

Arrest

nr. 209 467 van 18 september 2018
in de zaak X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat P. ROBERT
Eugène Smitsstraat 28-30
1030 BRUSSEL

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 en X en X die verklaren van Pakistaanse nationaliteit te zijn, op 9 mei 2018 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 5 februari 2018, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissingen van 5 februari 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

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 2 juli 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 8 augustus 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat K. DESIMPELAERE, die *loco* advocaat P. ROBERT verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat B. HEIRMAN, 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 20 januari 2012 dienen verzoekers samen een aanvraag in om machtiging tot verblijf op medische gronden, krachtens artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

Op 4 juni 2012 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag tot verblijfsmachtiging onontvankelijk wordt verklaard, tezamen met een bevel om het grondgebied te verlaten. Op 31 juli 2012 worden de beslissingen ingetrokken.

Op 8 augustus 2012 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag tot verblijfsmachtiging onontvankelijk wordt verklaard, tezamen met een bevel om het grondgebied te verlaten. Op 26 november 2012 beslist de gemachtigde wederom de beslissingen in te trekken.

Op 21 december 2012 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag tot verblijfsmachtiging onontvankelijk wordt verklaard, tezamen met een bevel om het grondgebied te verlaten-asielzoeker. Tegen deze beslissingen dienen verzoekers een annulatieberoep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna de Raad) die bij arrest nr. 103 521 van 27 mei 2013 de beslissingen vernietigt.

De gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris neemt daarop twee beslissingen, met name één op 4 september 2013, betrekking hebbende op de medische situatie van tweede verzoeker waarbij de aanvraag onontvankelijk wordt verklaard, en één op 9 september 2013, met betrekking tot eerste verzoekster, waarbij de aanvraag onontvankelijk wordt verklaard. De gemachtigde neemt op 9 september 2013 tevens de beslissingen houdende een bevel om het grondgebied te verlaten. Tegen deze beslissingen dienen verzoekers een annulatieberoep in bij de Raad die bij arrest nr. 167 753 van 18 mei 2016 de beslissingen vernietigt.

Op 7 april 2017 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard, tezamen met een bevel om het grondgebied te verlaten. Op 1 juni 2017 beslist de gemachtigde tot intrekking van deze beslissingen.

De gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris neemt daarop twee beslissingen, met name één op 5 februari 2018, betrekking hebbende op de medische situatie van eerste verzoekster en waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard, aan verzoekster ter kennis gebracht op 11 april 2018. Dit is de eerste bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 20.01.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

A., S. (RR ...), geboren op (...)1958 te Sialkot

+ partner:

A., M. (RR ...), geboren op (...)1957 te Sialkot

+ meerderjarige zoon:

A., S. (RR ...), geboren op (...)1989 te Rawalpindi

Nationaliteit: Pakistan

Laatst gekend 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 onontvankelijk 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 A., S.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 30.01.2018 (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, Pakistan.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

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

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

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

En neemt de gemachtigde een tweede beslissing op 5 februari 2018, betrekking hebbende op de medische situatie van tweede verzoeker en waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard, aan verzoeker ter kennis gebracht op 11 april 2018. Dit is de tweede bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 20.01.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

A., S. (RR ...), geboren op (...)1958 te Sialkot

+ partner:

A., M. (RR ...), geboren op (...)1957 te Sialkot

+ meerderjarige zoon:

A., S. (RR ...), geboren op (...)1989 te Rawalpindi

Nationaliteit: Pakistan

Laatst gekend 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 grand 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 A., M.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 01.02.2018 (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, Pakistan.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

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

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

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

Op dezelfde dag worden in hoofde van elk van de drie verzoekende partijen bevelen afgeleverd om het grondgebied te verlaten, op grond van "artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum." Dit zijn de derde, vierde en vijfde bestreden beslissing.

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In het enige middel voeren verzoekers de schending aan van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet en van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming voor de Rechten van de

Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM).

Ter adstruering van het middel zetten verzoekers het volgende uiteen:

“Enig middel, genomen uit de schending van artikels 9ter en 62, §2 van de wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

Eerste onderdeel

Uit de motivering van de eerste bestreden beslissing blijkt dat tegenpartij niet is overgegaan tot een volledig onderzoek van verzoekers' aanvraag tot machtiging tot verblijf van meer dan drie maand.

Tegenpartij besluit dat het niet bewezen is dat een terugkeer naar het land van herkomst van verzoekers een inbreuk zou uitmaken op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM).

Het onderzoek van een aanvraag op basis van artikel 9ter van de wet van 15.12.1980 mag echter niet verward worden met, en zeker niet herleid worden tot, een onderzoek in het licht van bovenvermelde normen.

Wat de kwalificatierichtlijn betreft, kan vooreerst opgemerkt worden dat foutief verwezen wordt naar richtlijn 2004/83/EG, die sinds begin 2012 uit het rechtsverkeer verdwenen is en vervangen werd door richtlijn 2011/95/EU.

Bovendien heeft het Europees Hof van Justitie op 18.12.2014 in het arrest Abdida t. België (C- 562-13) bevestigd dat de situatie van een derdelander die een aanvraag doet op basis van artikel 9ter van de wet van 15.12.1980 niet binnen de werkingssfeer van de kwalificatierichtlijn valt. Het is dan ook irrelevant om verzoekers aanvraag in het licht van de kwalificatierichtlijn te onderzoeken.

Daarnaast heeft uw Raad, conform de vaste rechtspraak van de Raad van State, reeds meermaals benadrukt dat (RvV 27.5.2016, nr. 168.563):

"de toepassingsvoorwaarden van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ruimer zijn dan die van artikel 3 van het EVRM (RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633). De omstandigheid dat artikel 3 van het EVRM als hogere norm ten aanzien van de Vreemdelingenwet geldt en mogelijkerwijze een lagere vorm van bescherming voorziet, vormt geen beletsel voor de toepassing van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet. Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving, wat in casu blijkt uit artikel 9ter, §1, eerste lid van de Vreemdelingenwet. De gemachtigde kan absoluut niet dienstig aan een duidelijke wetsbepaling een beperktere interpretatie geven op grond van hogere rechtsnormen (RvS 19.6.2013, nr. 223.961)."

De autonome interpretatie van artikel 9ter werd tevens benadrukt door de Grote Kamer van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in het arrest Paposhvili t. België (n° 41738/10, 13.12.2016, §107).

Het onderzoek van een 9 ter aanvraag mag zich dus niet beperken tot een onderzoek in het licht van de kwalificatierichtlijn, noch tot een toetsing aan artikel 3 EVRM in het licht van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Bijgevolg, nu vaststaat dat tegenpartij zich beperkt heeft tot een toetsing aan de richtlijn 2004/83/EG en artikel 3 EVRM, kan vastgesteld worden dat het onderzoek waaraan verzoekers aanvraag onderworpen werd onvolledig is gelet op de specifieke vereisten die artikel 9ter van de wet van 15.12.1980 stelt.

De eerste bestreden beslissing schendt voornoemd artikel 9ter van de wet van 15.12.1980.

Tweede onderdeel

Op 7.2.2018 werd de aanvraag van verzoekers geactualiseerd met een nieuw medisch certificaat en nieuwe medische documenten voor eerste verzoeker, die sinds kort tevens aan de pijnlijke aandoening algoneurodystrofie lijdt.

De bestreden beslissingen werden twee dagen daarvoor genomen, maar werden pas op 11.4.2018 aan verzoekers betekend.

De actualisering van de aanvraag gebeurde voor verzoekers wisten dat er een nieuwe beslissing genomen was, zoals blijkt uit de ontvangstbevestiging van tegenpartij op 7.2.2018 en de stempel van de Stad Brussel op de brief van de DVZ om de bestreden beslissingen te betekenen aan verzoekers van 8.2.2018 (stuk 11).

Tegenpartij heeft desalniettemin nagelaten om de nieuwe informatie te onderzoeken en dus na te gaan wat de ernst van de aandoening is, alsook de beschikbaarheid en, in voorkomend geval, de toegankelijkheid van de behandeling daarvan in Pakistan.

