



Arrest

nr. 220 278 van 25 april 2019
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat H. CHATCHATRIAN
Langestraat 46/1
8000 BRUGGE

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie
en Administratieve Vereenvoudiging, thans de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Somalische nationaliteit te zijn, op 16 januari 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van 24 oktober 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, ongegrond verklaard wordt.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 12 februari 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 maart 2019.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KIWAKANA, die loco advocaat H. CHATCHATRIAN verschijnt voor de verzoekende partij en van attaché T. VERSCHUEREN, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De verzoekende partij, die verklaart van Somalische nationaliteit te zijn, dient op 10 november 2016 een aanvraag in om machtiging tot verblijf 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 (hierna: de vreemdelingenwet).

Op 3 maart 2017 wordt deze aanvraag onontvankelijk verklaard.

Op 24 oktober 2018, met kennisgeving op 17 december 2018, verklaart de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris de aanvraag ongegrond. Dit is de bestreden beslissing, waarvan de motieven luiden als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 10.11.2016 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

M.H.O., F. (...) (R.R.: (...))

nationaliteit: Somalië

geboren te Mogadishu op (...).1975

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, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 03.03.2017, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

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

Er werden medische elementen aangehaald door M.H.O.F. (...) die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 18.10.2018)

Derhalve

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

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft. Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Het attest van immatriculatie dat werd afgegeven in het kader van de procedure op basis van genoemd artikel 9ter dient te worden ingetrokken. Gelieve betrokkene tevens af te voeren uit het Vreemdelingenregister omwille van “verlies van recht op verblijf.”

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1. In en eerste middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van het redelijkheidsbeginsel 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).

Het middel luidt als volgt:

“1.1. In de bestreden beslissing leest men:

(...)

11.1.2. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de overheid de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stelen op correcte feitenvinding. (RvS januari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr 154.954) dit beginsel houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS 11 juni 2002, nr. 107. 624).

11.1.3. Zoals blijkt uit het administratief dossier lijdt verzoekende partij aan metabool syndroom met overgewicht, hypertensie, hyperlipidemie en diabetes type II.

De behandelende arts stelt dat de verzoekende partij last zal krijgen van cardiovasculaire complicaties zoals een infarct en een cardiovasculaire aandoeningen als haar behandeling zou worden stopgezet. Bovendien kan de verzoekende partij zelfs in een comateuze toestand terecht komen indien haar diabetes niet verder zou behandeld worden.

Daarnaast kan verzoekende partij ook last krijgen van aandoeningen die te wijten zijn aan haar diabetes: retinopathie, refropathie en aantasting van de (kleine) bloedvaten.

De verzoekende partij heeft voor haar pathologieën medicatie en geneeskundige opvolging nodig. Verzoekende partij kan echter niet die nodige behandeling en opvolging krijgen in haar land van herkomst.

De arts-adviseur heeft verzoekende partij op geen enkel moment onderzocht en vormt zich een compleet andere mening dan de behandelende arts.

De arts-adviseur verduidelijkt op geen enkel ogenblik waarom zijn advies afwijkt van de mening van de arts van de verzoekende partij. Hij heeft verzoekende partij zelfs nooit ontmoet.

Er werden nochtans ettelijke medische verslagen voorgelegd, die de vaststellingen van de arts-adviseur tegenspreken.

Het advies nr. 65 van 9 mei 2016 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek stelt letterlijk het volgende (stuk 3):

"Uiteraard is niet elk artikel van de Code van geneeskundige plichtenleer van toepassing, omdat het geen behandelrelatie betreft maar een controle- en adviesbevoegdheid in een specifiek juridisch kader. Ook tegenover betrokken confraters, bijvoorbeeld de behandelende en attesterende artsen van de patiënt, bestaat een deontologische verantwoordelijkheid (art. 11 van de Code van geneeskundige plichtenleer: "De artsen moeten goede collegiale betrekkingen met elkaar onderhouden en elkaar bijstaan."; art. 136: "De collegialiteit is een voorname plicht. Zij moet beoefend worden in eerbied voor de belangen van de zieke."). Concreet betekent dit dat overleg met de behandelende arts noodzakelijk is als het advies van de ambtenaar-arts tegenstrijdig is met wat de behandelende arts attesteerde. [...] (art. 9ter, §1, vijfde lid van de wet van 15 december 1980). Een beoordeling van een ziekte en van haar graad van ernst kan vanuit medisch perspectief niet anders geïnterpreteerd worden dan als een diagnostische taak, gevolgd door een indicatiestelling, met name de beoordeling van de noodzakelijk geachte behandeling. De taak van de ambtenaar-arts verschilt uiteraard van die van de behandelende en attesterende arts, maar tegelijk vertoont deze taak vanuit medisch perspectief dus ook overlap. Art. 35 (b) van de Code van geneeskundige plichtenleer stelt: "De arts mag zijn bevoegdheid niet overschrijden. Hij moet het advies inwinnen van confraters, onder meer van specialisten, hetzij op eigen initiatief, hetzij OP verzoek van de patiënt telkens wanneer dit binnen de diagnostische of therapeutische context nuttig of noodzakelijk blijkt." Wanneer een ambtenaar-arts die niet gespecialiseerd is in de aandoening in kwestie, een advies geeft dat afwijkt van het advies van een specialist in deze aandoening, is overleg tussen beide artsen daarom imperatief. Als na overleg de dissensus blijft bestaan, zijn een gesprek met en een klinisch onderzoek van de patiënt door de ambtenaar-arts en een advies van een onafhankelijke expert (specialist in de aandoening in kwestie) aangewezen, zoals ook wettelijk mogelijk, maar in de praktijk zelden toegepast."

Alle vaststellingen van de behandelende arts worden door de arts-adviseur zonder enige terughoudendheid in twijfel getrokken.

In casu werd door de arts-adviseur geen enkele behandelende arts van de verzoekende partij gecontacteerd, noch werd verzoekende partij onderzocht.

Nergens blijkt nochtans dat deze gespecialiseerd zou zijn in behandeling van Diabestes, hypertensie, Hyperlipidemie of metabool syndroom met overgewicht. De verwerende partij motiveert nergens waarom zij afwijkt van het advies nr. 65 van 9 mei 2016 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Dit vormt een ernstige schending van de materiële motiveringsverplichting.

Of meent de arts-adviseur door geen enkele deontologie gebonden te zijn??

Verwerende partij blijft zeer vaag en pretendeert gewoonweg dat de medische zorgen bestaan in het herkomstland en dat er niet het minste risico zou bestaan op een een onmenselijke of vernederende behandeling - dit tegen de attesten van haar behandelende artsen in zonder hen te raadplegen of de verzoekende partij te onderzoeken.

Nochtans kan ook zij niet anders dan toe te geven dat de ziekte an sich weldegelijk een ernstig risico inhoudt voor het leven of fysieke integriteit van verzoekende partij indien het niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt:

Somalië,

Verzoekende partij heeft nochtans in haar aanvraag uiteengezet dat een adequate zorg niet beschikbaar en toegankelijk is in Somalië:

"(...) Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft Somalië geen uitgewerkt beleid om diabetes aan te pakken. België daartegen heeft een goed uitgewerkt beleid.

