

Arrest

nr. 97 322 van 18 februari 2013
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 12 oktober 2012 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris van 7 augustus 2012 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis 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 ongegrond verklaard wordt.

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 17 januari 2013, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 13 februari 2013.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. MILOJKOWIC.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. HAEGEMAN, die *loco* advocaat L. VAN EECKHOUT verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat E. MATTERNE, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 18 mei 2009 diende verzoekster een aanvraag in tot medische regularisatie op grond van artikel 9 *ter* van de vreemdelingenwet. Op 29 juni 2012 gaf de ambtenaar-geneesheer een medisch advies. Die aanvraag werd op 7 augustus 2012 ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing.

“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:

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.

De arts-adviseur stelt in zijn verslag dat uit de door betrokkene voorgelegde medische attesten blijkt dat betrokkene lijdt aan een aandoening waarvoor zij medicamenteus behandeld wordt. Zij wordt tevens opgevolgd door een gespecialiseerde arts. Uit de beschikbare medische stukken blijkt geen actuele strikt medische contra-indicatie tot reizen, noch een strikt medische noodzaak tot mantelzorg (zie gesloten omslag in bijlage).

Dusdanig stelt zich de vraag naar zowel de behandelings- en opvolgingsmogelijkheden als de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen in het herkomstland van betrokkene. Uit het verslag van de arts-adviseur en de gegevens opgenomen in het administratieve dossier van betrokkene blijkt dat zowel de beschikbaarheid als de toegankelijkheid van de benodigde behandeling en opvolging voldoende gegarandeerd zijn in Nigeria (zie gesloten omslag in bijlage).

De arts-adviseur komt dan ook tot de conclusie dat de aandoening van betrokkene, hoewel zij lijdt aan een aandoening die kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico kan inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien de nodige behandeling en opvolging beschikbaar zijn in Nigeria (zie gesloten omslag in bijlage).

Derhalve

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

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

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

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan betrokkene te willen overhandigen..."

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1. Verzoekster voert een eerste middel aan:

"Eerste middel: schending artikel 9ter Vreemdelingenwet en het redelijkheidsbeginsel. Artikel 9 ter Vreemdelingenwet bepaalt: (...).

1. *Het mag duidelijk zijn dat indien er geen adequate behandeling is in het land van herkomst verzoekster zal sterven. Indien aids niet behandeld wordt, of beter HIV dan vormt dit een reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit, want men gaat er immers aan dood.*

2. *Het verslag van de behandelende geneesheer van verzoekster dd. 7 november 2011 (zoals reeds werd overgemaakt aan de DVZ, zie stuk 8) was immers zeer duidelijk, echter heeft verweerster hier met moeite naar gekeken. Op 1 oktober 2012 (zie stuk 9) kwam er nieuw medisch attest die het vorig medisch attest dd. 7 november 2011 bevestigde, m.n.: "Het betreft hier een HIV-patiënte met nood voor HAART. Resistent virus waardoor Triomune geen optie is. Volgens de laatste gegevens van UN AIDS bedraagt de ART-coverage in 2010 25%. Daarnaast ontwikkelde patiënte een resistentie ten aanzien van het in Afrika klassiek als eerstelijnsproduct beschikbare Triomune. Wij vinden geen informatie met betrekking tot de beschikbaarheid van Kivexa, Reyata en Norvir in Nigeria. Gezien bovengenoemde elementen staat teruglenden van patiënte naar haar geboorteland gelijk met een kans van +/- 90% op overlijden binnen +/-4 tot 5 jaar (+/- 1 jaar voor return to baseline T4's, +/- 1 jaar voor de ontwikkeling van een aids-diagnose, minder dan 3 jaar tot het overlijden). Dit is ons inziens meer dan gegronde reden om patiënte om humanitaire redenen in België te houden." Het mag duidelijk zijn dat er door verweerster met bovenstaande gegevens geen rekening werd gehouden, ondanks het feit dat deze gegevens haar wel bekend waren daar het medisch verslag dd. 7 november 2011 (zie stuk 8, dezelfde risico's en overlevingskansen wordt beschreven) aan haar diensten werd overgemaakt. Verweerster negeert eigenlijk de feiten die daar beschreven staan m.n. 90% kans op overlijden binnen de vier à vijf jaar na aankomst in Nigeria. Hiermee houdt verweerster geen rekening en gelet op het feit dat verzoekster een alleenstaande moeder is (zie stuk 10), houdt dit in dat de kans dat haar dochter een weeskindje wordt heel groot is bij een eventuele terugkeer naar Nigeria. Het feit dat verweerster dit compleet negeert in haar beslissing, maakt duidelijk dat haar beslissing niet in alle redelijkheid werd genomen.*