Zonder gepaste behandeling wordt verzoeker blootgesteld aan een ongecontroleerde ontwikkeling van de aandoening, alsook aan verschrikkelijke pijnen waarmee deze aandoening gepaard gaat.

In het arrest Paposhvili t. België herinnert het Europees Hof voor de Rechten van de Mens aan de rechtspraak van de Raad van State (arrest nr. 11.427 van 9.7.2015) waarin geoordeeld wordt dat het

risico voor de gezondheid dient beoordeeld te worden op het ogenblik van de mogelijke tenuitvoerlegging ervan en niet op het moment van de beslissingname.

Een ex nunc onderzoek van het risico dat verzoekers lopen in het licht van artikel 3 EVRM dringt zich aldus op, rekening houdend met de nieuwe elementen die op 7.2.2018 aan tegenpartij gecommuniceerd werden, en dus met alle aandoeningen waaraan verzoekers op dit moment lijden.

Er zij aan herinnerd dat verzoekers de aanvraag zes jaar geleden indienden, en dat de vijf voorgaande weigeringsbeslissingen ingetrokken werden door tegenpartij, dan wel vernietigd werden door uw Raad. Oordelen dat de informatie die twee dagen na de zesde weigering werd neergelegd, niet in rekening kan gebracht worden, zou niet alleen disproportioneel zijn, maar tevens strijdig met artikel 3 EVRM in het licht van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, dat een ex nunc onderzoek vereist.

Het uitvoeren van de bestreden beslissing, zonder te onderzoeken of alle noodzakelijke behandelingen beschikbaar zijn in Pakistan zou in strijd zijn met artikel 3 EVRM (zie arrest Paposhvili t. België, nr. 41738/10 van 13.12.2016, §§188-189).

Indien uw Raad oordeelt dat zij niet bevoegd is om dergelijk onderzoek uit te voeren in het kader van huidig beroep, dienen de bestreden beslissingen vernietigd te worden, zodat tegenpartij een nieuwe geïnformeerde beslissing kan nemen.

Derde onderdeel

In het arrest Paposhvili t. België (nr. 41738/10) van 13.12.2016 benadrukte het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat de autoriteiten bij het onderzoek naar een aanvraag tot medische regularisatie, in het licht van artikel 3 EVRM, rekening dienen te houden met (§187):

"[...] général sources such as reports of the World Health Organisation or of reputable non-governmental organisations and the medical certificates concerning the person in question. "

De medische adviezen van ambtenaar-geneesheer Dr. B. steunen volledig op de informatie in de Medcoi-databank en het document "Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country Fact Sheet Pakistan 2015" van 3.6.2015. Op basis daarvan wordt geconcludeerd dat de behandelingen voor diabetes in Pakistan beschikbaar en toegankelijk zijn.

Dat wordt tegengesproken door de meest recente informatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie.

Uit het document "Diabetes Country Profiles, 2016 - Pakistan" blijkt immers dat enkel de medicijnen Metformin en Sulphonylurea algemeen beschikbaar zijn in Pakistan. Het medicijn Insuline en de andere behandelingen van diabetes zijn daarentegen niet algemeen beschikbaar ("not generally available") (stuk 9).

De ambtenaar-geneesheer komt tot een tegenovergestelde conclusie, zonder te verwijzen naar deze meer recente informatie van de gezaghebbende Wereld Gezondheidsorganisatie en zonder aan te tonen waarom deze niet zou kunnen gevolgd worden.

De bestreden beslissingen, die volledig steunen op de adviezen van de ambtenaar-geneesheer, zijn gebrekkig gemotiveerd en strijdig met artikel 3 EVRM, in het licht van de rechtspraak van het Europees Hof, hierboven geciteerd.

Vierde onderdeel

De medische adviezen van de ambtenaar-geneesheer besluiten op basis van het document "Belgian desk of Accessibility, MedCOI TV Country Fact Sheet Pakistan 2015" van 3.6.2015, dat medische zorgen toegankelijk zijn in Pakistan, zonder daarbij na te gaan wat de specifieke situatie is voor verzoekers, als patiënten die aan een chronische ziekte lijden.

Er is nochtans een groot verschil tussen de toegankelijkheid tot medische zorgen voor acute problemen en deze voor chronische ziektes.

In de fax van 10.6.2016 van verzoekers' raadsman aan tegenpartij, werd aan de hand van verschillende bronnen aangetoond dat de kosten voor diabetesbehandelingen enorm hoog zijn, waardoor ze in de praktijk niet voor iedereen toegankelijk zijn.

Verschillende onderzoekers, onder meer van de Wereld Gezondheidsorganisatie, kwamen tot eenzelfde conclusie, na het uitvoeren van een grootschalig onderzoek naar de toegankelijkheid van medische zorgen in Pakistan:

"Poor drug availability in the public sector forces patients to purchase from private retail outlets, as further discussed in the next section. Affordability index as defined by WHO is more than 1 day's income by lowest paid government worker for 1 month's standard treatment of chronic illness or for one episode of acute illness [27]. While acute therapy using generic was found to be affordable for acute respiratory infection at 0.3-1 days wage, therapy for chronic illness such as hypertension, depression, diabetes, epilepsy, arthritis and peptic ulcer is unaffordable even with use of low priced generics at 1.7-7.7 days wage and clearly beyond reach of poor with originator brands at 1.9-36.4 days wage f281."15 (onderlijning toegevoegd)

Bovendien blijkt de kost voor medicamenten in Pakistan sterk te zijn toegenomen in de laatste jaren. In november 2016 verscheen volgend artikel in het toonaangevende medisch tijdschrift *The Lancet* (stuk 10):

"In recent months, prices of hundreds of essential and lifesaving medicines have increased greatly in Pakistan, making them unaffordable to residents with low and middle incomes. [...]"

The situation is getting out of hand for the people of Pakistan because there is no national health insurance, and most of the health-associated expenditure is an out-of-pocket expense.

*A major reason for this uncontrollable price hike is the unsatisfactory performance of the Drug Regulatory Authority of Pakistan (DRAP) and other associated agencies. Medicine prices in Pakistan were officially permitted by DRAP to increase four times between June and August, 2016; however, pharmaceutical companies ignored DRAP's notification and instead raised the prices five times over the 3 months. Shockingly, this illegitimate increase in price was not acknowledged or acted upon by DRAP in Pakistan. Despite the fact that the Ministry of National Health Services, Regulations, and Coordination (NHSRC) admitted that the medicines of some multinational companies were overpriced, no action was taken. Notably, the issue of the price increases was highlighted at the federal parliament of Pakistan in February, 2016, whereby the parliamentarians instructed NHSRC and DRAP to take strict action against pharmaceutical companies who were plundering the masses by increasing prices of medicines unilaterally. Furthermore, a subsidy of medicines that had increased in price was proposed. The price hike was strongly condemned and the Senate's Standing Committee on National Health Services, Regulations and Coordination instructed that no second chances should be given to these companies. However, no action was taken and patients were left at the mercy of the pharmaceutical companies, so they had no choice but to pay exorbitant prices for medicines that were affordable just a few months before."*¹⁶

Opnieuw komt de ambtenaar-geneesheer tot een tegenovergestelde conclusie, zonder te verwijzen naar deze meer recente bronnen en zonder aan te tonen waarom deze niet zou kunnen gevolgd worden.

Die recente bronnen, onder meer geciteerd in de fax van verzoekers' raadsman, die aantonen dat de toegang tot de noodzakelijke zorgen voor verzoekers problematisch zou zijn in Pakistan, dienen echter in rekening gebracht te worden.

Bovendien belemmeren zowel de leeftijd als de gezondheidstoestand van eerste verzoeker en verzoekster hen om een inkomen te verwerven dat voldoende is om hun medicijnen en behandeling te kunnen betalen.

De ambtenaar-geneesheer beargumenteert dat:

"Betrokkene heeft een meerderjarige zoon. Hij legt geen attest van algemene arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er in het dossier geen elementen die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve [toe] te concluderen dat hij niet kan instaan voor de zorgen die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp."