België staat qua technologie om diabetes te behandelen ook veel verder.

De gezondheidszorg in Somalië is niet zo bereikbaar als die van België. Verzoekende partij zal er geen toegang hebben tot de nodige broodnodige medische zorg en de nodige medicatie:

UN agencies and humanitarian partners are reaching more people with much-needed healthcare services in parts of southern Somalia that were once inaccessible due to conflict and insecurity.

"The lack of health services in Somalia has the same effect as conflict; it displaces people said Dr. Omar Saleh, the World Health Organization's (WHO) Emergency Coördinator for Somalia. "Entire families are

forced to move to areas close to functioning medical facilities. Women and children sometimes walk for weeks to reach a clinic. After the long walk, they usually find out that there isn't enough medicine or medical personnel to help them." (stuk 3)

Somalië heeft ook niet de gepaste infrastructuur om de hypertensie van verzoekende partij te behandelen.

Dit desondanks het feit de bijna de helft van de volwassenen last heeft van hypertensie:

This year, World Health Day focuses on high blood pressure, one of the many chronic diseases that are increasingly common around the world. The World Health Organization (WHO) reports that one-third of adults worldwide have high blood pressure, and one in ten adults worldwide have diabetes. These diseases are already well known in Somalia, where high blood pressure affects 50 percent of Somalia's adults. However, the highest levels of hypertension now occur in many African countries, where more than 40 percent of adults are affected, and where the money and infrastructure needed for treatment are most lacking (stuk 4) (...)"

Een dergelijke manier van redeneren en desgevallend gebrekkig onderzoeken schendt dan ook op een kennelijke wijze de algemene beginselen van behoorlijk bestuur als het redelijkheidbeginsel en het zorgvuldigheidsbeginsel."

2.1.2. In een tweede middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991) en van artikel 3 van het EVRM.

Het middel luidt als volgt:

"11.2.1. De arts-attaché stelt in zijn beslissing het volgende met betrekking tot de beschikbaarheid van de medische zorgen en van de opvolging in Somalië:

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging 8n 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 Medcol van 3-8-2017 met het unieke referentienummer BMA 830\$

Aanvraag Medcoi van 3-8-2017 met het unieke referentienummer BMA 8264

2. De noodzakelijke medicatie is voorhanden zoals aangetoond in bijlage 2 namelijk: Metformine, Unidamicron (gliclazide), Simvastatine en Perindopril

Uit deze Informatie kan geconcludeerd worden dat het hier gaat om een obese dame van 42 jaar van Somalische afkomst met een ongecompliceerde vorm van Diabetes type 2 , medicamenteus behandeld. De gewenste opvolging zowel ambulant als eventueel door een endocrinoloog in een medisch centrum is beschikbaar eveneens als de antidiabetes medicatie: Metformine, Gliclazide, evenals Simvastatine en Perindopril voor de nevenpathologie (hypercholesterolemie en hypertensie),

Bijkomend dienen we te vermeiden dat de eerste keuze behandeling voor diabetes 2 hygiënische maatregelen zijn zoals beweging, gewichtscontrole. Deze maatregelen garanderen eveneens een goede outcome.

11.2.2. Artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen luidt als volgt:

11 Art.2. De bestuurshandelingen van de besturen bedoeld in artikel 1 moeten uitdrukkelijk worden gemotiveerd.

Art.3. De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moeten afdoende zijn."

Artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen creëert dus plichten voor het bestuur op het epistemologische vlak van de besluitvorming.

De formele motiveringsplicht impliceert dus dat de formulering van de beslissing de juridische en feitelijke motieven moet bevatten die het bestuur overwoog bij het nemen van haar beslissing.

De formele motiveringsplicht geeft dus vorm aan de ratio cognoscendi van het besluit.

Met andere woorden: de formele motiveringsplicht verandert niets aan de wezenlijke voorwaarden waaraan een besluit ingevolge de materiële motiveringsplicht dient te voldoen, maar verplicht een bestuur om de wezenlijke voorwaarden van deze beslissing afdoende te expliciteren aan de bestuurde.

Cf. daaromtrent MAST, DUJARDIN, VAN DAMME en VANDE LANOTTE:

Voor de inwerkingtreding van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen gold het principe dat de motieven op grond waarvan de bestuurshandelingen werden genomen weliswaar zowel in rechte als in feite toelaatbaar moesten zijn (materiële motivering), maar in beginsel niet opgenomen dienden te worden in de bestuurshandeling zelf (formele motivering). De wet van 29 juli

1991 heeft hierin een fundamentele wijziging gebracht. Voortaan moeten de bestuurshandelingen met individuele draagwijdte formeel gemotiveerd worden, tenzij een door de wet bepaalde uitzondering van toepassing is.

JA. MAST, J. DUJARDIN, M. VAN DAMME en J. VANDE LANOTTE, Overzicht van het Belgisch administratief recht, Mechelen, Kluwer, randnummer 759.

Het normdoel van de formele motiveringsverplichting bestaat er dus de bestuurde in staat te stellen de beslissing (feitelijk en rechtelijk te begrijpen).

11.2.3. Verwerende partij verwijst naar enkele bronnen in verband met de beschikbaarheid en opvolging van de medische zorgen in Somalië.

Verzoekende partij kan op geen enkele manier nagaan of de nodige medicatie en opvolging wel degelijk beschikbaar is in Somalië.

Immers het betreft informatie uit een niet-publieke databank.

Het wordt dan ook onmogelijk gemaakt aan verzoekende partij om de motivering op zicht van de bestreden beslissing zelf, te begrijpen.

Mocht verzoekende partij op haar beurt verwijzen naar niet-publieke databanken zou verwerende partij stellen dat het niet werd aangetoond.

11.2.4. Verzoekende partij meent dat verwerende partij in die zin de formele motiveringsplicht heeft geschonden en bijgevolg ook artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en artikel 3 EVRM."

2.2. De verwerende partij antwoordt met betrekking tot de middelen het volgende in haar nota met opmerkingen:

"Verzoekende partij beroept zich op een schending van: - Artikelen 2 en 3 van de Wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen. - Artikel 9ter van de Vw. - Zorgvuldigheidsbeginsel en redelijkheidsbeginsel - Artikel 3 EVRM Betreffende de vermeende schending van art. 2 en 3 van de Wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen., laat de verwerende partij gelden dat bij lezing van het inleidend verzoekschrift van verzoekende partij blijkt dat hij daarin niet enkel inhoudelijke kritiek levert, maar dat hij er ook in slaagt de motieven vervat in de in casu bestreden beslissing weer te geven en daarbij blijk geeft kennis te hebben van de motieven vervat in de bestreden beslissing.