3. *Integendeel : verweerster verwijst in de bestreden beslissing naar verschillende websites om te staven dat er in Nigeria wel een behandeling mogelijk is, echter is dit niet voldoende. Er wordt louter verwezen naar websites. Sommige webpagina's waarnaar verweerster verwijst in haar bestreden beslissing, zijn op heden niet meer bereikbaar. Andere webpagina's waarnaar verweerster verwijst zijn louter informatieve websites, waarbij er vaak gesteld wordt wat men gaat doen, maar waaruit men absoluut niet met zekerheid kan weten of dat het er wel zo in Nigeria aan toe gaat, en of dat verzoekster hiermee geholpen wordt. Gelet op de financiële toegankelijkheid verwijst verweerster mooi naar verschillende verzekeringsinitiatieven die er zijn maar ze vergeet hierbij dat verzoekster op heden nog geen werk heeft in Nigeria. Verzoekster heeft dan misschien wel diploma's, deze leiden niet automatisch tot werk, en geen werk leidt tot geen verzekering en geen verzekering leidt tot geen ziekteverzekering, waardoor de behandeling van verzoekster wel stil komt te liggen en verzoekster uiteindelijk hierdoor zal sterven. Echter houdt verweerster hier ten onrechte geen rekening mee. Er mag ook hier niet vergeten worden dat verzoekster een alleenstaande moeder is, waardoor men ook rekening moet houden met de gevolgen van een terugkeer naar Nigeria voor haar dochter.*

4. *Verzoekster verwijst hier graag naar het rapport van de NACA (National Agency for the control of Aids) dd. 2012 (zie stuk 7). Uit dit rapport blijkt duidelijk dat het in Nigeria de laatste jaren zelfs achteruitgaat met de HIV-behandelingen. Meer mensen raken besmet en ook het aantal overlijdens ten gevolge van aids stijgt (zie stuk 7, pg. 10-11 en 13). Uit dit rapport blijkt weliswaar ook dat Nigeria veel doet om er voor te zorgen dat iedereen wordt behandeld en begeleid, maar de cijfers liegen niet. Ondanks alle programma's die er worden opgezet, raken er meer mensen besmet en gaan er toch meer mensen dood, wat er toch op wijst dat nog niet alles op punt staat in Nigeria. Stellen dat er in Nigeria een voldoende medische behandeling voor verzoekster aanwezig is, zonder adequate bewijzen (waar? Toegang verzoekster? Kostprijs? ...), zonder rekening te houden met haar gezinssituatie, werksituatie en wetende dat verzoekster reeds 6 jaar in België wordt behandeld, gaat dan ook te ver, en schendt het redelijkheidsbeginsel."*

2.1.2. Het door de verzoekende partij aangevoerde redelijkheidsbeginsel is geschonden indien de bevoegde overheid op grond van de uitgedrukte motieven op kennelijke onredelijke wijze tot haar besluit is gekomen. Om dit na te gaan, oefent de Raad een marginale toetsing uit en sanctioneert enkel de kennelijke wanverhouding tot de feiten waarop de bestreden beslissing is gebaseerd. Het redelijkheidsbeginsel laat de Raad niet toe het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te bevinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat, wanneer de door het bestuur geponeerde verhouding tussen beslissing en feiten in werkelijkheid volkomen ontbreekt (A. MAST, J. DUJARDIN, J. VANDE LANOTTE en M. VAN DAMME, Overzicht van het Belgisch administratief recht, Mechelen, Kluwer, 2006, 60 en de aldaar aangehaalde rechtspraak van de Raad van State). Ter beoordeling daarvan, mag enkel rekening worden gehouden met de in de akte zelf vermelde redengeving en niet met de gegevens en redenen die in dat verband in procedurestukken worden uiteengezet.