In het licht van het voorgaande, valt echter evenmin in te zien hoe hun zoon de kosten van alle medicamenten en behandelingen voor zijn beide ouders op zich zou kunnen nemen in Pakistan.

Bovendien behoren verzoekers tot de lage sociale klasse in Pakistan. Uit de niet betwiste elementen van hun asielaanvragen blijkt immers dat eerste verzoeker en verzoekster beide ongeletterd zijn en dat zij als christenen in Pakistan tot een religieuze minderheid behoren die laag op de sociale ladder staat.

Gelet op het voorgaande zullen verzoekers in Pakistan moeilijk of geen toegang hebben tot alle medische zorgen die ze nodig hebben om te overleven.

De uitvoering van de bestreden beslissingen zou hen daarom blootstellen aan een reëel risico op een mensonterende behandeling, in strijd met artikel 3 EVRM."

2.2 De in artikel 62 van de vreemdelingenwet neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, 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. Dit artikel verplicht 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 de determinerende motieven aangeven op grond waarvan de bestreden beslissing genomen is. *In casu* geven de bestreden beslissingen duidelijk de motieven en de juridische grond aan op basis waarvan deze zijn genomen. Zo wordt in de eerste twee bestreden beslissingen verwezen naar artikel 9ter van de vreemdelingenwet en wordt vastgesteld dat het aangehaalde medisch probleem niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen waarbij tevens verwezen wordt naar de medische adviezen van de arts-adviseur van respectievelijk 30 januari 2018 en 1 februari 2018. Zodoende wordt de aanvraag ongegrond verklaard.

Uit deze motieven blijkt dat de verwerende partij zich bij het nemen van de bestreden beslissingen volledig gesteund heeft op de adviezen van de arts-adviseur, die moeten worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissingen.

Een motivering door verwijzing naar het uitgebrachte advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Vooreerst moet de inhoud van de stukken waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende gemotiveerd zijn en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgevalen door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734, NV BAECK en JANSEN). Verzoekers betwisten niet dat zij in het bezit werden gesteld van de adviezen en tonen verder niet aan dat en om welke redenen de bestreden beslissingen, samengelezen met de adviezen, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht.

Verder blijkt ook dat de bestreden bevelen om het grondgebied te verlaten voorzien zijn van een motivering in rechte en in feite.

Er is dan ook voldaan aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht, zoals voorgeschreven in artikel 62 van de vreemdelingenwet (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.358; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.357; RvS 21 september 2005, nr. 149.149; RvS 21 september 2005, nr. 149.148). Verzoekers maken niet duidelijk op welk punt deze formele motivering hun niet in staat zou stellen te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissingen zijn genomen derwijze dat niet voldaan zou zijn aan het hiervoor uiteengezette doel van de formele motiveringsplicht.

Waar verzoekers inhoudelijke argumenten ontwikkelen tegen de bestreden beslissingen, voeren zij in wezen de schending aan van de materiële motiveringsplicht, zodat dit onderdeel van het middel vanuit dit oogpunt wordt onderzocht. Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van deze van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is kunnen komen.

De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht wordt onderzocht in het licht van de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat 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”*.

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

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

Deze bepaling houdt, zoals verzoekers aangeven, duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer behoren en het de Raad niet toekomt de beoordeling van de ambtenaar-geneesheer te betwisten (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)).

Het medisch advies van de arts-adviseur van 1 februari 2018 in hoofde van eerste verzoekster vermeldt het volgende:

"NAAM: A., S. (R.R.: ...)

Vrouwelijk

nationaliteit: Pakistan

geboren te Sialkot op (...)1958

adres: (...)

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 20-1-2012.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken: (in omgekeerd chronologische volgorde):

> Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 20-11-2017 van Dr. K., huisarts, met de volgende informatie:

- Niet gecontroleerde diabetes mellitus en ontregelde schildklierpathologie type hyperthyroïdie*
 - Behandeling: Insuman rapid solostar, Insuman rapid basai solostar, Strumazol, D-Cure*
 - Nood aan opvolging door endocrinoloog, oftalmoloog en cardioloog en nabijheid van een ziekenhuis*
- > Bloedresultaten d.d. 17-11-2017; abnormale resultaten niet te lezen maar duiden nog op gestoorde schildkliertesten en verhoogde suikerwaarden*

> Urinestaal van 14-9-2017

> Opname in de dienst gastro-enterologische heelkunde voorcholecystectomie, gunstig verloop met gunstige controle op consultatie van 2-12-2016

> Opname verslag van 5-10-2016 op de dienst inwendige geneeskunde wegens abdominale pijnen

• Diagnose van :

| Galstenen met pancreatitis en uitzetting van de galwegen

| Uretro-hydronefrose links

Slecht geregelde diabetes type 2

| Niet behandelde arteriële hypertensie

| Obesitas

| Hyperthyroïdie

• Evolutie tijdens hospitalisatie gunstig na ERCP, discrepantie tussen insuline dosages in ziekenhuis en thuis, bilan hyperthyroïdie nog te doen ambulant

> Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 27-5-2016 van Dr. K., huisarts, met de volgende informatie:

- Voorgeschiedenis van moeilijk te controleren hyperthyroïdie en slecht gecontroleerde diabetes mellitus*
- Huidige problematiek: ziekte van Basedow en diabetes type 2*
- Medicatie: Insuman Rapid en Insuman Basai, D-cure, Strumazol*
- Regelmatige bloedcontroles en controle bij endocrinoloog en oftalmoloog*

> Verslag van endocrinologie d.d. 2-2-2016: thyrotoxicose, met vermoeden van niet-inname van de medicatie, voorstel tot toedienen van radioactief jodium, diabetes type 2 slecht geregeld. Uit het verslag blijkt dat er geen regelmatige controle uitgevoerd werd en dat de betrokkene haar therapie niet contentieus opvolgde

> Verslag van endocrinologie d.d. 7-12-2015: ontregelde diabetes en slecht gecontroleerde hyperthyroïdie.

Nieuwe controle en intensifiëring van de behandeling gepland

> Labo-uitslagen van 20-11-2015

> Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 11-8-2013 van Dr. B., huisarts, met de volgende informatie:

- Diabetes mellitus en ontregeld en volledig ongecontroleerde hyperthyroïdie behandeld met insuline en schildkliermedicatie*
- Opvolging noodzakelijk*

> Standaard medisch Getuigschrift d.d. 30-11-2011 van Dr. V., huisarts met identieke informatie: ontregelde diabetes en slecht gecontroleerde schildklierpathologie, behandeld met insuline en Strumazol met nood aan opvolging

> Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 23-8-2011 van Dr. B., huisarts met identieke informatie

> Labo-uitslagen d.d. 23-8-2011 met duidelijk diabetes en hyperthyroïdie

> Attest van Dr. B. d.d. 3-10-2011 dat betrokkene niet kan reizen

Uit de aangeleverde medische documenten kunnen we het volgende besluiten:

> Het handelt hier om een dame van 60 jaar afkomstig van Pakistan

> In de voorgeschiedenis vermelden we in 2016 een galblaasoperatie na een acute periode van ontsteking en pancreatitis met gunstig verloop (controle postoperatief 2-12-2016). Tijdens de acute periode wordt eveneens een hydroureteronefrose vermeld, die in de latere ziektegeschiedenis niet meer teruggenomen wordt. (vermoedelijk reactie op het acute incident). Nierfunctie is normaal op bloedcontrole van 17-11-2017 (normale e-GFR filtratiecapaciteit van de nier)

> Actieve pathologie vermeld sinds 2011 onveranderd:

- Ontregelde diabetes mellitus type 2 bij obese persoon behandeld met insuline
- Hyperthyroïdie onder Strumazol, niet te regelen

> Ondanks het herhaaldelijk vermelden op het SMG van de nood aan intensieve controle bij oogartsen cardioloog en endocrinoloog is er maar 1 specialistisch rapport in het ganse dossier van de endocrinoloog

> Tijdens de observatie van de endocrinoloog wijst deze op de mogelijkheid van therapie-ontrouw en niet nemen van de medicatie volgens de regels van betrokkene. De optie van eventueel toedienen van radio-actief Jodium voor controle van de schildklierpathologie werd niet verder weerhouden.