De formele motiveringsplicht, vervat in de wetsartikelen waarvan verzoekende partij de schending aanvoert, heeft immers geen ander doel dan het in kennis stellen van de bestuurde van de redenen die ten grondslag liggen aan de te zijnen of te haren opzichte genomen bestuursbeslissing, zodanig dat deze in staat is om te oordelen of het zinvol is om daartegen op te komen met de ter beschikking staande rechtsmiddelen (R.v.St. nr. 60.751, 4.7.1996, T.B.P. 1996, 698), terwijl de voormelde vaststelling impliceert dat deze wettelijke doelstelling is bereikt. Bij lezing van de bestreden beslissing blijkt genoegzaam dat de inhoud daarvan verzoekende partij het genoemde inzicht verschaft en aldus volstaat om haar toe te laten de bedoelde nuttigheidsafweging te maken. De bestreden beslissing is immers genoegzaam met redenen omkleed, aangezien daarin zowel haar juridische grondslag als haar feitelijke grondslag zijn vermeld. Deze vermeldingen laten verzoekende partij toe kennis te hebben van de gronden op basis waarvan de bestreden beslissing werd genomen en maken dat het doel is bereikt dat met het bestaan van de betrokken formele motiveringsverplichting wordt beoogd. Waar verzoeker verwijst naar artikelen uit de Code Geneeskundige Plichtenleer, wordt opgemerkt dat deze Code als doel heeft de geneesheren een gids of leidraad aan te reiken om hun beroep op een professionele, waardige en respectvolle manier in te vullen en uit te oefenen. Voor de patiënten en hun omgeving vormt de Code der Geneeskundige Plichtenleer een waarborg dat gestreefd wordt naar een correcte en integere uitoefening van de geneeskunst. De Code van de Geneeskundige Plichtenleer werd evenwel nooit als algemeen bindend verklaard, noch vermag de Nationale Raad van de Orde van Artsen door middel van de adviezen bindende regels opleggen. Er wordt voorts op gewezen dat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen geen wettigheidscontrole kan uitoefenen inzake een medische deontologische code die een gids of leidraad betreft en disciplinaire gedragsregels omvat en geen wetgeving noch juridisch bindende norm uitmaakt. De in de medische deontologische code geopperde disciplinaire principes, voorschriften en gedragsregels maken nog geen afdwingbare wetgeving uit, zodat verzoekers zich hierop niet kunnen beroepen om de onwettigheid van de bestreden beslissing aan te voeren. Een eventuele niet-naleving van een disciplinaire 'code' vervat in de geneeskundige plichtenleer kan niet tot de onwettigheid van de bestreden beslissing leiden.

In antwoord op de verzoekende partij haar concrete kritiek, die de inhoud van de bestreden beslissing betreft, laat de verwerende partij vooreerst gelden dat de verzoekende partij dient te voldoen aan de voorwaarden van artikel 9ter van de Wet dd. 15.12.1980, om in aanmerking te kunnen komen voor een verblijfsrecht op basis van deze bepaling. Artikel 9ter §1 bepaalt als volgt: " De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte

dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde." Uit het administratief dossier blijkt dat de arts-adviseur de voorgelegde stukken aan een uitvoerig en degelijk onderzoek heeft onderworpen, doch dat diende te worden besloten dat er vanuit medische standpunt op heden geen bezwaar meer is tegen een terugkeer naar het land van herkomst nu een medische behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Somalië. Het loutere feit dat de verzoekende partij medische attesten heeft voorgelegd, waaruit de verzoekende partij zelf afleidt dat zij voldoet aan de voorwaarden van art. 9ter van de wet en op die grond moet worden gemachtigd tot verblijf, maakt uiteraard niet dat de aanvraag zonder meer gegrond dient te worden verklaard; zulks zou net een negatie zijn van de vereiste dat door de arts-adviseur een advies moet worden verstrekt, hetgeen in casu ook gebeurd is. Uit het advies van de arts-adviseur blijkt duidelijk dat de gezondheidsproblemen die werden aangehaald door de verzoekende partij terdege werden onderzocht, doch dat diende te worden besloten dat deze op heden geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit, aangezien de noodzakelijke medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland.

Uit het advies van de arts-adviseur blijkt duidelijk dat rekening werd gehouden met de medische verslagen die de verzoekende partij heeft voorgelegd. De verzoekende partij kan niet dienstig anders voorhouden. Gelet op het feit dat de arts-adviseur adviseert dat er geen bezwaar is vanuit medisch oogpunt naar een terugkeer naar Somalië, is het niet kennelijk onredelijk van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, om het advies van de arts-adviseur te volgen. Terwijl het de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, als annulatierechter, niet toekomt zich in de plaats te stellen van de ambtenaar-geneesheer noch van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Migratie- en Asielbeleid bij het nemen van diens advies/beslissing, doch enkel kan nagaan of de beslissing niet kennelijk onredelijk is. Verweerder laat dienaangaande nog gelden dat uit het advies van de arts-adviseur blijkt dat werd vastgesteld dat er in hoofde van de verzoekende partij geen contra-indicatie is om te reizen. De verzoekende partij haar kritiek kan bijgevolg niet worden aangenomen. Uit de wettekst van art. 9ter §1 van de Vreemdelingenwet dd. 15.12.1980 en uit de toelichting in de voorbereidende werken, blijkt onbetwistbaar dat de beoordeling van de door de vreemdeling voorgelegde medische attesten toekomt aan de arts-adviseur, die volledig vrij wordt gelaten: in zijn beoordeling / appreciatie van de medische elementen (waarbij de eed van Hippocrates geldt), in zijn beoordeling of hij aan de hand van de voorgelegde gegevens een advies kan verschaffen aan de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding (hetgeen ook blijkt uit het gebruik van het begrip 'kan bijkomend advies inwinnen', 'indien hij dat noodzakelijk acht'). De verzoekende partij kan derhalve niet dienstig voorhouden dat de arts-adviseur haar persoonlijk diende te onderzoeken, terwijl evenmin kan worden voorgehouden dat de arts-adviseur bijkomende informatie nopens de gezondheidstoestand van de verzoekende partij diende in te winnen, gelet op het feit dat op de verzoekende partij zelf de verplichting rust zich in de procedure te bekwamen en alle nuttige stukken over te maken.

"Het komt in de eerste plaats de verzoekende partij toe om erover te waken zich te bekwamen in elke procedure die zij heeft ingesteld, en, indien nodig, deze procedures te vervolledigen en te actualiseren." (R.v.V. nr. 26.814 van 30 april 2010) Zie in die zin:

