs of medical care, a large proportion of poor patients seek treatment from informal providers who are mostly untrained. Since the informal providers are not a part of the mainstream health system, their quality is not monitored and thus the overall situation forces the poor to compromise on quality of health care. On the top of the human resource crisis, the unavailability of basic medical and diagnostic facilities in public hospitals, such as clocks, 9 height scales, thermometers and blood pressure measuring cuffs indicate the poor capacity of the public sector to offer minimum health services.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC

HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 155-156) “Although public expenditure on medicines and medical goods increased significantly, patients need to purchase medicines prescribed by providers at public facilities, even though they are supposed to be supplied free of cost. While public spending on public health and prevention has almost doubled in absolute terms, the share of spending on hospital care for inpatient and outpatient care remains very low, and the health sector budget has been further reduced from 7% to less than 5% of the total government budget in 2013, despite a fast-growing population and the emergence of new health issues.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 158-159)

“Such disparity in the distribution of health service facilities and access to qualified providers has created geographic inequity in access to quality care and prevents the majority of the population from the benefits of health services.” (WHO: ASIA PACIFIC OBSERVATORY ON PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, o.c., 159)

“However, access to this network of health care facilities is often seriously compromised. It should be noted that while basic health care service is supposed to be free in public hospitals and other facilities, patients end up bearing the costs of medicine and laboratory tests, as well as some additional unseen costs. These costs seriously restrict the access of the poor and the disadvantaged to most publicly-funded health care services. Moreover, in many public hospitals the available ambulances are either inoperative or being used by the physicians and other staff. Patients are deprived of use of ambulance services. In short, there is a gap between principle and practice in public health facilities seriously compromising the accessibility of the poor. The fact that almost 66% of health care costs are out-of-pocket expenses borne by individuals and families also seriously restricts the access of the poor to the health system undermining the principle of equity so enshrined in the country’s constitution.” (A. ISLAM en T. BISWAS, ‘Health system in Bangladesh: Challenges and Opportunities’ in American Journal of Health Research, 2014, 2(6): 369, <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajhr.20140206.18.pdf>, [geraadpleegd op 25 november 2015])

Dat de noodzakelijke behandeling aldus niet beschikbaar en toegankelijk is in Bangladesh moge bijgevolg duidelijk zijn.

De arts-adviseur stelt tevens dat uit de beschikbare medische gegevens geen medische noodzaak blijkt tot mantelzorg.

Echter dient te worden vastgesteld dat de behandelend arts duidelijk aangaf in het medisch getuigschrift dat mantelzorg absoluut medisch vereist is. “Strikte dagelijkse toediening/opvolging van antibioticatherapie vereist door haar ouders. Begeleiding naar specialisten en psychologische bijstand door haar ouders. Mantelzorg medisch vereist. Patiënte is in België geboren en nog nooit in Bangladesh geweest. Strikte inname antibiotica levensnoodzakelijk, deze antibiotica zijn in Bangladesh niet altijd te 10 verkrijgen – de toediening in Bangladesh is niet gewaarborgd, met mogelijk ernstige gezondheidsproblemen voor haar.” (huidig stuk 3, stuk 2 gevoegd bij het originele verzoekschrift, medisch getuigschrift dr. Birgit Förste dd. 28 augustus 2015)

Op welke wijze de arts-adviseur van verwerende partij dan tot het besluit komt dat mantelzorg niet nodig is, is voor verzoekers een raadsel en wordt ook niet verder gemotiveerd door verwerende partij.

Er kan dan ook geen twijfel over bestaan dat mantelzorg effectief medisch noodzakelijk is in deze.

Uit al wat hierboven werd aangehaald blijkt duidelijk dat weldegelijk is voldaan aan de voorwaarden van art. 9ter Vreemdelingenwet.

Het moge dan ook duidelijk zijn dat de beslissing van DVZ dient vernietigd te worden, wegens schending van de aangehaalde wetsartikelen, het zorgvuldigheidsbeginsel en het evenredigheidsbeginsel.”

Verzoekers voeren onder meer de schending aan van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat aan de overheid de verplichting wordt opgelegd haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS,

2 februari 2007, nr. 167.411; RvS, 14 februari 2006, nr. 154.954). Het beginsel impliceert dat de overheid met alle dienstige stukken rekening moet houden.

Verzoekers wijzen erop dat de ernst van de aandoening van hun dochter wordt erkend door de arts-adviseur. Ze betwisten daarentegen dat de noodzakelijke hulp beschikbaar en toegankelijk is.