In algemene conclusie (gestaafd door de aangeleverde documenten) gaat het hier om een dame van Pakistan, van 60 jaar die opgevolgd wordt grotendeels door de huisarts voor hyperthyroïdie en diabetes mellitus. Zij is vermoedelijk niet therapietrouw. Als medicatie neemt zij:

> Insuman rapid solostar= snel werkende insuline van biologische aard

> Insuman basai solostar = intermediair werkende insuline van biologische aard

> Strumazol = Thiamazol schildklierpathologie

> D-cure = Colecalciferol, Vitamine D

Zij wordt hier niet opgevolgd door een endocrinoloog of ander specialist (bewijzen ontbreken)

Er zijn geen tegenindicaties tot reizen met deze pathologie, eventueel opvolging van glycemie tijdens de reis door derden. Er zijn geen argumenten voor mantelzorg uit het dossier te weerhouden.

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 uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:

Aanvraag Medcoi van 24-1-2018 met het unieke referentienummer 10611

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond.

Alle huidige medicatie is beschikbaar uitgezonderd thiamazole, de schildklierremmende medicatie, evenwel het alternatief propylthiouracil is beschikbaar. Vermeld dient te worden dat de alternatieve behandeling (die in België als definitieve oplossing zeer frequent wordt toegepast bij dames na de menopauze) van de schildklierproblematiek met radioactief Jodium eveneens beschikbaar is in Pakistan.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat alle nodige therapie en specialistische opvolging die betrokkene, een dame van 60 afkomstig uit Pakistan, nodig heeft voor haar medische opvolging beschikbaar is:

endocrinologie, cardiologie, oftalmologie en huisarts staan ter beschikking evenals de noodzakelijke medicatie.

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

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

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

De verantwoordelijkheid voor het organiseren van de gezondheidszorg in Pakistan ligt bij de provincies, uitgezonderd in de "Fédéral Administered Tribal Area's (FATA). De diensten zijn uitgebouwd zowel in de publieke als de private sector en op de klassieke 3 niveaus.

De primaire gezondheidszorg wordt verzorgd door de Basic Health Units (BHU), die alleen basis ambulante zorg verzekeren, de Rural Health centers (RHC) die meer uitgebreide ambulante zorg (2-3 specialiteiten) alsook opnames voor kleinere ingrepen en kraamzorg verzorgen, en de Tehsil Headquarter Hospitals (THH) die instaan voor meer uitgebreide ambulante en residentiële zorg voor verschillende specialismen. Normaal worden de mensen doorverwezen vanuit de BHU naar RHC en THH. De secundaire zorg wordt aangeboden in de District Headquarters Hospitals (DHH). Zij bieden een zeer uitgebreid zorgpakket aan met ambulante zorg, opnames, spoedopnames, laboratoria voor bloedonderzoek en een bloedbank. Zij zijn ook uitgerust voor meer complexe heelkunde. Dikwijls zijn aan deze centra ook opleidingscentra voor verpleegkunde en paramedici verbonden. De tertiaire zorg is gesitueerd op academisch vlak. Deze ziekenhuizen zijn verbonden aan universiteiten en andere opleidingscentra.²

In het kader van de kostprijs van de medische zorg kunnen we het volgende samenvatten: in de publieke sector kost een consultatie 5 PKU = 0.04 euro, medicatie is inbegrepen in deze kostprijs. In de private sector bedraagt de prijs een 100-voud, consultatie alleen, zonder medicatie. De prijzen in de ziekenhuizen zijn zeer gevarieerd en worden door het ziekenhuis zelf bepaald, alhoewel recent er meer afspraken onderling gemaakt worden. In de tertiaire sector is de zorg volledig gratis voor verblijf en consultatie. De kostprijs voor het chirurgisch en medisch materiaal is evenwel ten laste van de patiënt. De ziekenhuizen verzorgen evenmin de medicatie voor de patiënten.³ Wel dient vermeld te worden dat in het kader van de zakat (islamitische solidariteit specifiek voor soennieten) in het Aga Khan ziekenhuis in Karachi er een financiële ondersteuning aanwezig is voor medicatie, operaties, pediatrie, gynaecologie en psychiatrie, labotesten, radiologie en consultaties.⁴

Op gebied van de sociale zekerheid dient gezegd te worden dat deze enkel bestaat voor mensen die werken in de formele sector (een zeer klein deel van de populatie). Zij hebben een vast arbeidscontract en daaraan verbonden ook sociale voordelen zoals levensverzekering, gezondheidszorg en pensioen. Het grootste deel van de populatie werkt onder "informele" condities als zelfstandige of zonder arbeidscontract.⁵

In het kader van het recht op pensioen vermelden we dat alleen dezen die gewerkt hebben in officiële situaties met arbeidscontract recht hebben op een pensioen, de informele sector is hiervoor afhankelijk van de Zakat (= derde van de 5 pijlers van de Islam, verplichte steun te geven aan de behoeftigen), Bait-ul Mal (autonome organisatie die als voornaamste doel stelt hulp te bieden aan de behoeftigen) en hulp van de moskeeën of NGO's of liefdadigheid.⁶

Specifiek voor de gezondheidszorg zijn dezen die werken met een arbeidscontract gedekt door een verzekering die in het leven geroepen is door de Provincial Employee Social Security Institutions (PESSI) waarvan 70% van de inkomsten naar gezondheidszorg gaan. Zij verzekeren de gezondheidszorg voor de arbeiders en hun gezinsleden inclusief de ouders. Alle bedrijven met minimum 5 werknemers kunnen aansluiten bij deze verzekering. Daarnaast zijn er ook een 8-tal privé maatschappijen die ook verzekeringen aanbieden maar wel tegen een hoge prijs. Daarnaast bestaat er ook een pilootproject, het Benazir Income Support Programme (BISP) dat zorg wil verzekeren voor allen.⁷

Specifiek voor betrokkene kunnen we stellen dat als zij geen beroep kunnen doen of aansluiten bij het officiële netwerk, zij steeds beroep kunnen doen op de Zakat-fonds of andere caritatieve instanties die fungeren als sociaal netwerk. Betrokkene is afkomstig van Punjab. In deze provincie genieten ziekenhuizen op provinciaal als districtsniveau mee van de voordelen van dit fonds. Van zodra de patiënten die in aanmerking komen een certificaat van de lokale Zakat krijgen, genieten zij van gratis gezondheidszorg in de instelling die aangesloten is.

Betrokkene heeft een meerderjarige zoon. Hij legt geen attest van algemene arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er in het dossier geen elementen die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve te concluderen dat zij niet kan instaan voor de zorgen die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.⁹

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.¹⁰

Als besluit kunnen we stellen dat de medische zorg voor betrokkene toegankelijk is en niets de terugkeer naar Pakistan verhindert.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de actieve schildklierpathologie evenals de diabetes mellitus bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Pakistan.

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

1 In het MedCOI-project wordt er informatie verzameld over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst en deze informatie wordt in een niet-publieke databank geplaatst die enkel toegankelijk is voor de partners van dit Project. Het MedCOI-project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), telt heden 15 partners (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF).

