



Arrest

nr. 224 494 van 31 juli 2019
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. VRIJENS
Kortrijksesteenweg 641
9000 GENT

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Congolese (D.R.C.) nationaliteit te zijn, op 9 april 2019 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 30 januari 2019, 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 ontvankelijk, doch ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 30 januari 2019 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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 beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 12 april 2019 met referthenummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 7 mei 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 29 mei 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die *loco* advocaat B. VRIJENS verschijnt voor de verzoekende partij en van attaché E. VANMECHELEN, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 7 november 2018 dient verzoekster een aanvraag in 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 (hierna: de vreemdelingenwet).

Op 30 januari 2019 wordt voormelde aanvraag door de gemachtigde van de bevoegde minister (hierna: de gemachtigde) ontvankelijk, doch ongegrond verklaard. Op 13 maart 2019 wordt deze beslissing ter kennis gebracht aan verzoekster.

Het betreft de eerste bestreden beslissing, waarvan de motivering luidt als volgt:

“(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 07.11.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

N., T. B. (R.R.: ...)

nationaliteit: Congo (Dem. Rep.)

geboren te mueka op (...)1957

adres: (...) Gent

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

Reden(en):

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

De medische elementen aangehaald door N. T. B. konden niet weerhouden worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 17.01.2019)

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).

(...)”

Op 30 januari 2019 neemt de gemachtigde eveneens de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, ook ter kennis gebracht op 13 maart 2019 aan verzoekster.

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

“(...)

De mevrouw,

Naam + voornaam: N., T. B.

geboortedatum: (...)1957

geboorteplaats: mueka

nationaliteit: Congo (Dem. Rep.)

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 30 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

Het bevel om het grondgebied te verlaten wordt afgegeven in toepassing van artikel(en) van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en volgende feiten:

o Krachtens 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 niet in bezit van een geldig visum. (...)"

2. Over de rechtspleging

Verzoekster heeft binnen de in artikel 39/81, vierde lid, van de vreemdelingenwet voorziene termijn van 8 dagen, de griffie in kennis gesteld dat zij geen synthesememorie wenst neer te leggen. Met toepassing van artikel 39/81, laatste lid van voormelde wet wordt de procedure voortgezet overeenkomstig het eerste lid. De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) doet uitspraak op basis van de middelen uiteengezet in het inleidende verzoekschrift en zonder afbreuk te doen aan artikel 39/60 van de vreemdelingenwet.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een eerste middel voert verzoekster de schending aan van de artikelen 9^{ter} en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van artikel 7, § 1, van het KB van 17 mei 2007 en van de algemene rechtsbeginselen, inzonderheid het beginsel van behoorlijk bestuur, het zorgvuldigheidsbeginsel *“en de kennelijke beoordelingsfout”*.

Verzoekster betoogt als volgt:

“2.1.1. Dat de bestreden beslissing motiveert dat er in casu niet kan worden afgeleid dat verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of hij 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 van gewoonlijk verblijf.

Dat een dergelijke beslissing genomen werd op basis van het advies van de arts-adviseur dd. 17.01.2019 welke stelt dat uit het medisch getuigschrift niet kan worden afgeleid dat verzoekster lijdt aan een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland, zodat er geen bezwaar is tegen een terugkeer van verzoekster naar de DR Congo.

Met betrekking tot de toegankelijkheid van deze zorgen, verwijst de arts-adviseur enerzijds naar informatie verkregen via de niet publieke MedCOI-databank en anderzijds naar informatie waaruit zou blijken dat de DR Congo aan een systeem van mutualiteiten werkt, er een aantal organisaties zouden zijn opgestart, men een aanvraag kan indienen bij het BDOM en er in Congo externe organisaties actief zouden zijn (zoals Caritas, OMS en CTB) die primaire gezondheidszorg aanbieden.

Bovendien gaat de arts-adviseur uit van de veronderstelling dat de dochter van verzoekster haar financiële hulp kan bieden vanuit België en het onwaarschijnlijk zou zijn dat verzoekster in het herkomstland geen familie, vrienden of kennissen zou hebben bij wie zij terecht kan voor de (nodige) financiële opvang en hulp.

2.1.2. Dat de arts-adviseur de aanwezigheid en toegankelijkheid van de nodige medische zorgen voor verzoekster onderzocht heeft door o.m. gebruik te maken van informatie verkregen via de niet publieke MedCOI-databank.

Dit terwijl in de disclaimer van de MedCOI databank duidelijk wordt gesteld dat de geleverde informatie in de databank beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling in slechts één welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling (zie advies arts-adviseur dd. 20.03.2015, p. 2).