"Artikel 9ter van de vreemdelingenwet voorziet dat de aanvrager zelf bij zijn aanvraag alle nuttige inlichtingen overmaakt aangaande zijn ziekte en de mogelijkheid en toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst. Dit brengt ook met zich mee dat de verzoekende partijen, indien zij in de loop van de procedure over recentere medische attesten zouden beschikken, zij deze dienen over te maken aan de verwerende partij zodat deze er bij het nemen van de bestreden beslissing rekening mee kan en dient te houden. Artikel 9ter van de vreemdelingenwet voorziet weliswaar dat het bestuur bijkomende inlichtingen kan vragen, maar in de bewoordingen van dit artikel kan geen plicht tot het vragen van bijkomende inlichtingen worden gelezen. Weliswaar is het tijdsverloop tussen de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet en het nemen van de bestreden beslissing niet aan de verzoekende partijen te wijten, doch artikel 9ter van de vreemdelingenwet voorziet niet dat het bestuur een aanvraag die overeenkomstig deze wetsbepaling wordt ingediend, moet onderbouwen. Deze verplichting berust bij de aanvragers zelf. Het komt bijgevolg aan de verzoekende partijen zelf toe om hun aanvraag om tot een verblijf te worden gemachtigd, te onderbouwen met bewijskrachtige stukken, en niet aan het bestuur." (R.v.V. nr. 90 755 van 30 oktober 2012) Terwijl de verzoekende partij niet dienstig kan betwisten dat ze in het kader van haar aanvraag tot verblijfsmachtiging overeenkomstig artikel 9ter van de Vreemdelingenwet de redelijke mogelijkheid heeft gehad om alle relevante informatie op nuttige wijze voor te leggen. Het zorgvuldigheidsbeginsel bij feitenvinding houdt in dat het bestuur slechts na een behoorlijk onderzoek van de zaak en met kennis van alle relevante gegevens een beslissing mag nemen. Dit impliceert niet dat verzoekers mondeling

dienden te worden gehoord, maar dat zij de mogelijkheid moeten hebben gekregen om bepaalde inlichtingen op een nuttige wijze naar voor te brengen.” (R.v.St. nr. 95.805 van 23 mei 2001) De ambtenaar-geneesheer heeft het medisch dossier van betrokkene grondig onderzocht, maar komt tot de conclusie dat zij niet in aanmerking komt om gemachtigd te worden tot verblijf om medische redenen. In het advies van 18.10.2018 werd als volgt geconcludeerd:

“Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat 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 Somalië. Derhalve is er vanuit medische standpunt ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Somalië.” In zoverre verzoeker tenslotte een schending van artikel 3 E.V.R.M. aanvoert kan nog worden opgemerkt dat dit slechts in uitzonderlijke gevallen wordt toegepast. Indien verzoeker aanvoert dat hij een dergelijk ernstig en reëel risico loopt, moet hij zijn beweringen staven met een begin van bewijs. De eenvoudige vrees voor een onmenselijke behandeling op zich volstaat niet om een inbreuk uit te maken op artikel 3 van het E.V.R.M. (R.v.St., nr. 174.184 van 30 augustus 2007). De uiteenzetting van verzoekende partij kan niet leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing, die slechts kan worden uitgesproken voor zover zou zijn aangetoond als zou de bestreden beslissing een hetzij substantiële, hetzij op straffe van nietigheid voorgeschreven vorm overtreden, hetzij een overschrijding of afwending van de macht inhouden. Het middel is onontvankelijk, minstens ongegrond. Het kan niet worden aangenomen.”

2.3. Gelet op de onderlinge samenhang tussen beide middelen, acht de Raad het in deze zaak passend om beide middelen samen te bespreken.

De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, die onder meer stellen dat beslissingen met redenen omkleed moeten zijn, en de in artikel 62 van de vreemdelingenwet vervatte motiveringsplicht, hebben tot doel de betrokkene een zodanig inzicht in de motieven van de beslissing te verschaffen, dat hij in staat is te weten of het zin heeft zich tegen die beslissing te verweren met de middelen die het recht hem verschaft. Ze verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een “afdoende” wijze. Het begrip “afdoende” impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. De bestreden beslissing geeft duidelijk het determinerend motief aan op grond waarvan deze werd genomen. In de motivering van de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, namelijk artikel 9ter van de vreemdelingenwet en naar het feit dat de aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van deze bepaling ongegrond wordt verklaard omdat het aangehaalde medische probleem niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet te bekomen. Er wordt hierbij verwezen naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 18 oktober 2018, dat samen met de bestreden beslissing aan de verzoekende partij wordt betekend en waarvan de motieven deel uitmaken van de bestreden beslissing.

De plicht tot uitdrukkelijke motivering houdt evenwel niet in dat de beslissende administratieve overheid de motieven van de gegeven redenen van de beslissing moet vermelden. Zij dient dus niet “verder” te motiveren, zodat derhalve de uitdrukkelijke motivering niet inhoudt dat de beslissende overheid voor elke overweging in haar beslissing “het waarom” of “uitleg” dient te vermelden.

Tevens dient te worden opgemerkt dat indien een beslissing gemotiveerd is met algemene overwegingen of zelfs een voorbeeld zou zijn van een gestandaardiseerde, stereotiepe en geijkte motivering, dit louter feit op zich nog niet betekent dat de bestreden beslissing niet naar behoren gemotiveerd is (RvS 27 oktober 2006, nr. 164.171 en 27 juni 2007, nr. 172.821).

Waar de verzoekende partij aanvoert dat zij niet in staat is om de motivering van de bestreden beslissing te begrijpen nu in het advies van de ambtenaar-geneesheer wordt verwezen naar gegevens uit de niet-publieke MedCOI-databank, wijst de Raad er vooreerst op dat de verzoekende partij niet betwist dat zij in kennis werd gesteld van het advies van de ambtenaar-geneesheer van 18 oktober 2018.

Dit advies luidt als volgt:

“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 10-11 -2016.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- medisch getuigschrift opgesteld op 13-5-2016 door Dr. V. (...), huisarts, met als diagnose: metabool syndroom met overgewicht, hypertensie, hyperlipidemie en diabetes type 2, bij 42-jarige dame uit Somalië, behandeld medicamenteus met Coversyl, D-cure, Metformine, Uni Diamicron, Simvastatine en Escitalopram. In de voorgeschiedenis is er ook een Vit-D gebrek gedocumenteerd

- tweede medisch attest van 14-11-2016 van Dr. A. (...), huisarts met vermelding van diabetes type II ernstig met als behandeling Metformine, Uni Diamicron, Coversyl en Simvastatine. De nevendiagnoses overgewicht, hypertensie, hyperlipidemie en Vit D gebrek werden niet meer vermeld. De substitutie van Vit D was ondertussen gestopt

Het betreft hier een 42 jarige Somalische dame met als voornaamste probleem diabetes type II die medicamenteus behandeld wordt door de huisarts. De eerder vermelde syndromen kunnen kaderen in het totaal beeld van de Diabetes problematiek. Er is geen vermelding van complicaties. Specialistische onderzoeken en verdere observatie ter staving van het dossier zijn afwezig. De recente medicatie bestaat uit Metformine, Unidiamicron,, Coversyl en Simvastatine en Perindopril.

De betrokkene is mobiel en in staat tot reizen.

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:

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.

Aanvraag Medcoi van 3-8-2017 met het unieke referentienummer BMA 8306 Aanvraag Medcoi van 3-8-2017 met het unieke referentienummer BMA 8264

2. De noodzakelijke medicatie is voorhanden zoals aangetoond in bijlage 2 namelijk: Metformine, Unidiamicron (gliclazide), Simvastatine en Perindopril

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat het hier gaat om een obese dame van 42 jaar van Somalische afkomst met een ongecompliceerde vorm van Diabetes type 2 , medicamenteus behandeld. De gewenste opvolging zowel ambulant als eventueel door een endocrinoloog in een medisch centrum is beschikbaar eveneens als de antidiabetes medicatie: Metformine, Gliclazide, evenals Simvastatine en Perindopril voor de nevenpathologie (hypercholesterolemie en hypertensie).