Disclaimer: De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst. Er wordt geen informatie over de toegankelijkheid van de behandeling verschaft. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De BMA doet zijn uiterste best om accurate, transparante en actuele informatie te leveren binnen een beperkt tijdsbestek. Echter, dit document heeft niet de pretentie exhaustief te zijn. Geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid kunnen uit de inhoud gepuurd worden. BMA krijgt informatie van de volgende 3 bronnen:

International SOS is een leidinggevende internationale onderneming die medische bijstand en veiligheidsdiensten verleent. Zij heeft kantoren in meer dan 70 landen en beschikt over een wereldwijd netwerk van 27 bijstandscentra, 31 klinieken, 700 externe sites. International SOS heeft zich contractueel verbonden tot het leveren van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld. Meer inlichtingen over deze organisatie is te vinden op de International SOS website: <https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance is een wereldwijde reisbijstandsverzekering onderneming. Met hun eigen operationele centra in 34 landen, meer dan 100 correspondenten en 400.000 kwalitatieve dienstverleners, weet de onderneming waar ook ter wereld voor

welke specifieke medische aandoening dan ook de juiste medische behandeling te vinden. Allianz Global Assistance heeft zich contractueel verbonden om informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld te verstrekken. Meer informatie over de organisatie kan gevonden worden op de website van Allianz Global Assistance:

www.allianz-global-assistance.com

Lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, werden uitgekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in

het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden en over voldoende tijd beschikken om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen wordt om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CV's van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zijn vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden.

De medische informatie die door International SOS, Allianz Global Assistance en de lokaal gecontracteerde artsen wordt

- verstrekt, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA.

2 Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Countryfact sheet Pakistan 2015p 3-4,13-11-2017
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

3 Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 5,13-11-2017
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

4 Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 6,13-11-2017
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

5 Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 7,13-11-2017
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

6 Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 7-11,13-11-2017
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

7 Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 11-13,13-11-2017
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

Het medisch advies van de arts-adviseur van 30 januari 2018 in hoofd van tweede verzoeker vermeldt het volgende:

"NAAM: A., M. (R.R.: ...)

Mannelijk

nationaliteit: Pakistan

geboren te Sialkot op (...)1957

adres: (...)

ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 20-1-2012.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

> Standaard Medisch getuigschrift d.d. 23-8-2011 van Dr. B., huisarts, met de volgende informatie:

Voorgeschiedenis van PTCA en stenting

Heden ontregelde diabetes

Geen vermelding van actieve therapie

> Bloedname van 23-8-2011 met niet-nuchtere glycemie van 448

> Verklaring van Dr. Boermans d.d. 3-10-2011 dat betrokkene niet kan reizen.

> Standaard Medisch getuigschrift d.d. 18-11-2011 van Dr. P., cardioloog, met de volgende informatie:

Gekend met diabetes mellitus en in 2007 acuut myocardinfarct met plaatsen van stent in RCA en CX

Heden problematiek van ischemisch hartlijden met op controle goede doorgankelijkheid van de stents

Medicatie: Lipitor, Asaflow, Ramipril, Metformine, Unidiamicron en Nobiten

> Standaard Medisch getuigschrift d.d. 11-6-2013 van Dr. B., huisarts met de volgende informatie:

Voorgeschiedenis diabetes en PTCA met stenting

Heden ontregelde diabetes mellitus

Behandeling antidiabetica en cardiale medicatie

Opname zo nodig

Toezicht en follow-up nodig

> Uitslagen labo d.d. 6-6-2013

> Endocrinologie consult d.d. 2-12-2014: geen afwijkingen, maar zogezegd vermagering volgens echtgenote door schildklierproblematiek en ontregeling diabetes, geen recente objectivatie van pathologie (oude bloednames 2014 kunnen wijzen op hyperthyroïdie)

> Verslag endocrinologie d.d. 2-2-2016: ontregelde diabetes mellitus met opstarten van insuline Humiline

30/70 naast Metformine als perorale medicatie. Op vlak van schildklierpathologie toont echografie een goiter met normale echostructuur. Er is geen behandeling ingesteld.

> Laboresultaten van 20-11-2015

> Laboresultaten van 7-7-2015

> Standaard Medisch getuigschrift d.d. 27-5-2016 van Dr. K., huisarts:

Voorgeschiedenis van hypertensie, hypercholesterolemie,, thyroïditis, diabetes

Huidig probleem: ontregelde diabetes met mogelijkheid op cardio-vasculaire, nefrologische en neurologische complicaties, hypertensie, opletten voor schildklierpathologie

Medicatie: Metformin, Gliquidone, Totalip, Ramipril, Humiline, Asaflow, Nobiten

> Laboresultaat van 30-5-2016

> Echografie schouder rechts d.d. 4-5-2017: geen majeure afwijkingen, uitgezonderd mogelijks oude posttraumatische laesie

> 15-6-2017: cardiologische controle: gunstig, medicatie Asaflow, Nobiten, Totalip, Glurenorm, Metformax

> Laboresultaat van 27-7-2017

> Echografie van het hart d.d. 24-11-2017: geen kleppathologie, goede functie van het hart

> Labo d.d. 15-11-2017

> Standaard Medisch getuigschrift d.d. 20-11-2017 van Dr. K., huisarts met de volgende informatie:

Voorgeschiedenis van hypertensie hypercholesterolemie en thyroïditis

Huidige problematiek ontregelde diabetes mellitus met kans op complicaties

Behandeling: Metformine, Glurenorm, Ramipril, Asaflow, Nobiten, Totalip, Humiline

Opvolging door endocrinoloog, cardioloog en oftalmoloog is aangewezen

in besluit kunnen we hier stellen dat het hier gaat om een man van 61 jaar afkomstig van Pakistan. Als objectieve en bewezen data kunnen we het volgende weerhouden:

> In de voorgeschiedenis weerhouden we in 2007 een hartinfarct behandeld met PTCA en stent. Er is een cardiologische controle in 2017 die gunstig is met normale hartfunctie

> Als risicofactoren heeft betrokkene arteriële hypertensie, hypercholesterolemie die medicamenteus behandeld worden

> Bijkomend heeft hij diabetes mellitus met periodes van ontregeling, zonder documentatie van complicaties. Als behandeling krijgt hij hiervoor Metformine en Insuline

> De schildklierpathologie wordt vermeld maar niet gedocumenteerd. In alle bijgevoegde labo-resultaten zijn deze controles normaal. Er is evenmin een behandeling ingesteld, dus dit wordt niet als actieve pathologie weerhouden

We durven hier de opmerking maken dat er mogelijks verwarring met en overlapping tussen het dossier van de echtgenote gebeurd is. Er is ook discordance tussen de recente gegevens van de cardioloog en de huisarts in het kader van medicatie.

In definitieve conclusie stellen we dus dat deze 61 jarige man uit Pakistan nood heeft aan cardiologische en endocrinologische opvolging voor zijn diabetes en cardiologische voorgeschiedenis.

Als medicatie weerhouden we:

> Glurenorm = gliquidon, diabetesmedicatie

> Ramipril, bloeddrukmedicatie

> Asaflow, aspirine, bloedverdunner

> Nobiten = nebivolol, bloeddrukmedicatie

> Totalip = atorvastatine, tegen cholesterol

> Humiline (niet vermeld in recent cardiologisch verslag), humaan insuline

> Metformine (vermeld door cardioloog, niet in SMG van huisarts), diabetes medicatie

Betrokkene is in staat om te reizen en er zijn geen argumenten in het dossier voor mantelzorg

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 uit de MedCOI-databank die niet-publiek is1:

- Aanvraag Medcoi van 24-1-2018 met het unieke referentienummer BMA 10611

- Aanvraag Medcoi van 24-06-2017 met het unieke referentienummer BMA 9808

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat betrokkene, een man van 61 jaar, afkomstig uit Pakistan zonder problemen kan opgevolgd worden in Pakistan voor zijn diabetes en cardiologische problematiek.

De medicatie die hij nodig heeft is eveneens beschikbaar: insuline, Metformine, Gliquidon, Ramipril, Acetylsalicylzuur, Nebivolol, Atorvastatine.

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

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

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

De verantwoordelijkheid voor het organiseren van de gezondheidszorg in Pakistan ligt bij de provincies, uitgezonderd in de "Fédéral Administered Tribal Area's (FATA). De diensten zijn uitgebouwd zowel in de publieke als de private sector en op de klassieke 3 niveaus.