Bijgevolg beperkt de informatie uit de MedCOI databank zich slechts tot de aanwezigheid van bepaalde medische zorgen in één instelling en wordt in de databank uiteraard de instelling besproken waar deze zorgen voorhanden zijn.

Een dergelijke informatie is dan ook niet accuraat, nu het perfect mogelijk is dat slechts in één gezondheidsinstelling in de DR Congo bepaalde medische zorgen voorhanden zijn, terwijl deze niet aanwezig zijn in de rest van het land. Aan de hand van een dergelijke zeer beperkte informatie adviezen verstrekken betreffende de aanwezigheid en toegankelijkheid van medische zorgen in de DR Congo is dan ook niet correct.

Bovendien geeft de MedCOI databank geen informatie met betrekking tot de toegankelijkheid van de beschreven behandelingen (zie disclaimer MedCOI-databank, advies arts-adviseur dd. 20.03.2015, p.2).

Bijgevolg is het zeer goed mogelijk dat de in de MedCOI-databank beschreven behandeling enkel financieel toegankelijk is voor de rijke top laag van de Congolezen (met medische privé-verzekeringen), doch voor gewone burgers volledig onbetaalbaar is.

Tevens is het mogelijk dat een bepaalde medische behandeling voorhanden is in een gezondheidsinstelling, doch niet steeds ononderbroken, wegens bv. onvoldoende stock of gebrekkige leveringen van medicijnen. Ook dienaangaande doet de MedCOI-databank geen uitspraak, zodat de informatie aanwezig in de Med-COI-databank dan ook een onvolledig beeld geeft van de situatie van de medische zorgen in de DR Congo.

Voorts wordt in het medisch advies verwezen naar informatie bekomen van lokale artsen die in het land van herkomst werken en contractueel aangenomen werden door de Medische Adviesdienst van het Nederlands Ministerie van Binnenlandse Zaken.

Ook deze informatie is – net zoals de MedCOI-databank – niet publiek toegankelijk en kan dus onmogelijk gecontroleerd en geverifieerd worden.

Ter zake geldt dezelfde opmerking dat de nodige medische zorgen in hoofde van verzoekster mogelijks wel beschikbaar zijn in het land van herkomst, doch door verweerder geenszins werd aangetoond dat deze ook financieel toegankelijk zijn voor verzoekster!

Dat uit de door de arts-adviseur aangewende bronnen dan ook geenszins kan afgeleid worden of de voor verzoekster levensnoodzakelijke medische behandelingen inderdaad wel toegankelijk en ononderbroken aanwezig zijn in de DR Congo, zodat deze niet kunnen worden weerhouden om zonder meer te stellen dat verzoekster kan behandeld worden in haar land van herkomst.

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van artikel 9ter Vw. en van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de motivering van bestuurshandelingen.

2.1.3. Bovendien wordt door de arts-adviseur onterecht gesteld dat de medische toestand van verzoekster terug gestabiliseerd zou zijn. Verzoekster zou een tijdelijke decompensatie gehad hebben, doch zou terug gecompenseerd zijn.

Uit de medische documenten welke door verzoekster in bijlage worden voorgelegd blijkt evenwel dat verzoekster tevens lijdt aan nierinsufficiëntie en haar nierfunctie verder dient opgevolgd te worden.

Bijgevolg werd door de arts-adviseur enkel de aanwezigheid en toegankelijkheid in de DR Congo van medicatie en artsen onderzocht welke betrekking hebben op de hartproblematiek van verzoekster, doch werd geenszins onderzocht of in Congo ook de nodige nierspecialisten aanwezig zijn, evenals de noodzakelijke medicatie voor de optredende nierinsufficiëntie.

Dat de bestreden beslissing dan ook onvolledig is en niet voldoende gemotiveerd werd.

2.1.4. Dat de arts-adviseur verder aanhaalt dat de DR Congo aan een systeem van 'mutualiteiten' werkt onder toezicht van het Ministerie van Arbeid en Sociale Welvaart. Sinds de lancering in 2012 zouden vele organisaties zijn opgestart, waarbij zich steeds meer Congolezen aansluiten om de kosten van de gezondheidszorg te dragen. De leden die hun maandelijkse bijdragen aan de mutualiteit zouden betalen, zouden in erkende gezondheidscentra terecht kunnen voor eerstelijnszorg, kleine en

middelgrote operaties, oogheelkunde, tandheelkunde, kleine en middelgrote chirurgie, essentiële medicijnen en ziekenhuisopnames van korte termijn.