Bijkomend dienen we te vermelden dat de eerste keuze behandeling voor diabetes 2 hygiënische maatregelen zijn zoals beweging, gewichtscontrole. Deze maatregelen garanderen eveneens een goede outcome.

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

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

De gezondheidszorg in Somalië is meestal in private handen. Het Ministerie van Volksgezondheid van de federale overheid is verantwoordelijk. In maart 2013 heeft de overheid het "Health Sector Strategie Plan HSSPs ongericht met als doel een algemene basis gezondheidszorg aan te bieden aan de bevolking. Ondanks het feit dat Somalië een zeer beperkt gezondheidssysteem heeft in vergelijking met andere Afrikaanse landen en de toegankelijkheid voor de bevolking zeer beperkt is, kunnen we in het kader van diabetes verwijzen naar het WHO rapport over diabetes van 2016 dat de opvolging door een endocrinoloog en de noodzakelijke

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' 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: <http://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.allianzglobal-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 vastgestelde 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.

orale antidiabetica en medicatie beschikbaar is en toegankelijk in het Somali Diabetes Management and Information center in Mogadishu. Deze behandeling is wel voor eigen rekening.²

Verzoekster legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong.

Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene verliet in 2015 haar thuisland. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Somalië geen vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Bij haar asielrelaas verklaarde zij bovendien dat zij 8500 dollar betaalde voor haar reis naar België, wat eveneens een zekere financiële zelfredzaamheid doet vermoeden.³

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 Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand 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.⁴

Conclusie;

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat 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 Somalië. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Somalië.

2 Belgian desk of Accessibility. BDA-20171030-SO-6652, 1-10-2018.
<https://www.medcoi.eu/Source/Detail/11380>

3 Zie administratief dossier betrokkene.

4 IOM International Organization for Migration”

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer op basis van de door de verzoekende partij aangeleverde medische attesten concludeert dat zij lijdt aan diabetes type II, waarmee verschillende syndromen gepaard gaan. Zij wordt medicamenteus behandeld en opgevolgd door een arts. Op grond van de informatie uit de MedCOI-databank, meer bepaald de documenten met referentenummers 8306 en 8264 van 3 augustus 2017, komt de ambtenaar-geneesheer tot de conclusie dat de noodzakelijk geachte behandeling en opvolging in Somalië beschikbaar en toegankelijk is.

De verzoekende partij kan niet verwachten dat de MedCOI-informatie samen met de bestreden beslissing aan hen ter kennis had moeten worden gebracht.

Ter verduidelijking kan worden verwezen naar voetnoot (1) van het advies, waarin wordt uiteengezet dat het MedCOI-project een initiatief is van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), heden 15 partners telt (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en gefinancierd wordt door het European Refugee Fund. 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.

Waar de verzoekende partij stelt dat zij op geen enkele manier kan nagaan of de nodige medicatie en opvolging wel degelijk beschikbaar is in Somalië omdat de informatie waarop het advies is gebaseerd afkomstig is uit een niet-publieke databank, wijst de Raad erop dat de documentatie uit genoemde databank met genoemde referentenummers zich in het administratief dossier bevindt en dat de verzoekende partij zo zij dit nodig achtte deze op eenvoudig verzoek had kunnen consulteren. De verzoekende partij had aldus de kans de stukken in te kijken indien zij dit wenste. Zij voert verder niet aan dat haar dit werd verhinderd. Ondanks het feit dat de informatie uit de MedCOI databank niet publiek toegankelijk is, zoals in de bestreden beslissing overigens uitdrukkelijk wordt aangegeven zoals hoger uiteengezet, kon de verzoekende partij kennis nemen van de specifieke stukken waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd in zijn onderzoek naar de beschikbaarheid van de noodzakelijke zorgen voor de diabetes type 2 waaraan de verzoekende partij lijdt. De ambtenaar-geneesheer mag wel degelijk verwijzen naar informatie uit deze niet publieke databank. De verzoekende partij geeft verder niet aan waaruit zij een plicht zou afleiden om deze informatie ook aan de bestreden beslissing toe te voegen.

De Raad herhaalt dat in zoverre de verzoekende partij zou menen dat een verwijzing naar een niet-publieke databank niet volstaat, in het advies zelf in voetnoot wordt verduidelijkt wat het MedCOI project inhoudt en hoe informatie wordt verschaft over de beschikbaarheid in het land van herkomst.

De verzoekende partij maakt niet duidelijk op welk punt de motivering van de bestreden beslissing in samenlezing met het advies van de ambtenaar-geneesheer haar niet in staat stelt om te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen derwijze dat hierdoor niet zou zijn voldaan aan het doel van de formele motiveringsplicht (RvS 26 maart 2002, nr. 105.103). Een schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt niet aannemelijk gemaakt.

Uit het verzoekschrift blijkt tevens dat de verzoekende partij de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht in voorliggende zaak is bereikt en de verzoekende partij bijgevolg de schending van de materiële motiveringsplicht aanvoert, zodat dit onderdeel van de middelen vanuit dat oogpunt wordt onderzocht. Nazicht van de materiële motivering vergt in voorliggende zaak een onderzoek in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarvan zij eveneens de schending aanvoert.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen is niet bevoegd om, in het kader van de beoordeling van de materiële motivering van de bestreden beslissingen, 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 onredelijk tot haar besluit is gekomen (cfr. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet, op grond waarvan de bestreden beslissing werd genomen, luidt ten tijde van het nemen van deze beslissing als volgt:

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

Deze bepaling houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat er 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 dus 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).

Artikel 9ter, § 1, laatste lid van de vreemdelingenwet bepaalt verder:

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

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 (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)).

De Raad wijst erop dat uit de bewoordingen van artikel 9ter, § 1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet blijkt dat de ambtenaar-geneesheer indien hij dit nodig acht de vreemdeling kan onderzoeken. Van enige verplichting om de betrokkene aan een fysiek onderzoek te onderwerpen of een advies in te winnen is dan ook geen sprake. Het behoort bijgevolg tot de discretionaire bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer om te oordelen of hij het nodig acht om de betrokkene aan een bijkomend fysiek medisch onderzoek te onderwerpen. De Raad kan deze beoordeling niet overdoen, maar deze enkel

onwettig bevinden wanneer zij zou getuigen van een kennelijk onredelijk handelen of wanneer bij de medische beoordeling essentiële elementen uit het dossier zouden zijn miskend. De verzoekende partij toont dit echter niet aan. Tevens wordt erop gewezen dat overeenkomstig artikel 9ter, § 1, derde lid, van de vreemdelingenwet het de vreemdeling toekomt om samen met zijn aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in het land van herkomst of het land waar hij verblijft over te maken aan de verwerende partij.