De primaire gezondheidszorg wordt verzorgd door de Basic Health Units (BHU), die alleen basis ambulante zorg verzekeren, de Rural Health centers (RHC) die meer uitgebreide ambulante zorg (2-3 specialiteiten) alsook opnames voor kleinere ingrepen en kraamzorg verzorgen, en de Tehsil Headquarter Hospitals.(THH) die instaan voor meer uitgebreide ambulante en residentiële zorg voor

verschillende specialismen. Normaal worden de mensen doorverwezen vanuit de BHU naar RHC en THH. De secundaire zorg wordt aangeboden in de District Headquarters Hospitals (DHH). Zij bieden een zeer uitgebreid zorgpakket aan met ambulante zorg, opnames, spoedopnames, laboratoria voor bloedonderzoek en een bloedbank. Zij zijn ook uitgerust voor meer complexe heelkunde. Dikwijls zijn aan deze centra ook opleidingscentra voor verpleegkunde en paramedici verbonden. De tertiaire zorg is gesitueerd op academisch vlak. Deze ziekenhuizen zijn verbonden aan universiteiten en andere opleidingscentra.²

In kader van de kostprijs van de medische zorg kunnen we het volgende samenvatten: in de publieke sector kost een consultatie 5 PKU = 0.04 euro, medicatie is inbegrepen in deze kostprijs. In de private sector bedraagt de prijs een 100-voud, consultatie alleen, zonder medicatie. De prijzen in de ziekenhuizen zijn zeer gevarieerd en worden door het ziekenhuis zelf bepaald, alhoewel recent er meer afspraken onderling gemaakt worden. In de tertiaire sector is de zorg volledig gratis voor verblijf en consultatie. De kostprijs voor het chirurgisch en medisch materiaal is evenwel ten laste van de patient. De ziekenhuizen verzorgen evenmin de medicatie voor de patiënten.³ Wel dient vermeld te worden dat in het kader van de zakat (islamitische solidariteit specifiek voor soennieten) in het Aga Khan ziekenhuis in Karachi er een financiële ondersteuning aanwezig is voor medicatie, operaties, pediatrie, gynaecologie en psychiatrie, labotesten, radiologie en consultaties.

Op gebied van de sociale zekerheid dient gezegd te worden dat deze enkel bestaat voor mensen die werken in de formele sector (een zeer klein deel van de populatie). Zij hebben een vast arbeidscontract en daaraan verbonden ook sociale voordelen zoals levensverzekering, gezondheidszorg en pensioen. Het grootste deel van de populatie werkt onder "informele" condities als zelfstandige of zonder arbeidscontract.

In het kader van het recht op pensioen vermelden we dat alleen deze die gewerkt hebben in officiële situaties met arbeidscontract recht hebben op een pensioen, de informele sector is hiervoor afhankelijk van de Zakat (= derde van de 5 pijlers van de Islam, verplichte steun te geven aan de behoeftigen), Baitul Mal (autonome organisatie die als voornaamste doel stelt hulp te bieden aan de behoeftigen) en hulp van de moskeeën of NGO's of liefdadigheid.⁶

Specifiek voor de gezondheidszorg zijn diegenen die werken met en arbeidscontract gedekt door een verzekering die in het leven geroepen is door de Provincial Employee Social Security Institutions (PESSI) waarvan 70% van de inkomsten naar gezondheidszorg gaan. Zij verzekeren de gezondheidszorg voor de arbeiders en hun gezinsleden inclusief de ouders. Alle bedrijven met minimum 5 werknemers kunnen aansluiten bij deze verzekering. Daarnaast zijn er ook een 8-tal privé maatschappijen die ook verzekeringen aanbieden maar wel tegen een hoge prijs. Daarnaast bestaat er ook een pilootproject, het Benazir Income Support Programme (BISP) dat zorg wil verzekeren voor allen.⁷

Specifiek voor betrokkenen kunnen we stellen dat zij geen beroep kunnen doen of aansluiten bij het officiële netwerk gezien zij steeds beroep kunnen doen op de Zakat-fonds of andere caritatieve instanties die fungeren als sociaal netwerk. Betrokkene is afkomstig van Punjab. In deze provincie genieten ziekenhuizen op provinciaal als districts niveau mee van de voordelen van dit fonds. Van zodra de patiënten die in aanmerking komen een certificaat van de lokale Zakat krijgen genieten zij van gratis gezondheidszorg in de instelling die aangesloten is.

Betrokkene heeft een meerderjarige zoon. Hij legt geen attest van algemene arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er in het dossier geen elementen die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve te concluderen dat hij niet kan instaan voor de zorgen die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.¹⁰

Als besluit kunnen we stellen dat de medische zorg voor betrokkene toegankelijk is en niets de terugkeer naar Pakistan verhindert.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de endocrinologische en cardiologische pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Pakistan.

Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat dit geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst (Pakistan).

Derhalve is er m.i. vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaartegen een terugkeer naar het herkomstland.

1 In het MedCOI-project wordt er informatie verzameld over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst en deze informatie wordt in een niet-publieke databank geplaatst die enkel toegankelijk is voor de partners van dit project. Het MedCOI-project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), telt heden 15 partners (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF).

Disclaimer: De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst. Er wordt geen informatie over de toegankelijkheid van de behandeling verschaft. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De BMA doet zijn uiterste best om accurate, transparante en actuele informatie te leveren binnen een beperkt tijdsbestek. Echter, dit document heeft niet de pretentie exhaustief te zijn. Geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid kunnen uit de inhoud gepuurd worden.

BMA krijgt informatie van de volgende 3 bronnen:

International SOS is een leidinggevende internationale onderneming die medische bijstand en veiligheidsdiensten verleent. Zij heeft kantoren in meer dan 70 landen en beschikt over een wereldwijd netwerk van 27 bijstandscentra, 31 klinieken, 700 externe sites. International SOS heeft zich contractueel verbonden tot het leveren van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld. Meer inlichtingen over deze organisatie is te vinden op de International SOS website: <https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance is een wereldwijde reisbijstandsverzekering onderneming. Met hun eigen operationele centra in 34 landen, meer dan 100 correspondenten en 400.000 kwalitatieve dienstverleners, weet de onderneming waar ook ter wereld voor welke specifieke medische aandoening dan ook de juiste medische behandeling te vinden. Allianz Global Assistance heeft zich contractueel verbonden om informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld te verstrekken. Meer informatie over de organisatie kan gevonden worden op de website van Allianz Global Assistance: www.allianz-alobal-assistance.com

Lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, werden uitgekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden en over voldoende tijd beschikken om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen wordt om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CV's van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zijn vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden.

De medische informatie die door International SOS, Allianz Global Assistance en de lokaal gecontracteerde artsen wordt verstrekt, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA.

2 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 3-4,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

3 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 5,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

4 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 6,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

5 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 7,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

6 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 7-11,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

7 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 11-13,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

8 Belgian desk of Accesibility, MedCOI IV Country fact sheet Pakistan 2015p 11-13,13-11-2017

<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/7020>

9 Administratief dossier 25-1-2018"

Na de aandoeningen en de medicatie te hebben opgesomd, licht de ambtenaar-geneesheer in zijn verslagen de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging toe in Pakistan. De ambtenaar-geneesheer motiveert tevens omtrent de mogelijkheid om te reizen en de nood

aan mantelzorg. Hij oordeelt dat ten aanzien van eerste verzoekster dat *“de actieve schildklierpathologie evenals de diabetes mellitus bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Pakistan”* en *“Er zijn geen tegenindicaties tot reizen met deze pathologie, eventueel opvolging van glycemie tijdens de reis door derden. Er zijn geen argumenten voor mantelzorg uit het dossier te weerhouden.”* Hij besluit dat er vanuit zijn medisch standpunt dan ook geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf. De ambtenaar-geneesheer oordeelt ten aanzien van tweede verzoeker dat *“de endocrinologe en cardiologische pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Pakistan”* en *“Betrokkene is in staat om te reizen en er zijn geen argumenten in het dossier voor mantelzorg.”* Ook ten aanzien van tweede verzoeker besluit de arts-adviseur dat er vanuit medisch standpunt geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf.