Evenwel wordt door de arts-adviseur niet onderzocht wie zich bij deze zgn. 'mutualiteiten' kunnen aansluiten, of er instapvoorwaarden zijn, eventuele uitsluitingsgronden voor mensen die reeds een medische aandoening hebben, enz.

Dat er dan ook geenszins zomaar kan gesteld worden dat de nodige medische zorgen voor verzoekster (financieel) toegankelijk zijn, wanneer niet nader wordt onderzocht wat de voorwaarden zijn om zich aan te sluiten bij deze 'mutualiteiten'.

Evenmin wordt nader gespecificeerd wat de voorwaarden zijn om een aanvraag in te dienen bij het 'Bureau des Oeuvres Médicales' (BDOM) dat medische zorgen zou aanbieden tegen een goede prijs/kwaliteitverhouding, noch of de aangehaalde externe organisaties die in Congo actief zouden zijn (zoals Caritas) daadwerkelijk medische zorgen verstrekken. Het advies van de arts-adviseur verstrekt dan ook slechts zeer summere informatie en op basis hiervan kan geenszins besloten worden tot de aanwezigheid en toegankelijk van de voor verzoeker noodzakelijke medische behandelingen. Dat de bestreden beslissing dan ook niet op een zorgvuldige wijze genomen werd.

Aangaande de zorgvuldigheidsplicht dient te worden opgemerkt dat dit beginsel van behoorlijk bestuur de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stoeien op een correcte feitenvinding (RvS 22 maart 2010, nr. 202.182, RvS 21 september 2009, nr. 196.247; RvS 2 februari 2007, nr. 167 411; RvS 14 februari 2006, nr. 154 954).

Een zorgvuldige voorbereiding van de beslissing impliceert dat deze beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheid verplicht de overheid onder meer om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat de overheid met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 maart 2013, nr. 222.953, RvS 28 juni 2012, nr. 220.053).

Verweerder ging evenwel over tot het nemen van een beslissing op basis van onvoldoende informatie betreffende de toegankelijkheid van de voor verzoekster noodzakelijke medische zorgen in de DR Congo, waardoor de bestreden beslissing niet met de nodige zorgvuldigheid werd genomen en zij strijdig is met de algemene rechtsbeginselen van behoorlijk bestuur en de zorgvuldigheidsplicht.

De bestreden beslissing is enerzijds dan ook pertinent onvoldoende gemotiveerd en houdt een schending in van het motiveringsbeginsel en houdt anderzijds een schending in van de zorgvuldigheidsplicht.

2.1.5. Dat bovendien uit objectieve én publiek toegankelijk informatie blijkt dat de kwaliteit van de gezondheidssector in de DR Congo ronduit schrikwekkend is en bovendien maar liefst 70% van de bevolking geen toegang heeft tot gezondheidszorgen :

"According to the United Nations, Congolese people on average manage to get access to health care once every seven years, and they are among the poorest and least healthy people on earth." (Freedom in the World Survey 20081)

Bovendien wordt Democratische Republiek Congo door de UN als 168e gerangschikt in een rangschikking op 169 en dus voorlaatste betreffende de 'Human Development Index' :

"Critical health and social services are nonexistent in many areas, and much of the country's infrastructure has disintegrated. The DRC was ranked 168 out of 169 countries on the UN Development Programme's 2010 Human Development Index." (Freedom in the World – Country Report 2011 : Democratic Republic of Congo, 16 May 2011).

De situatie van de gezondheidszorg in de Democratische Republiek Congo wordt verder in alle andere landenrapporten als ronduit schrikwekkend beschreven :

"a grave concern at the current situation in the health services sector, including the following: "(a) Lack of adequately functioning health centres, particularly in rural areas, and the deplorable conditions and lack of human, medical and financial resources in hospitals;

"(b) High infant, under-five and maternal mortality rates;

"(c) High chronic and acute malnutrition rates, inadequate vaccination rates for childhood illnesses;

"(d) Difficulty for children to access health services due to costs;

"(e) Lack of qualified health practitioners particularly in the east of the country, due mainly to armed conflict in that region; and

"(f) Declining quality of medical and paramedical training in the country." (Committee on the Rights of the Child – Fiftieth session – Summary Record of the 1385th Meeting, 30 January 2009, Date accessed 24 August 20112).

"Medical care is extremely limited. The Centre Prive d'Urgence (CPU) clinic in Kinshasa is able to cope with basic health problems and to stabilise a patient after most serious accidents. Outside Kinshasa, western standard medical facilities are almost non-existent". ("GOV.UK, Foreign travel advice, Democratic Republic of the Congo, health, last updated 22 August 20173).