Verzoekster betoogt dat geen rekening werd gehouden met het door haar ingediende medisch verslag van 7 november 2011. Verzoekster betwist de bevinding dat er behandeling voor aids in Nigeria beschikbaar is en stelt dat zij thans geen werk heeft in Nigeria. Zij stelt dat de aangehaalde websites in sommige gevallen verdwenen zijn en in andere slechts intentieverklaringen zijn. Zij verwijst verder naar het rapport van NACA (National Agency for the control of Aids) van 2012, waaruit blijkt dat de algemene mortaliteitscijfers in Nigeria stijgen.

De informatie waarop het medisch advies en de bestreden beslissing steunen, is niet afkomstig van zomaar een website, doch wel van de Wereldgezondheidsorganisatie enerzijds en anderzijds van de MedCOI-databank. Die informatie wordt verstrekt door plaatselijke artsen werkzaam in het land van herkomst, die in verbinding staan met het bureau van de medische adviseurs van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties. Er wordt in vastgesteld dat er wel degelijk medicatie tegen aids/HIV in Nigeria beschikbaar is, zoals lamivudine, abacavir en lopinavir ritonavir. Verder blijkt ook dat infectiologen en de opvolging van de CD4 waarden mogelijk zijn. Met algemene verwijzingen naar de mortaliteitscijfers van aidspatiënten in Nigeria maakt verzoekster niet aannemelijk dat de vereiste medicatie niet voorhanden is in Nigeria. Het feit dat ze momenteel in Nigeria geen werk heeft, betekent niet dat zij niet zou kunnen werken in Nigeria.

In het medisch advies wordt gemotiveerd dat in Nigeria verschillende systemen van ziekteverzekering bestaan, zowel voor werknemers als uitgaande van de non-profitsector, of nog van internationale hulporganisaties die gratis antiretrovirale therapie opgestart hebben. Met betrekking tot antiretrovirale

therapie wordt in het advies gesteld dat Nigeria over 440 centra beschikt waar zo'n therapie kan worden verkregen. Specifiek voor de stad waarvan verzoekster afkomstig is, verwijst het advies naar het Federal Medical Centre van Umuahia. Er is dus wel degelijk medische verzorging waar verzoekster gewoond heeft. Tenslotte verwijst het advies nog naar het REBAB-programma van de IOM. Gelet op die gegevens kan verzoekster niet ernstig staande houden dat ze geen toegang zal hebben tot de vereiste medische zorgen.

Verzoekster maakt niet aannemelijk dat de beslissing kennelijk onredelijk is.

Het eerste middel is ongegrond.

2.2.1. Verzoekster voert een tweede middel aan:

“Tweede middel: schending door verweerster van de motiveringsplicht. Artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, wat in casu van toepassing is, heeft tot doel de bestuurde in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid haar beslissing heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. In casu zijn deze bovenstaande artikelen door verweerster genegeerd.

1. Verweerster schendt de motiveringsplicht daar verweerster geen rekening heeft gehouden met het ingeroepen risico van onderbreking van de medische behandeling in België. Dit werd nochtans heel duidelijk aangehaald bij het verzoekschrift conform artikel 9ter Vw., echter heeft verweerster hier niet op geantwoord in de bestreden beslissing. Het mag logisch zijn dat er sowieso een verbreking van de medische behandeling zal zijn, en dat dit verzoekster niet ten goede komt. Daar verweerster weigert om op dit risico te antwoorden, schendt verweerster dan ook de motiveringsplicht.