Nu uit de algehele lezing van de medische adviezen van de arts-adviseur blijkt dat hij beide toepassingsgevallen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet is nagegaan en geoordeeld heeft dat aangezien de noodzakelijke medische zorgen in het herkomstland beschikbaar en toegankelijk zijn, wat op zich al inhoudt dat er geen reëel risico is voor onmenselijke of vernederende behandeling en er ook geen sprake is van een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit gelet op de beschikbare en toegankelijke behandeling in het herkomstland, is de verwijzing naar artikel 3 van het EVRM in de bestreden beslissingen zelf een overtollige rechtstheoretische toelichting nu te dezen wel degelijk een onderzoek is gebeurd naar het bestaan van een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst en niet blijkt dat de arts-adviseur in zijn beoordeling de vereiste stelt van een levensbedreigende aandoening om onder deze toepassing te vallen (cf. RvS nr. 12.133 (c) van 7 september 2016). Gelet op het voorgaande is de kritiek van verzoekers op de verwijzing naar de kwalificatierichtlijn evenmin dienstig.

Het eerste onderdeel van het enig middel kan niet worden aangenomen.

De kritiek van verzoekers dat bij het nemen van de bestreden beslissingen geen rekening is gehouden met de nieuwe medische documenten van 7 februari 2018 kan evenmin worden aangenomen. Verzoekers betwisten niet dat de nieuwe medische documenten na het nemen van de bestreden beslissingen zijn bezorgd aan de verwerende partij. Verzoekers menen evenwel dat de nieuwe documenten niettemin in overweging dienden te worden genomen en verwijzen hierbij naar het arrest Paposhvili van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat de stukken op 7 februari 2018 werden overgemaakt aan de verwerende partij terwijl de bestreden beslissingen dateren van 5 februari 2018. Verwerende partij kan bezwaarlijk worden verweten geen rekening te hebben gehouden met deze nieuwe stukken waarvan zij geen kennis had of kon hebben op het moment van de bestreden beslissingen. Uit het arrest Paposhvili blijkt ook niet dat de verwerende partij een reeds genomen beslissing op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet moet herzien, louter omdat nadien nog nieuwe medische stukken werden overgemaakt. In de feiten uiteenzetting stellen verzoekers overigens uitdrukkelijk dat de nieuwe stukken onder andere betrekking hebben op een nieuwe aandoening waaraan tweede verzoeker lijdt: met name de aandoening algneurodystrofie. De Raad merkt op dat met betrekking tot de ‘nieuwe medische aandoening’ verzoekers wederom een aanvraag tot verblijfsmachtiging op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet kunnen indienen. De wettelijke regeling voorziet evenwel niet dat een reeds genomen beslissing op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet dient te worden herzien wanneer uit nieuwe stukken, die na de beslissing worden kenbaar gemaakt, een nieuwe medische toestand blijkt. De Raad benadrukt dat de regelmatigheid van een bestuursbeslissing dient te worden beoordeeld in functie van de gegevens waarover het bestuur ten tijde van het nemen van de beslissing kon beschikken om deze beslissing te nemen.

Het tweede onderdeel van het enig middel kan niet worden aangenomen.

In het derde onderdeel van het enig middel betogen verzoekers dat de arts-adviseur zijn advies in verband met de beschikbaarheid volledig steunt op informatie uit de Medcoi-databank van 3 juni 2015. Deze informatie wordt tegengesproken door informatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie en meer

bepaald van *“Diabetes County Profiles, 2016”*. Uit lezing van deze informatie blijkt dat insuline en andere behandelingen van diabetes niet algemeen beschikbaar zijn.

In het medisch advies van 1 februari 2018 betreffende eerste verzoekster stelt de arts-adviseur het volgende vast: *“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 uit de MedCOI-databank die niet-publiek is1:

Aanvraag Medcoi van 24-1-2018 met het unieke referentienummer 10611

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond.

Alle huidige medicatie is beschikbaar uitgezonderd thiamazole, de schildklierremmende medicatie, evenwel het alternatief propylthiouracil is beschikbaar. Vermeld dient te worden dat de alternatieve behandeling (die in België als definitieve oplossing zeer frequent wordt toegepast bij dames na de menopauze) van de schildklierproblematiek met radioactief Jodium eveneens beschikbaar is in Pakistan.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat alle nodige therapie en specialistische opvolging die betrokkene, een dame van 60 afkomstig uit Pakistan, nodig heeft voor haar medische opvolging beschikbaar is:

endocrinologie, cardiologie, oftalmologie en huisarts staan ter beschikking evenals de noodzakelijke medicatie.”

In het medisch advies van 30 januari 2018 betreffende tweede verzoeker stelt de arts-adviseur het volgende vast: *“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):*

2. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is1:

- Aanvraag Medcoi van 24-1-2018 met het unieke referentienummer BMA 10611

- Aanvraag Medcoi van 24-06-2017 met het unieke referentienummer BMA 9808

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat betrokkene, een man van 61 jaar, afkomstig uit Pakistan zonder problemen kan opgevolgd worden in Pakistan voor zijn diabetes en cardiologische problematiek.

De medicatie die hij nodig heeft is eveneens beschikbaar: insuline, Metformine, Gliquidon, Ramipril, Acetylsalicylzuur, Nebivolol, Atorvastatine.” Ook met betrekking tot tweede verzoeker steunt de arts-adviseur zijn advies niet op informatie uit 2015 maar uit juni 2017 en januari 2018.

De Raad stelt vast dat de arts-adviseur de MedCOI databank consulteerde op 24 januari 2018, zijnde kort voor het verlenen van het medisch advies op respectievelijk 30 januari 2018 en 1 februari 2018. Met betrekking tot de databank dient de Raad op te merken dat de databank informatie bevat over de beschikbaarheid van behandelingen in landen gegeven door dokters die actief zijn in die landen. De dokters, die anoniem blijven, zijn aangeduid door tussenkomst van het Nederlands Ministerie van Buitenlandse Zaken en zijn ambassades overzee. De artsen zijn contractueel aangenomen door de Medische adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (IND). De MedCOI databank is, zoals kan worden gelezen in de medische adviezen, 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 is niet kennelijk onredelijk dat de arts-adviseur beroep doet op de MedCOI-databank en zijn adviezen steunt op de informatie verkregen uit de databank. Verzoekers wijzen op een beknopt document van 2016 van de wereldgezondheidsorganisatie (stuk 9) waaruit blijkt dat insuline *“not generally available”* is. Afgezien van het feit dat de arts-adviseur raadpleegde op 24 januari 2018 en er van mocht uitgaan over de meest recente informatie te beschikken, tonen verzoekers met de vermelding dat bepaalde medicatie niet algemeen beschikbaar is, niet aan dat de medicatie onbeschikbaar zou zijn in Pakistan. Zelfs aangenomen dat insuline niet algemeen beschikbaar is in Pakistan volstaat deze vermelding niet om afbreuk te doen aan de vaststelling van de arts-adviseur dat de noodzakelijke behandeling voldoende beschikbaar is in Pakistan.

Het derde onderdeel kan niet worden aangenomen.

Verzoekers betogen dat de arts-adviseur op basis van een document *“Belgian desk of Accessibility, MedCOI IV Country Fact Sheet Pakistan 2015”* besluit dat medische zorgen toegankelijk zijn in Pakistan zonder rekening te houden met de specifieke situatie van verzoekers als patiënten die aan een

chronische ziekte lijden. Verzoekers hebben aan de hand van verschillende rapporten van 2016 aangetoond dat de kosten voor diabetesbehandelingen enorm hoog zijn en sterk is toegenomen de laatste jaren. Verzoekers wijzen erop dat hun leeftijd en gezondheidstoestand hen belemmeren een inkomen te verwerven dat voldoende is om hun medicijnen te betalen. Ook hun zoon zal niet in staat zijn om alle kosten te dragen nu zij als christenen in Pakistan laag op de sociale ladder staan en tot de lage sociale klasse behoren.