"Er is sprake van een té hoog sterftecijfer, er is geen zorgaanbod, en als het toch bestaat, hebben de meeste Congolese patiënten er geen toegang toe. Hoewel het in het grootste deel van de Democratische Republiek Congo weer rustig is, blijft de gezondheidssituatie van de Congolezen alarmerend. De voorbije jaren is ze in sommige delen van het land zelfs verslechterd. Dat blijkt uit een nieuw rapport van AZG met als titel "Toegang tot gezondheidszorg. Sterfte en geweld in de DRC"....Niet eens één op de twee patiënten heeft toegang tot basisgezondheidszorg. Volgens het rapport heeft tussen 45% en 67% van alle ondervraagden geen toegang tot basisgezondheidszorg. Daarbij moeten vooral de patiënten opdraaien voor de kosten. En dat terwijl de overgrote meerderheid van de Congolese bevolking minder verdient dan 0,30 dollar per dag en per persoon. De uitgaven voor basiszorg leggen bijgevolg een enorm zware last op de schouders van de gezinnen, die moeten rondkomen met een schraal budget. Patiënten komen vaak pas naar een gezondheidscentrum als ze wanhopig zijn en het te laat is. In die context is het dan ook onaanvaardbaar om de bevolking financieel te laten bijdragen voor gezondheidszorg..."Zelfs een zeer lage forfaitaire bijdrage blijft voor veel patiënten een onoverkomelijke hinderpaal", vervolgt Meinie Nicolai De obstakels zijn echter niet alleen economisch. Door gebrek aan omkadering en financiële steun is de openbare gezondheidszorg op zichzelf aangewezen en kan ze niet tegemoetkomen aan de behoeften van de Congolese patiënten. Het personeel is zo goed als aan zijn lot overgelaten en kan onmogelijk zijn werk in behoorlijke omstandigheden doen. Bovendien krijgen de zieken nog met extra problemen af te rekenen, zoals gebrek aan geneesmiddelen en aan aangepaste transportinfrastructuur om de lange afstanden te overbruggen tussen hun woonplaats en het gezondheidscentrum. Nu de DRC en de internationale gemeenschap zich inzetten voor het overgangsproces en voor de economische heropbouw, mogen de nationale en internationale actoren absoluut niet de ogen sluiten voor de gezondheidsramp die de meerderheid van de Congolese bevolking vandaag nog steeds treft. De toestand vereist drastische maatregelen die gericht zijn op de onmiddellijke noden van de nog altijd lijdende bevolking." (Artsen zonder Grenzen, "rapport azg toont aan dat catastrofe op vlak van gezondheidszorg in congo"voortduurt", 17.03.2017).

Deze recente gegevens tonen aan dat de toestand van de medische zorg in de Democratische Republiek Congo schrijnend is, zodat de stelling van de arts-adviseur dat verzoekster zonder problemen kan behandeld worden in het land van herkomst, geenszins kan worden gevolgd.

Dat verzoekster in haar aanvraag dd. 7 november 2018 ook verwezen heeft naar deze aangehaalde rapporten, doch nergens uit de bestreden beslissing blijkt dat hiermee rekening werd gehouden.

Dat de bestreden beslissing, door geen rekening te houden met deze informatie uit officiële en openbare gespecialiseerde rapporten, dan ook geenszins op een pertinente, individuele en zorgvuldige wijze heeft nagegaan of de voor verzoeker levensnoodzakelijke behandeling in de DR Congo vooreerst in het dagdagelijkse leven wel aanwezig is, doch of zij ook financieel toegankelijk is, los van het eventueel bestaande officiële systeem van 'zgn. mutualiteiten'.

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van het motiveringsbeginsel, het zorgvuldigheidsbeginsel en het beginsel van behoorlijk bestuur.

2.1.6. *Dat de arts-adviseur voorts opmerkt dat de dochter van verzoekster financiële steun kan bieden vanuit België en het erg onwaarschijnlijk zou zijn dat verzoekster in de DR Congo geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht zou kunnen voor de nodige (financiële) opvang en hulp.*

Dat een loutere verwijzing naar de aanwezigheid van familie, vrienden of kennissen in het herkomstland onvoldoende is. Dat de overweging dat verzoekers hulp van hun familie zouden krijgen onvoldoende is als motivering (RVV nr. 96.043, 29 januari 2013).

Door te verwijzen naar de familieleden die de betrokkene heeft in het herkomstland zonder te onderzoeken wat hun financiële situatie is en of ze bereid zijn betrokkene te steunen, toont de Dienst Vreemdelingenzaken niet aan dat ze rekening hield met de individuele toegang tot zorg (RVV nr. 73.792, 23 januari 2012).