2. Daarnaast laat verweerster het ook na om te reageren op het besluit van het medisch attest dd. 7 november 2011 waarin duidelijk werd bepaald: “Het betreft hier een HIV-patiënte met nood voor HAART. Resistent pirus waardoor Triomune geen optie is. Volgens de laatste gegevens van PEPFAR hebben in 2009 10% van de geschatte 3 miljoen HIV-patiënten in Nigeria ooit antiretrovirale therapie ontvangen. De Nigeriaanse regering heeft de intentie om tegen eind 2011 dit aantal te verdubbelen. De antiretrovirale “coverage” ligt dus ergens tussen 0 en 20%. Daarnaast ontwikkelde patiënte geen resistentie ten aanzien van het in Afrika klassiek als eerstelijnsproduct beschikbare Triomune. Wij vinden geen informatie met betrekking tot de beschikbaarheid van Kivexa, Reyata en Norvir in Nigeria. Gezien bovengenoemde elementen staat terugleiden van patiënte naar haar geboorteland gelijk met een kans van +/- 90% op overlijden binnen +/-4 tot 5 jaar (+/- 1 jaar voor return to baseline T4's, +/- 1 jaar voor de ontwikkeling van een aids-diagnose, minder dan 3 jaar tot het overlijden). Dit is ons inziens meer dan gegronde reden om patiënte om humanitaire redenen in België te houden.” Ook hier werd er ruimschoots aangehaald dat de overlevingskansen van verzoekster, en rekening houdend met haar dochtertje, heel gering zijn bij een terugkeer. Echter wordt er hierop door verweerster totaal niet gereageerd. Verweerster verwijst louter naar websites en mogelijkheden tot tussenkomst van een ziektekostenverzekering (op voorwaarde dat men werk heeft daar, wat verzoekster nog niet heeft) zonder te reageren op bovenstaand besluit. Integendeel verweerster miskent de gevolgen van de ziekte van verzoekster, daar verweerster letterlijk stelt: “kan uit voorgelegd medisch dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit.” Gelet op bovenstaande gegevens gekend door verweerster, m.n. bij terugkeer 90% kans op overlijden binnen de 4 à 5 jaar kan verweerster toch moeilijk voor waar aanhouden dat de HIV geen reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit. Daar verweerster hier onvoldoende op in gaat, schendt zij dan ook haar motiveringsplicht.”

2.2.2. Verzoekster betoogt dat er geen rekening werd gehouden met het door haar ingeroepen risico van onderbreking van de medische behandeling in België. Daarnaast stelt zij dat het medisch attest van 7 november 2011, waaruit blijkt dat de medische verzorging in Nigeria niet effectief is, zonder meer terzijde werd geschoven.

De uitdrukkelijke motiveringsplicht 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.

Uit het verzoekschrift blijkt dat verzoekster de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht *in casu* is bereikt en verzoekster 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.

De "onderbreking" waarvan sprake in de aanvraag 9^{ter}, dient niet te worden gelezen als zijnde een "stopzetting" van de behandeling maar als een tijdelijke onderbreking voor de duur van de reis naar Nigeria. Nergens uit het medisch advies, noch uit de door verzoekster aangeleverde medische attesten, blijkt dat zij omwille van haar ziekte niet zou mogen reizen. Gelet op het feit dat de behandeling in Nigeria kan worden voortgezet, is van een "onderbreking" in de zin van een stopzetting geen sprake.

Met betrekking tot de medische verzorging in Nigeria, wordt in de bestreden beslissing gemotiveerd, zoals blijkt uit de bespreking van het eerste middel, op basis van informatie van MedCOI en de Wereldgezondheidsorganisatie, dat er behandeling tegen aids/HIV mogelijk is en beschikbaar in Nigeria. Het is in het kader van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet niet vereist dat de aanwezige medische zorgen van dezelfde kwaliteit zijn als in België. De verwijzing naar verzoeksters overlevingskansen in de toekomst indien zij niet over de nodige zorgen kan beschikken, is *in casu* hypothetisch, aangezien uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt:

"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 20.05.2009.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Medisch getuigschrift (d.d. 13/03/2009) ingevuld door dr. VW. waaruit blijkt dat betrokkene een chronische aandoening heeft;*
- *Verslag van een consult (d.d. 4/6/2009) bij dr. VW. in het UZ Gent, waaruit blijkt dat betrokkene een HIV-infectie heeft waarvoor ze van februari tot april 2009 antiretrovirale middelen (Truvada en Stocrin) heeft genomen. CDC klasse B2, indicatie voor HAART.*
- *Medisch attest (d.d. 7/11/2011) opgemaakt door dr. VW. waaruit blijkt dat betrokkene behandeld wordt met abacavir/lamivudine (Kivexa®) en atazanavir (Reyataz®) geboost met ritonavir (Norvir®); Uit een studie van deze documenten blijkt dat deze 37-jarige dame geïnfecteerd is met H1V en behandeld wordt met abacavir, lamivudine, atazanavir en ritonavir. Ze wordt opgevolgd door een infectioloog,*

Op basis van de vermelde medische gegevens kan worden afgeleid dat de betrokkene kan reizen en geen nood heeft aan mantelzorg om medische redenen.