Uit de bewoordingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet kan verder geen verplichting worden afgeleid om bijkomend advies in te winnen van deskundigen. Hoewel artikel 9ter, §1 van de vreemdelingenwet erin voorziet dat de ambtenaar-geneesheer indien hij dit nodig acht "*de vreemdeling (kan) onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen*", is hij hiertoe zoals gesteld niet verplicht (cf. RvS 29 oktober 2010, nr. 208.585; RvS 16 april 2012, nr. 8348 (c)). Artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet voorziet zoals gesteld weliswaar dat het bestuur bijkomende inlichtingen kan vragen maar in de bewoordingen van dit artikel kan geen plicht tot het vragen van bijkomende inlichtingen worden gelezen. De keuze om beroep te doen op een deskundige of om bijkomend medisch advies in te winnen, behoort tot de autonome appreciatie van de ambtenaar-geneesheer en de bewijslast inzake de medische verblijfsaanvraag blijft in de eerste plaats op de aanvrager zelf rusten. Het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische elementen, inclusief de medische attesten die worden voorgelegd bij de aanvraag, behoren uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer die hierbij volledig wordt vrij gelaten. Het behoort tevens tot de uitsluitende bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer om te oordelen of hij de voorgelegde attesten voldoende acht om een advies te kunnen verstrekken nopens het in artikel 9ter, §1 van de vreemdelingenwet vermelde risico en de mogelijkheden van behandeling in het land van oorsprong of het land waar de vreemdeling verblijft. De verzoekende partij maakt niet met concrete argumenten aannemelijk dat het onzorgvuldig was waar de ambtenaar-geneesheer haar niet persoonlijk onderzocht dan wel geen verdere informatie opvroeg. De verzoekende partij geeft ook niet aan dat zij, indien hierom verzocht, nog verdere, nuttige informatie had kunnen aanbrengen.

Het loutere feit dat de ambtenaar-geneesheer een andere mening is toegedaan dan de behandelende arts is overigens op zich niet voldoende om de bestreden beslissing te vernietigen. Bovendien lijkt de verzoekende partij eraan voorbij te gaan dat de ambtenaar-geneesheer wel degelijk besluit dat de medische aandoening van de verzoekende partij een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit als zij niet adequaat wordt behandeld of opgevolgd, maar dat er in haar geval geen reëel risico is nu de noodzakelijke behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Somalië, bevindingen die de verzoekende partij niet vermag te weerleggen (zie verder). De verzoekende partij maakt verder ook niet duidelijk waaruit zij afleidt dat er sprake is van een tegenstrijdigheid tussen de behandelende artsen en de ambtenaar-geneesheer. Geenszins blijkt dat de ambtenaar-geneesheer alle vaststellingen van de behandelende artsen in twijfel trekt, zoals de verzoekende partij voorhoudt. Beiden trekken in geen geval het bestaan van de aandoening en de noodzaak aan behandeling en opvolging in twijfel.

De Raad wijst er vervolgens op dat de ambtenaar-geneesheer niet verplicht is om zich met een gespecialiseerd arts in verbinding te stellen. In zoverre de verzoekende partij zich afvraagt of de ambtenaar-geneesheer voldoende vakken heeft om zich uit te spreken over de medische problematiek, miskent zij de adviesbevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer die is vastgelegd in artikel 9ter van de vreemdelingenwet (cf. RvS 6 november 2013, nr. 225.353). De ambtenaar-geneesheer heeft in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet een specifieke controletaak, die uiteraard volledig losstaat van de genezende taak van de behandelende arts van de betrokken vreemdeling.

Waar de verzoekende partij verwijst naar het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek nr. 65 van 9 mei 2016 en meent dat het een schending van de Code Geneeskundige Plichtenleer uitmaakt dat geen advies werd ingewonnen bij de behandelende arts en dat de verzoekende partij niet werd onderzocht door de ambtenaar-geneesheer, wordt opgemerkt dat deze Code als doel heeft de geneesheren een gids of leidraad aan te reiken om hun beroep op een professionele, waardige en respectvolle manier in te vullen en uit te oefenen. Voor de patiënten en hun omgeving vormt de Code der Geneeskundige Plichtenleer een waarborg dat gestreefd wordt naar een correcte en integere uitoefening van de geneeskunst. De Code van de Geneeskundige Plichtenleer werd evenwel nooit als algemeen bindend verklaard, noch vermag de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren door middel van de adviezen bindende regels opleggen. Er wordt voorts op gewezen dat de Raad geen

wettigheidscontrole kan uitoefenen inzake een medische deontologische code die een gids of leidraad betreft en disciplinaire gedragsregels omvat en geen wetgeving noch juridisch bindende norm uitmaakt. De in de medische deontologische code geopperde disciplinaire principes, voorschriften en gedragsregels maken nog geen afdwingbare wetgeving uit, zodat de verzoekende partij zich hierop niet kan beroepen om de onwettigheid van de bestreden beslissing aan te voeren. Een eventuele niet-naleving van een disciplinaire 'code' vervat in de geneeskundige plichtenleer kan niet tot de onwettigheid van de bestreden beslissing leiden. Dit onderdeel van het betoog is dus niet dienstig.

Waar de verzoekende partij meent dat de bestreden beslissing een inbreuk vormt op artikel 3 van het EVRM wijst de Raad op het volgende. Artikel 3 van het EVRM bepaalt:

“Verbod van foltering Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.”

In de zaak N. vs. het Verenigd Koninkrijk van 27 mei 2008, Grote Kamer, nr. 265.855, hanteert het Hof een aantal principes met betrekking tot ernstig zieke vreemdelingen. In dit principiearrest geeft het Hof een overzicht van zijn jarenlange consistente rechtspraak sinds het arrest D. vs. The United Kingdom (EHRM 2 mei 1997, nr. 30240/96) waarbij het vervolgens duidelijk de principes vaststelt die zij aanwendt met betrekking tot ernstig zieke vreemdelingen.

“42. In summary, the Court observes that since D. v. the United Kingdom, it has consistently applied the following principles.

Aliens who are subject to expulsion cannot in principle claim any entitlement to remain in the territory of a Contracting State in order to continue to benefit from medical, social or other forms of assistance and services provided by the expelling State. The fact that the applicants circumstances, including his life expectancy, would be significantly reduced if he were to be removed from the Contracting State is not sufficient in itself to give rise to a breach of Article 3. The decision to remove an alien who is suffering from a serious mental or physical illness to a country where the facilities for the treatment of that illness are inferior to those available in the Contracting State may raise an issue under Article 3, but only in a very exceptional case, where the humanitarian grounds against the removal are compelling. In the D. case the very exceptional circumstances were that the applicant was critically ill and appeared to be close to death, could not be guaranteed any nursing or medical care in his country of origin and had no family there willing or able to care for him or provide him with even a basic level of food shelter or social support.

43. The Court does not exclude that there may be other very exceptional cases where the humanitarian considerations are equally compelling. However, It considers that It should maintain the high threshold set in D. v. the United Kingdom and applied in its subsequent case-law, which it regards as correct in principle, given that in such cases the alleged future harm would emanate not from the intentional acts or omissions of public authorities or non-State bodies, but instead from a naturally occurring illness and the lack of sufficient resources to deal with in the receiving country.