Betreffende de toegankelijkheid tot de noodzakelijke medische behandelingen stelt de arts-adviseur voor eerste verzoekster het volgende:

"In het kader van de kostprijs van de medische zorg kunnen we het volgende samenvatten: in de publieke sector kost een consultatie 5 PKU = 0.04 euro, medicatie is inbegrepen in deze kostprijs. In de private sector bedraagt de prijs een 100-voud, consultatie alleen, zonder medicatie. De prijzen in de ziekenhuizen zijn zeer gevarieerd en worden door het ziekenhuis zelf bepaald, alhoewel recent er meer afspraken onderling gemaakt worden. In de tertiaire sector is de zorg volledig gratis voor verblijf en consultatie. De kostprijs voor het chirurgisch en medisch materiaal is evenwel ten laste van de patiënt. De ziekenhuizen verzorgen evenmin de medicatie voor de patiënten.³ Wel dient vermeld te worden dat in het kader van de zakat (islamitische solidariteit specifiek voor soennieten) in het Aga Khan ziekenhuis in Karachi er een financiële ondersteuning aanwezig is voor medicatie, operaties, pediatrie, gynaecologie en psychiatrie, labotesten, radiologie en consultaties.⁴

Op gebied van de sociale zekerheid dient gezegd te worden dat deze enkel bestaat voor mensen die werken in de formele sector (een zeer klein deel van de populatie). Zij hebben een vast arbeidscontract en daaraan verbonden ook sociale voordelen zoals levensverzekering, gezondheidszorg en pensioen. Het grootste deel van de populatie werkt onder "informele" condities als zelfstandige of zonder arbeidscontract.⁵

In het kader van het recht op pensioen vermelden we dat alleen dezen die gewerkt hebben in officiële situaties met arbeidscontract recht hebben op een pensioen, de informele sector is hiervoor afhankelijk van de Zakat (= derde van de 5 pijlers van de Islam, verplichte steun te geven aan de behoeftigen), Bait-ul Mal (autonome organisatie die als voornaamste doel stelt hulp te bieden aan de behoeftigen) en hulp van de moskeeën of NGO's of liefdadigheid⁶.

Specifiek voor de gezondheidszorg zijn dezen die werken met een arbeidscontract gedekt door een verzekering die in het leven geroepen is door de Provincial Employee Social Security Institutions (PESSI) waarvan 70% van de inkomsten naar gezondheidszorg gaan. Zij verzekeren de gezondheidszorg voor de arbeiders en hun gezinsleden inclusief de ouders. Alle bedrijven met minimum 5 werknemers kunnen aansluiten bij deze verzekering. Daarnaast zijn er ook een 8-tal privé maatschappijen die ook verzekeringen aanbieden maar wel tegen een hoge prijs. Daarnaast bestaat er ook een pilootproject, het Benazir Income Support Programme (BISP) dat zorg wil verzekeren voor allen.⁷

Specifiek voor betrokkene kunnen we stellen dat als zij geen beroep kunnen doen of aansluiten bij het officiële netwerk, zij steeds beroep kunnen doen op de Zakat-fonds of andere caritatieve instanties die fungeren als sociaal netwerk. Betrokkene is afkomstig van Punjab. In deze provincie genieten ziekenhuizen op provinciaal als districtsniveau mee van de voordelen van dit fonds. Van zodra de patiënten die in aanmerking komen een certificaat van de lokale Zakat krijgen, genieten zij van gratis gezondheidszorg in de instelling die aangesloten is. Betrokkene heeft een meerderjarige zoon. Hij legt geen attest van algemene arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er in het dossier geen elementen die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve te concluderen dat zij niet kan instaan voor de zorgen die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.⁹ Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.¹⁰ Als besluit kunnen we stellen dat de medische zorg voor betrokkene toegankelijk is en niets de terugkeer naar Pakistan verhindert."

Betreffende de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst voor tweede verzoeker stelt de arts-adviseur het volgende:

"Specifiek voor de gezondheidszorg zijn diegenen die werken met een arbeidscontract gedekt door een verzekering die in het leven geroepen is door de Provincial Employee Social Security Institutions

(PESSI) waarvan 70% van de inkomsten naar gezondheidszorg gaan. Zij verzekeren de gezondheidszorg voor de arbeiders en hun gezinsleden inclusief de ouders. Alle bedrijven met minimum 5 werknemers kunnen aansluiten bij deze verzekering. Daarnaast zijn er ook een 8-tal privé maatschappijen die ook verzekeringen aanbieden maar wel tegen een hoge prijs. Daarnaast bestaat er ook een pilootproject, het Benazir Income Support Programme (BISP) dat zorg wil verzekeren voor allen.⁷ Specifiek voor betrokkenen kunnen we stellen dat zij geen beroep kunnen doen of aansluiten bij het officiële netwerk gezien zij steeds beroep kunnen doen op de Zakat-fonds of andere caritatieve instanties die fungeren als sociaal netwerk. Betrokkene is afkomstig van Punjab. In deze provincie genieten ziekenhuizen op provinciaal als districtsniveau mee van de voordelen van dit fonds. Van zodra de patiënten die in aanmerking komen een certificaat van de lokale Zakat krijgen genieten zij van gratis gezondheidszorg in de instelling die aangesloten is. Betrokkene heeft een meerderjarige zoon. Hij legt geen attest van algemene arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er in het dossier geen elementen die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve te concluderen dat hij niet kan instaan voor de zorgen die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reintegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.¹⁰ Als besluit kunnen we stellen dat de medische zorg voor betrokkene toegankelijk is en niets de terugkeer naar Pakistan verhindert.”

De arts-adviseur geeft in eerste instantie een korte uiteenzetting over de organisatie van de gezondheidszorg in Pakistan, alsook een raming van de kostprijs voor de behandelingen. Hij wijst in dat verband ook op het grote verschil in kostprijs tussen de publieke en private zorg. Hij wijst tevens op de mogelijkheden op het vlak van sociale zekerheid. Waar verzoekers wijzen op de hoge kostprijs voor diabetesbehandelingen (stuk 10 bij het verzoekschrift) merkt de Raad op dat dit niet wordt betwist door de arts-adviseur. De arts-adviseur stelt evenwel vast dat verzoekers beroep kunnen doen op het “Zakat-fonds” of andere caritatieve instanties die fungeren als een sociaal netwerk. Specifiek voor de regio Punjab, waar verzoekers van afkomstig zijn, wijst de arts-adviseur erop dat de ziekenhuizen op provinciaal en districtsniveau mee genieten van de voordelen van dit fonds. Bovendien kunnen verzoekers, indien zij een certificaat van de lokale Zakat krijgen, genieten van gratis gezondheidszorg in de instellingen die aangesloten zijn. Verzoekers weerleggen deze motivering niet door de loutere verwijzing naar stuk 10 bij het verzoekschrift waaruit de hoge kostprijs blijkt van diabetesbehandelingen. Verzoekers gaan hier niet op in.

Daarnaast wijst de arts-adviseur op hun meerderjarige zoon die geacht wordt mede te kunnen instaan voor de noodzakelijke zorgen nu niet blijkt dat hij arbeidsongeschikt is of geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst. Het feit dat verzoekers christenen zijn en hierdoor “laag op de sociale ladder” staan, doet hieraan geen afbreuk. Tot slot wordt in de medische adviezen nog gewezen op de mogelijkheid van financiële ondersteuning door de IOM.

Wat de voorgehouden schending van artikel 3 van het EVRM betreft, wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip “uitzonderlijke gevallen” werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde: “183. *The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.*” (Het Hof oordeelt dat onder “andere zeer uitzonderlijke gevallen” zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 van het

EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 van het EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen).

Zoals uit de bespreking hierboven blijkt, tonen verzoekers dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat het *in casu* gaat om een aandoening die in het herkomstland kan behandeld worden en dat deze behandeling ook toegankelijk is voor verzoekers.

Het vierde onderdeel van het enig middel kan niet worden aangenomen.

Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, in al zijn onderdelen ongegrond.

3. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen 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 september tweeduizend achttien door:

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

N. MOONEN