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):

(1) Informatie afkomstig van de Wereldgezondheidsorganisatie - <http://apps.who.int/hiv/amds/oatents/registration/drs/Default.aspx>

(2) Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank 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

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

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

Betreffende de medicamenteuze behandeling, uit (1) blijkt dat famivudine, abacavir en iopinavir (ter vervanging van atazanavir)/ritonavir beschikbaar zijn in Nigeria.

Verder blijkt (2) dat ook infectiologen en de opvolging van de CD4-waarden mogelijk is.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in Nigeria

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

(1) NHIS - http://www.nhis.gov.ng/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=57 - (geraadpleegd op 26.06.2012)

(2) NACA - <http://naca.gov.ng/content/view/385/296/lanq.en> (geraadpleegd op 28.06.2012)

(3) <http://www.doctorsvlthoudborders.org/news/countrv.cfm?id=2353> (geraadpleegd op 28.06.2012)
http://www.fhi360.org/en/countryprofiles/nigeria/res_ghainart.htm (geraadpleegd op 28.06.2012)

(4) NACA, Fact Sheet 2011 - ART in Nigeria ~ <http://naca.gov.ng/content/view/417/lanq.en/#background> (geraadpleegd op 28.06.2012)

(5) zie administratief dossier DVZ NACA - <http://naca.gov.ng/content/view/157/191/lanq.en> (geraadpleegd op 28.06.2012)

(6) zie administratief dossier DVZ

(7) IOM - REAB-programma

Wat betreft de financiële toegankelijkheid:

Nigeria kent verschillende systemen van ziektekostenverzekering, waaronder het FSSHIP of Formal Sector Social Health Insurance Programme, het USESHIP of Urban Self-Employed Social Health Insurance Programme, en het RCSHIP of Rural Community Social Health Insurance Programme.

Het FSSHIP zorgt voor een dekking van medische onkosten van werknemers in de publieke sector en de georganiseerde private sector. Dit programma is tevens verplicht voor iedere organisatie met 10 of meer werknemers. De individuele bijdrage aan deze ziekteverzekering is inkomensgerelateerd en bedraagt heden 15% van het basissalaris. De werkgever neemt van deze 15% 10% voor zijn rekening, zodanig dat de werknemer maar 5% van het basissalaris moet bijdragen om van deze verzekering te genieten. De bijdragen van één enkele verzekerde dekken naast de hoofdverzekerde, ook de echtgenoot/echtgenote en maximaal 4 kinderen jonger dan 18 jaar.

Het USESHIP is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund door een groep, bestaande uit leden met dezelfde economische activiteiten. Het RCSHIP is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund door een groep, bestaande uit families of individuele personen. De bijdrage aan beide voorgaande programma's wordt betaald onder de vorm van een maandelijks geldelijke rente of afbetaling. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van het pakket medische zorgen, welk door de leden van de groep werd uitgekozen (1).

Het National Agency for the Control of AIDS (NACA) en The Global Fund' hebben de afgelopen jaren verschillende programma's opgezet om de toegang tot o.a. de HI V-behandeling en in Nigeria te verbeteren (2). Daarnaast zijn er verschillende internationale hulporganisaties die programma's voor gratis anti-retrovirale therapie opgestart hebben (3).

In 2011 waren er in Nigeria een 440-tal centra waar patiënten (al dan niet gratis) anti-retrovirale therapie (ART) konden krijgen (4). Betrokkene was voorafgaand aan haar verblijf in België (zie administratief dossier DVZ «visumaanvraag d.d. 21.03.2009) woonachtig in de Nigeriaanse stad Umuahia, Abia. Ze kan voor de nodige medicatie en behandeling o.a. terecht in het Federal Medical Centre van Umuahia (5). Uit het dossier van betrokkene blijkt niet dat zij arbeidsongeschikt zou zijn. Er zijn bijgevolg geen redenen om aan te nemen dat zij niet in staat zou zijn een beroepsactiviteit uit te oefenen en zodoende een inkomen te verwerven. Er kan dan ook van uitgegaan worden dat zij in staat is in te staan voor eventuele bijkomende (al dan niet onofficiële) kosten verbonden aan haar noodzakelijke medische behandeling (6).