44. Although many of the rights it contains have implications of a social or economic nature, the Convention is essentially directed at the protection of civil and political rights (Airey v. Ireland, judgment of 9 October 1979, Series A n°. 32, § 26). Furthermore, inherent in the whole of the Convention is a search for a fair balance between the demands of the general interest of the community and the requirements of the protection of the individuals fundamental rights (see Soering v. the United Kingdom, judgment of 7 July 1989, Series A n°. 161, § 89). Advances In medical science, together with social and economic differences between countries, entail that the level of treatment available in the Contracting State and the country of origin may vary considerably. While It is necessary, given the fundamental importance of Article 3 of the Convention system, for the Court to retain a degree of flexibility to prevent expulsion in very exceptional cases,

Article 3 does not place an obligation on the Contracting State to alleviate such disparities through the provision of free and unlimited health care to all aliens without a right to stay within its jurisdiction. A finding to the contrary would place too great a burden on the Contracting States.

45. Finally, the Court observes that, although the present application, in common with most of those referred to above, is concerned with the expulsion of a person with an HIV and AIDS-related condition, the same principles must apply in relation to the expulsion of any person afflicted with any serious, naturally occurring physical or mental illness which may cause suffering, pain and reduced life expectancy and require specialized medical treatment which may not be so readily available in the applicant's country of origin or which may be available only at substantial cost.”

Vervolgens past het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zetelend in Grote Kamer deze principes toe op de hem voorliggende zaak.

“4. Application of the above principles to the present case

46. *The Court observes at the outset that, although the applicant applied for, and was refused, asylum in the United Kingdom, she does not complain before the Court that her removal to Uganda would put her at risk of deliberate, politically motivated ill-treatment. Her claim under Article 3 is based solely on her serious medical condition and the lack of sufficient treatment available for it in her home country.*

47. *In 1998 the applicant was diagnosed as having two AIDS defining illnesses and a high level of immunosuppression. As a result of the medical treatment she has received in the United Kingdom her condition is now stable. She is fit to travel and will remain fit as long as she continues to receive the basic treatment she needs. The evidence before the national courts indicate however, that if the applicant were to be deprived of her present medication her condition would rapidly deteriorate and she would suffer ill-health, discomfort, pain and death within a few years (see paragraphs 14-17 above).*

48. *According to information collated by the World Health Organization (see paragraph 19 above), antiretroviral medication is available in Uganda, although through lack of resources it is received by only half of those in need. The applicant claims that she would be unable to afford the treatment and that it would not be available to her in the rural area from which she comes. It appears that she has family members in Uganda, although she claims that they would not be willing or able to care for her if she were seriously ill.*

49. *The United Kingdom authorities have provided the applicant with medical and social assistance at public expense during the nine-year period it has taken for her asylum application and claims under Articles 3 and 8 of the Convention to be determined by the domestic courts and this Court. However, this does not in itself entail a duty on the part of the respondent State to continue so to provide for her.*

50. *The Court accepts that the quality of the applicant's life, and her life expectancy, would be affected if she were returned to Uganda. The applicant is not, however, at the present time critically ill. The rapidity of the deterioration which she would suffer and the extent to which she would be able to obtain access to medical treatment, support and care, including help from relatives, must involve a certain degree of speculation, particularly in view of the constantly evolving situation as regards the treatment of HIV and AIDS worldwide.*

51. *In the Court's view, the applicant's case cannot be distinguished from those cited in paragraphs 36-41 above. It does not disclose very exceptional circumstances, such as in D. v. the United Kingdom (cited*

above), and the implementation of the decision to remove the applicant to Uganda would not give rise to a violation of Article 3 of the Convention.”

De strenge principes die het Hof sinds voornoemd arrest D. vs. The United Kingdom in medische zaken hanteert, werden bijgevolg in 2008 bevestigd door de Grote Kamer van het EHRM. De zaak N. vs. The United Kingdom handelde over de uitzetting van een hiv-positieve vrouw van het Verenigd Koninkrijk naar Oeganda. Zonder medicatie en behandeling zou haar levensverwachting volgens dokters ongeveer een jaar bedragen. Het Hof benadrukte dat er slechts sprake kan zijn van een schending van artikel 3 van het EVRM in het zeer uitzonderlijk geval (“a very exceptional case”), wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn (EHRM 27 mei 2008, grote kamer, N. vs. Verenigd Koninkrijk, § 42). Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens oordeelde dat artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens niet het recht waarborgt om op het grondgebied van een Staat te blijven louter om de reden dat die Staat betere medische verzorging kan verstrekken dan het land van herkomst: de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand of de levensverwachting van de betrokkene beïnvloedt, volstaat niet om een schending van die bepaling op te leveren. Enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, kan een schending van artikel 3 van het Europees Verdrag aan de orde zijn (EHRM, grote kamer, 27 mei 2008, N. t. Verenigd Koninkrijk, § 42).

De Grote Kamer handhaafde dan ook de hoge drempel, die door D. vs. The United Kingdom werd gesteld. Het EVRM is volgens het Hof immers essentieel gericht op de bescherming van burgerlijke en politieke rechten. Volgens het Hof kan artikel 3 van het EVRM niet beschouwd worden als een verplichting voor de verdragspartijen om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen. In casu oordeelde het Hof dat uit de beschikbare informatie bleek dat antiretrovirale middelen in principe beschikbaar zijn in Oeganda – al geraakten ze wegens een gebrek aan middelen vaak maar bij de helft van de personen die deze nodig hadden – en zouden ze niet beschikbaar zijn in verzoeksters rurale streek van afkomst en zou ze deze middelen naar eigen zeggen niet kunnen betalen

noch zou zij op de steun en zorg van de in Oeganda aanwezige familieleden kunnen rekenen. Op het moment van de behandeling van de zaak was haar gezondheidstoestand niet kritiek, de snelheid van haar achteruitgang was volgens het Hof onderhevig aan een bepaalde graad van speculatie. De Grote Kamer kwam tot de conclusie dat er geen sprake was van de zeer uitzonderlijke omstandigheden zoals in voornoemd arrest *D. vs. The United Kingdom* en besloot dat haar uitzetting niet in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM.

Het Hof heeft bijgevolg een zeer bewuste keuze gemaakt om in Grote Kamer de hoge drempel zoals gehanteerd sinds voornoemd arrest *D. vs. The United Kingdom* te behouden. In *D. vs. The United Kingdom* waren de zeer uitzonderlijke omstandigheden volgens het Hof: *“only in a very exceptional case, where the humanitarian grounds against the removal are compelling. In the D. case the very exceptional circumstances were that the applicant was critically ill and appeared to be close to death, could not be guaranteed any nursing or medical care in his country of origin and had no family there willing or able to care for him or provide him with even a basic level of food, shelter or social support.”*

Door zelf een overzicht van zijn rechtspraak te geven van 1997 tot aan dit arrest en door zelf de principes op te sommen die hieruit moeten worden afgeleid, laat het Hof er geen twijfel meer over bestaan hoe uitzonderlijk de situatie van een ernstig zieke moet zijn alvorens zijn uitzetting in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM.

Illustratief hiervoor is dat sinds *D. vs. The United Kingdom* geen enkele schending van artikel 3 van het EVRM meer werd aanvaard door het Hof inzake de uitzetting van ernstig zieken.