Wat betreft de beschikbaarheid wijzen verzoekers erop dat de arts-adviseur enkel de beschikbaarheid van medische zorg in het algemeen heeft onderzocht, maar niet de voor de dochter van verzoekers noodzakelijke urologische zorg. In de nota met opmerkingen voert verweerder aan dat dit standpunt iedere feitelijke grondslag zou missen. Uit de informatie van Allianz zou ontegensprekelijk blijken dat de nodige urologische zorg beschikbaar is in Bangladesh. Er zou zelfs verwezen zijn naar de centra waar urologische zorg beschikbaar is.

De Raad stelt vast dat de arts-adviseur de ernst van de aandoening van het bijna vierjarig kind aanvaardt en is overgegaan tot een onderzoek van de beschikbaarheid en toegankelijkheid voor de aandoening van "*vesicourethrale reflux links met verbreding van de linkerureter*". Wat betreft de beschikbaarheid heeft hij zich gesteund op twee MedCOI-documenten met de unieke referentienummers BMA 7076 en BMA 4544. Uit deze stukken, die zich in het administratief dossier bevinden, blijkt in tegenstelling tot wat verweerder beweert geenszins dat onderzoek is gedaan naar specifieke urologische opvolging. Het stuk BMA 7076 heeft betrekking op een behandeling door een psychiater, endocrinoloog of internist. Het stuk BMA-4544 (met stempel van Allianz) heeft enkel betrekking op de beschikbaarheid van pediaters, cardiologen en gastro-entorologen. Er werd door de arts-adviseur inderdaad niet onderzocht of een uroloog of kinderuroloog beschikbaar is in Bangladesh.

Verzoekers voeren verder aan dat de website van Dhaka community hospital, waarnaar het advies verwijst, door de arts-adviseur het laatst werd geraadpleegd op 15 juni 2011. Verzoekers voeren aan dat op het ogenblik van het opstellen van het verzoekschrift niets van de door de arts-adviseur aangehaalde informatie terug te vinden is. Ze wijzen eveneens op het weinig actueel karakter van de bronnen, met name 3 of 4 jaar. Ook de sites over "Gonoshashtaya Kendra" en "Citizen Charters" zouden niet meer actief zijn en werden geraadpleegd door de arts-adviseur in februari 2012, lang voor de bestreden beslissing werd genomen. Ook de site over de Sajida Foundation zou niet meer actief zijn, met uitzondering van de link over de aanwezigheid van een oogcentrum. Bijgevolg menen verzoekers dat de arts-adviseur zich op geen enkele actuele bron heeft gesteund voor het standpunt dat de noodzakelijke behandeling in Bangladesh toegankelijk is. Verzoekers vervolgen met een verwijzing naar de bron van de Wereldgezondheidsorganisatie, geraadpleegd in november 2015 waarbij ze verschillende citaten weergeven. Uit deze citaten blijkt volgens deze bron onder meer dat de overheid weinig heeft geïnvesteerd in de strijd tegen niet overdraagbare ziektes. Zeer weinig gespecialiseerde faciliteiten, die meestal gelokaliseerd zijn in de hoofdstad, kunnen voldoen aan de vraag tot zorgverlening voor de niet-overdraagbare ziektes en geen enkele publieke faciliteit heeft volgens deze bron opgeleid personeel en de geneesmiddelen om deze ziektes te behandelen. De bron vervolgt dat de overheid de inschatting heeft gemaakt dat er ongeveer 1 bed per 1699 personen is, hetgeen redelijk inadequaat wordt genoemd. Vervolgens wordt gewezen op een onbeschikbaarheid van essentiële medicatie, vooral in publieke faciliteiten voor gezondheidszorg. Verder stelt dit rapport dat Bangladesh beschikt over een uitgebreide infrastructuur aan publieke en private gezondheidszorg, maar niet is uitgerust met adequate menselijke en andere bronnen zoals medicatie, materiaal en bevoorrading. Ook in de private sector, is het aantal beschikbare ziekenhuisbedden niet adequaat voor de vraag volgens deze bron. Omwille van het kritieke gebrek aan gekwalificeerd personeel en de kost van de medische zorg, zoekt een groot deel van de armere patiënten een behandeling bij informele zorgverstrekkers die meestal ongeschoold zijn. De onbeschikbaarheid van basismateriaal in publieke ziekenhuizen, zoals o.m. thermometers en bloeddrukmeters geven volgens dit rapport aan hoe zwak de capaciteit is om een minimale gezondheidszorg aan te bieden. Verder stelt dit rapport dat mensen hun medicijnen zelf moeten aankopen, ook deze voorgeschreven in publieke faciliteiten, zelfs als deze geacht worden gratis verstrekt te worden. Ook de kosten voor bv. labo-onderzoek moeten gedragen worden door de patiënten waardoor het rapport besluit dat de toegang voor de armere bevolking tot publiek gefinancierde gezondheidszorg zeer sterk beperkt is.