Overige Informatie:

Verder 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 re-integratie. Zo kunnen ze beschikken over microkredieten om hen te ondersteunen bij de opbouw van een nieuw leven (7).

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de Hiv-infectie van betrokkene geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Nigeria. Derhalve is er dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland.”

Het tweede middel is ongegrond.

2.3.1. Verzoekster voert een derde middel aan:

“Derde middel: schending van de zorgvuldigheidsplicht.

1. Verweerster komt tekort aan haar zorgvuldigheidsplicht aangezien verweerster de moeite niet doet om haar dossiers op te volgen. Verweerster heeft immers meer dan drie jaar nodig gehad om in dit dossier een beslissing te nemen. Verweerster beroept zich dan op het feit dat verzoekster reeds over een geldig verblijfsdocument beschikt waardoor het niet nodig is om snel een uitspraak te doen. Echter verliest verweerster hierbij uit het oog dat gedurende de tijd dat verweerster nodig heeft om een beslissing te nemen, verzoekster een band heeft opgebouwd met België, een duurzame band. Onder andere verzoekster haar dochtertje is hier geboren.

2. Daarnaast is er niet nagegaan of er daadwerkelijk een medische behandeling (o.a. financiële toegankelijkheid) mogelijk was voor verzoekster. Er wordt in de bestreden beslissing louter verwezen naar websites, maar niets concreet m.b.t. de persoonlijke situatie van verzoekster (nog geen werk, een jong kindje, kostprijs behandelingen...). Zoals reeds aangehaald houdt verweerster ook geen rekening met het risico van 90% kans op overlijden binnen de 4 à 5 jaar na terugkeer in Nigeria. Verweerster negeert dit gewoon. Immers mag hier niet vergeten worden dat verweerster een alleenstaande moeder is, waardoor als zij komt te overlijden haar dochter niemand meer heeft en dit leidt in hoofde van haar dochtertje tot verschillende miskenningen van haar rechten. Verweerster doen terugkeren gelet op het hoge risico op overlijden over 5 jaar, dan heeft haar dochter de leeftijd van 7 jaar bereikt, maakt een onmenselijke behandeling m.n. een schending van artikel 3 EVRM en een schending van artikel 8 EVRM (recht op een gezinsleven) uit in hoofde van haar dochter (men wist immers 90% kans om wees te worden). En dit om nog maar te zwijgen over al haar kinderrechten die hierdoor miskent worden. Met al deze gegevens wordt er echter geen rekening gehouden door verweerster, waardoor verzoekster in casu ook haar zorgvuldigheidsplicht heeft genegeerd.”

2.3.2. Verzoekster betoogt dat geen rekening werd gehouden met haar in België geboren dochter, noch met het feit dat zij bij terugkeer in Nigeria kans 90% kans heeft om binnen de vijf jaar te overlijden, zodat haar dochter wees zal worden.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan het bestuur de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stoen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954).

De bestreden beslissing bevat geen verwijderingsmaatregel, zodat van een schending van artikel 3 van het EVRM geen sprake is.

De bestreden beslissing betreft enkel een beoordeling van de medische regularisatiegronden, zo verzoekster meent op andere gronden aanspraak te kunnen maken op een verblijfsmachtiging, dient zij dienaangaande een aanvraag in te dienen.

Voor het overige volstaat het te verwijzen naar de bespreking van het eerste en het tweede middel, waaruit blijkt dat de medische zorgen in Nigeria voorhanden zijn en dat er geen reden is om aan te nemen dat verzoekster hier geen toegang toe zou hebben.

Het derde middel is ongegrond.

3. Korte debatten

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

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op achttien februari tweeduizend dertien door:

dhr. M. MILOJKOWIC,

voorzitter,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

M. MILOJKOWIC