In de zaak *Paposhvili t. België* van 13 december 2016 bevestigt de Grote Kamer van het EHRM de principes die in de zaak *N. t. Verenigd Koninkrijk* worden gehanteerd en verfijnt het Hof verder in overweging 183 als volgt: *“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.*

Aldus blijkt uit §183 van genoemd arrest dat onder “andere uitzonderlijke gevallen” wordt begrepen de situaties, zonder dat er sprake is van onmiddellijk en nakend levensgevaar, waarbij er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland. Slechts in dergelijk geval weerhield de Grote Kamer van het Hof een schending van artikel 3 van het EVRM en werd aldus de hoge drempel van artikel 3 van het EVRM in het geval van ernstig zieke vreemdelingen bevestigd.

Daargelaten het feit dat de bestreden beslissing geen verwijderingsmaatregel betreft zodat de vraag rijst of een schending van artikel 3 van het EVRM dienstig kan worden aangevoerd, stelt de Raad vast dat de verzoekende partij omtrent de vermeende schending van deze bepaling slechts betoogt dat de verwerende partij geen onderzoek heeft gevoerd naar de aanwezigheid van adequate zorg in Somalië. De Raad kan volstaan met het verwijzen naar het hoger geciteerde advies van de ambtenaar-geneesheer, waarin op omstandige en gedocumenteerde wijze wordt toegelicht dat de noodzakelijke behandeling en opvolging voor diabetes type 2 beschikbaar en toegankelijk is in Somalië. Het feit dat de verzoekende partij het hier niet mee eens is, is niet van aard deze motivering te weerleggen.

Zij verwijst verder slechts naar de uiteenzetting in haar aanvraag waaruit zij meent te kunnen afleiden dat de adequate behandeling niet beschikbaar en toegankelijk is in Somalië en herhaalt dit betoog, waarin wordt ingegaan op het feit dat de gezondheidszorg in België beter is dan in Somalië en het gebrek aan gepaste infrastructuur voor de behandeling van hypertensie terwijl de helft van de volwassenen hieraan zou leiden. De Raad stelt vast dat omtrent deze bezorgdheden het volgende werd geantwoord in het advies van de ambtenaar-geneesheer:

“Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat het hier gaat om een obese dame van 42 jaar van Somalische afkomst met een ongecompliceerde vorm van Diabetes type 2 , medicamenteus behandeld. De gewenste opvolging zowel ambulant als eventueel door een endocrinoloog in een medisch centrum is beschikbaar eveneens als de antidiabetes medicatie: Metformine, Gliclazide, evenals Simvastatine en Perindopril voor de nevenpathologie (hypercholesterolemie en hypertensie).

Bijkomend dienen we te vermelden dat de eerste keuze behandeling voor diabetes 2 hygiënische maatregelen zijn zoals beweging, gewichtscontrole. Deze maatregelen garanderen eveneens een goede outcome.”

en:

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

Betrokkene haalt aan dat België verder staat qua technologie om diabetes te behandelen dan Somalië.. Een verblijfstitel kan echter niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn 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 gezondheidszorg in Somalië is meestal in private handen. Het Ministerie van Volksgezondheid van de federale overheid is verantwoordelijk. In maart 2013 heeft de overheid het "Health Sector Strategie Plan HSSPs ongericht met als doel een algemene basis gezondheidszorg aan te bieden aan de bevolking. Ondanks het feit dat Somalië een zeer beperkt gezondheidssysteem heeft in vergelijking met andere Afrikaanse landen en de toegankelijkheid voor de bevolking zeer beperkt is, kunnen we in het kader van diabetes verwijzen naar het WHO rapport over diabetes van 2016 dat de opvolging door een endocrinoloog en de noodzakelijke orale antidiabetica en medicatie beschikbaar is en toegankelijk in het Somali Diabetes Management and Information center in Mogadishu. Deze behandeling is wel voor eigen rekening.

Verzoekster legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong.

Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene verliet in 2015 haar thuisland. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Somalië geen vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Bij haar asielrelaas verklaarde zij bovendien dat zij 8500 dollar betaalde voor haar reis naar België, wat eveneens een zekere financiële zelfredzaamheid doet vermoeden.³

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 Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand 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.”*

De verzoekende partij maakt met haar betoog, dat een herhaling betreft van een deel van haar aanvraag, niet concreet dat zij zelf in Somalië problemen zal ondervinden in de toegang tot de noodzakelijke zorgen voor de diabetes waar ze aan lijdt, en dit in weerwil met het verstrekte advies. De Raad kan nog aanstippen dat, zoals ook in het advies wordt vermeld, de beoordeling van de

behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst en de toegankelijkheid ervan, zoals bedoeld in artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, geen verplichting inhoudt voor de ambtenaar-geneesheer om zich ervan te vergewissen dat de medische behandeling die in een bepaald land kan worden verstrekt van een niveau is dat identiek of vergelijkbaar is met dat in België. De Raad kan overigens ook benadrukken dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet vereist dat de noodzakelijk geachte medische behandeling gratis verstrekt moet worden. De verzoekende partij brengt in haar middel niets in tegen de overweging uit het advies dat geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voorligt waardoor zij in staat moet worden geacht voor de kosten in te kunnen staan. Zij betwisten evenmin de stelling van de ambtenaar-geneesheer dat het erg onwaarschijnlijk is dat zij in Somalië geen familie of kennissen zou hebben bij wie zij terecht zou kunnen voor(tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de noodzakelijke zorgen. Bovendien weerleggen zij niet dat zij eventueel een beroep zou kunnen doen op het Re-integratiefonds van het IOM om de re-integratie in hun land van herkomst te vergemakkelijken.

Uit de bestreden beslissing blijkt dat de verwerende partij zich heeft gebaseerd op het verslag van de ambtenaar-geneesheer en dat deze laatste rekening heeft gehouden met alle door de verzoekende partij bijgebrachte medische stukken. Het loutere feit dat de verzoekende partij het niet eens is met de bestreden beslissing maakt geen grond tot vernietiging uit.

De verzoekende partij maakt derhalve met het voorgaande niet aannemelijk dat de bestreden beslissing is genomen op grond van onjuiste gegevens, op kennelijk onredelijke wijze of met overschrijding van de ruime bevoegdheid waarover de verwerende partij beschikt. Deze vaststelling volstaat om de bestreden beslissing te schragen. De schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de materiële motiveringsplicht en van artikel 3 van het EVRM wordt niet aannemelijk gemaakt.

Met betrekking tot de aangevoerde schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, wijst de Raad erop dat dit beginsel de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 14 februari 2006, nr. 154.954; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het betreffende dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken. De verzoekende partij voert geen andere argumenten aan dan deze die hoger werden besproken zodat haar grief samenvalt met het voorgaande. Dit onderdeel van het middel is ongegrond.

Het redelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer men op zicht van de motieven zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot het maken van die keuze is kunnen komen. Met andere woorden, men moet voor een beslissing staan waarvan men ook na lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk genomen is. Het redelijkheidsbeginsel staat de rechter niet toe het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te vinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat doordat de verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (RvS 20 september 1999, nr. 82 301). Dit is niet het geval.

Beide middelen zijn 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 vijftientwintig april tweeduizend negentien door:

mevr. J. CAMU,

kamervoorzitter,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

J. CAMU