De Raad stelt vast dat verzoekers in hun aanvraag om machtiging tot verblijf van 8 september 2015 reeds uitgebreid hadden gewezen op het voornoemde rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie "Bangladesh health system review", dat is uitgegeven in 2015. In de aanvraag werden dezelfde citaten aangehaald als in het verzoekschrift. Er blijkt geenszins dat met deze uitgebreide pertinente verwijzing in de aanvraag is rekening gehouden bij het toegankelijkheidsonderzoek. Nochtans hadden verzoekers

naar deze recente en betrouwbare bron zoals de Wereldgezondheidsorganisatie van 2015 verwezen. De arts-adviseur heeft op zijn beurt inderdaad enkel verwezen naar bronnen die volgens de voetnoten in het advies werden geraadpleegd in 2011 en 2012. Indien een verzoeker recente pertinente informatie over de beschikbaarheid en toegankelijkheid in de aanvraag aanhaalt, is het onzorgvuldig deze informatie te negeren en enkel met informatie die werd geraadpleegd verschillende jaren voorheen de toegankelijkheid te willen aantonen. Ten overvloede stelt de Raad ook vast dat de internetbronnen waarop het toegankelijkheidsonderzoek is gesteund, zoals blijkt uit de internetlinks in de voetnoten, inderdaad ofwel niet beschikbaar meer zijn of verschijnen in onleesbare tekens voor wat betreft de informatie aangaande “Gonoshasthaya Kendra”. De informatie over de Sajida Foundation, meer bepaald het jaarrapport van 2010 en de link over “Sajida health”, en van het “Gonoshasthaya Kendra” bevinden zich wel in het administratief dossier, dus deze waren wel beschikbaar op het ogenblik van de beslissing, maar dit neemt niet weg dat de hierin opgenomen informatie veel ouder is dan de door verzoekers in hun aanvraag aangehaalde bron van 2015. De informatie over het Dhaka Community Hospital en de bronnen die verwijzen naar Citizen charters voor Medical College Hospital bevinden zich niet in het administratief dossier.

In de nota stelt verweerder terecht dat het loutere feit dat gezondheidszorg van een hogere kwaliteit is in België dan in een herkomstland, allerm minst impliceert dat de gemachtigde de verblijfsmachtiging niet kan weigeren. De vraag is evenwel of de noodzakelijke door de arts-adviseur weerhouden behandeling beschikbaar en toegankelijk is teneinde een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling te vermijden. Vooreerst blijkt niet dat de beschikbaarheid aan urologische zorgen is onderzocht terwijl de arts-adviseur heeft aangenomen dat het kind voor haar urologische problematiek verder moet behandeld en opgevolgd worden. Er blijkt bovendien dat geen rekening is gehouden met de door verzoekers in hun aanvraag uitgebreid aangehaalde pertinente en actuele bron die zowel betrekking heeft op de beschikbaarheid van medicatie en basisuitrusting als op de toegankelijkheid van een specialistische behandeling. Tot slot voeren verzoekers nergens aan dat zij een behandeling beogen van dezelfde kwaliteit als in België, ze beogen evenmin een behandeling die gratis zou zijn. Ze verwijzen naar een bron die ze reeds in de aanvraag hadden aangehaald en die de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de noodzakelijk geachte behandeling ernstig in vraag stelt. In deze volgt de Raad verweerder in de nota niet waar hij meent dat de door verzoekers aangehaalde bron niet zou kunnen aantonen dat de door de arts-adviseur aangehaalde linken achterhaald zouden kunnen geweest zijn op het ogenblik van de bestreden beslissing. Minstens is een pertinent element uit de aanvraag, met name de uitgebreide verwijzingen naar dit rapport van 2015, genegeerd in het advies. Verweerder verwijst tot slot in de nota nog uitgebreid naar het feit dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid moeten worden beoordeeld binnen de limieten van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wat betreft artikel 3 van het EVRM. Hij verwijst hierbij ook naar de parlementaire voorbereiding van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en oude rechtspraak van de Raad. Hierbij volstaat het erop te wijzen dat volgens vaste rechtspraak van de Raad van State en van de Raad in algemene vergadering niet wordt aangenomen dat de draagwijdte van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet samenvalt met de draagwijdte van artikel 3 van het EVRM (RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633; RvS 29 januari 2014, nr. 226.651; RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778 en RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073 en RvV AV 12 december 2014, nrs. 135.035, 135.038 en 135.039).

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt aangenomen.

Verzoekers voeren eveneens de schending aan van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen.

Artikel 3 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 schrijft voor dat de motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat de motivering afdoende dient te zijn. Het begrip afdoende impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). De motivering moet in dit opzicht dus draagkrachtig zijn, hetgeen wil zeggen dat de motivering voldoende duidelijk, juist, niet tegenstrijdig, pertinent, concreet, precies en volledig moet zijn (RvS 31 augustus 2009, nr. 195.654). Verzoekers betwisten dat de motivering afdoende is.

Ze stippen aan dat volgens de arts-adviseur uit de beschikbare gegevens blijkt dat er geen medische noodzaak tot mantelzorg is. De behandelende arts heeft duidelijk aangegeven dat mantelzorg absoluut medisch vereist is omdat de ouders van het kind haar dagelijkse opvolging van een antibioticatherapie

moeten verzekeren. Verzoekers stellen dat het voor hen een raadsel is waarom de arts-adviseur tot het besluit komt dat mantelzorg niet nodig is.

Thans betreft de zieke vreemdeling een kind van bijna 4 jaar op het ogenblik van de bestreden beslissing van 6 oktober 2015. De Raad stelt vast dat de behandelende arts inderdaad gewezen heeft op de noodzakelijke opvolging van de antibioticabehandeling door de ouders van dit kind. De arts-adviseur betwist de nood aan de antibioticatherapie uitdrukkelijk niet, maar stelt desalniettemin “uit de beschikbare medische gegevens blijkt geen medische noodzaak tot mantelzorg”. De Raad kan verzoekers volgen dat het een raadsel is waarom de arts-adviseur tot dit besluit is gekomen.

In de nota stelt verweerder terecht dat het loutere feit dat de arts-adviseur van standpunt verschilt met de behandelende arts, niet zomaar leidt tot de vernietiging van de beslissing. Hij stelt eveneens terecht dat de arts-adviseur mag stellen dat op basis van de bijgebrachte medische stukken geen mantelzorg nodig is. Thans is het echter een compleet raadsel hoe de arts voor een vierjarig kind kon concluderen dat geen mantelzorg zou nodig zijn, nu hij uitdrukkelijk akkoord gaat met de nodige antibioticatherapie waarvan redelijkerwijs kan aangenomen worden dat de ouders het aan hun kind moeten toedienen. De Raad wijst hier eveneens op de rechtspraak van de Raad van State “die stelt dat “*de beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer, [waarnaar verweerder in de nota verwijst], niet betekent dat diens vaststellingen steeds volstaan als motieven voor een beslissing tot weigering van verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.*” Ook al is de ambtenaar-geneesheer als enige bevoegd voor de beoordeling van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, toch “[doet] deze beoordelingsvrijheid bij het geven van zijn advies geen afbreuk aan het feit dat administratieve beslissingen afdoende gemotiveerd moeten zijn, hetgeen onder meer inhoudt dat de rechtsonderhorige moet kunnen nagaan op welke gronden de hem aanbelangende beslissing is gesteund en waarom de door hem aangevoerde concrete en pertinente argumenten, [...], niet worden aanvaard” (RvS 18 september 2013, nr. 224.723).

Een schending van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt aanvaard.

De Raad stelt op basis van de feitelijke gegevens in het dossier vast dat, niettegenstaande het feit dat de bestreden beslissingen formeel steun vinden in een andere bepaling uit de Vreemdelingenwet, de gemachtigde het nuttig en noodzakelijk heeft geacht om eerst over te gaan tot de afgifte van bevelen om het grondgebied te verlaten, nadat werd beschikt over de door verzoeker ingediende aanvraag om verblijfsmachtiging. De bestreden beslissingen werden op dezelfde dag genomen door dezelfde gemachtigde. Aldus heeft de vaststelling in de eerste bestreden beslissing dat er geen reëel risico is op een onmenselijke of vernederende behandeling omdat de noodzakelijke medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zouden zijn in Bangladesh, eveneens geleid tot het oordeel dat een bevel om het grondgebied te verlaten, kon worden afgegeven. De beoordeling van de aanvraag om verblijfsmachtiging blijkt aldus bepalend te zijn geweest voor de beslissing tot afgifte van het bevel om het grondgebied te verlaten.

Bijgevolg moeten de bevelen om het grondgebied te verlaten als volgbeslissingen eveneens worden vernietigd.

3. Korte debatten

Verzoekers hebben 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. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 6 oktober 2015 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet ongegrond verklaard wordt en de beslissingen tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten van 6 oktober 2015 worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negenentwintig januari tweeduizend achttien door:

mevr. A. MAES,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

A. MAES