Bovendien kan er geenszins worden vanuit gegaan dat verzoekster nog vrienden of kennissen zou hebben in Congo. Verzoekster is immers reeds 62 jaar oud, zodat ervan uit kan worden gegaan dat ook haar eventuele vrienden- en kennissenkring tot een dergelijke leeftijdscategorie behoren. Indien er effectief nog vrienden en kennissen in leven zouden zijn (aangezien het sterftecijfer in Congo veel lager ligt dan in België), kan ervan uit worden gegaan dat deze inmiddels zelf ook hulpbehoevend/ziek zijn en mogelijks mantelzorg behoeven, zodat zij geenszins kunnen instaan voor de opvang en het onderhoud van verzoekster!

Overigens kan er geenszins vanuit worden gegaan dat vrienden of kennissen bereid zouden zijn om een hulpbehoevende dame op te vangen en te ondersteunen in haar dagdagelijks onderhoud!

Dat gelet op verzoekster gevorderde leeftijd, zij kan worden gevolgd waar zij aangeeft dat ervan kan worden uitgegaan dat ook haar eventuele vrienden- en kennissenkring tot deze leeftijdscategorie behoren, dat zij inmiddels zelf ook mantelzorg behoeven en dus niet kunnen instaan voor de opvang van verzoekster. Een ander klempt des te meer nu de nood aan mantelzorg geen tijdelijk gegeven is, doch zal toenemen al naargelang de leeftijd van verzoekster. In die zin kan er niet zonder meer vanuit worden gegaan dat vrienden of kennissen bereid zouden zijn om een hulpbehoevende bejaarde dame op te vangen en te ondersteunen in haar dagdagelijks onderhoud (RVV nr. 178.364, 24 november 2016).

Aangezien verweerder geenszins een individueel onderzoek heeft gevoerd naar de financiële middelen van verzoekster, is een dergelijke veronderstelling dan ook een onvoldoende motivering teneinde tot het hebben van financiële draagkracht te besluiten.

2.1.7. *Dat verzoekster in haar aanvraag genoegzaam heeft aangetoond dat zijn inde DR Congo geenszins de nodige medische behandeling zal kunnen bekomen, hetzij wegens geen financiële toegankelijkheid, hetzij wegens geen of beperkte aanwezigheid, wat ertoe zal leiden dat er in casu sprake is van een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.*

“A lack of proper care in a case where someone is suffering from a serious illness could in certain circumstances amount a treatment contrary article 3” (Commissie Mensenrechten dd. 19 mei 1994, Tanko/vs Finland, in P.J. VAN KRIEKEN (red.), Health, Migration and Return. A Handbook for a Multidisciplinary Approach, 376-381).

Dat er in casu dan ook sprake is van een schending van artikel 9ter Vw. en van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

2.1.8. *Dat uit het voorgaande dan ook zonder enige twijfel blijkt dat de bestreden beslissing een schending inhoudt van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet van 15 december 1980, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 met betrekking tot de motivering van bestuurshandelingen, van artikel 3 EVRM en van de algemene rechtsbeginselen, inzonderheid het beginsel van behoorlijk bestuur, zorgvuldigheidsbeginsel en de kennelijke beoordelingsfout.”*

3.2. *In een tweede middel voert verzoekster de schending aan van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, van de artikelen 74/11 en 74/13 van de vreemdelingenwet en van artikel 8 van het EVRM.*

Verzoekster betoogt als volgt:

“Dat de bestreden beslissing gepaard gaat met een bevel om het grondgebied te verlaten.

Overeenkomstig artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn 2008/115/EG zijn de staten verplicht om bij een uitwijzingsbeslissing o.a. rekening te houden met de het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleden de gezondheidstoestand van de betrokkenen, zoals tevens omgezet naar Belgisch recht via artikel 74/13 Vw. :

« Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleden en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land ».

Ook artikel 74/11, §3 Vw. bepaalt dat het bevel om het grondgebied te verlaten niet kan ingaan tegen bepalingen betreffende het recht op internationale bescherming, zoals gedefinieerd in de artikelen 9ter, 48/3 en 48/4 Vw.

Dat in casu verweerder het bevel om het grondgebied te verlaten enkel gemotiveerd heeft op basis van het feit dat verzoekster niet over een geldig nationaal visum beschikt.

Dat hieruit dan ook niet blijkt of verweerder rekening heeft gehouden met het gezins- en familieleden van verzoekster conform artikel 74/13 Vw. en artikel 8 EVRM bij het afleveren van dit bevel om het grondgebied te verlaten.

Dat verzoekster immers ziek is en de dochter van verzoekster in België verblijft en verzoekster hiermee een gezin vormt, zodat het bevel dan ook een schending inhoudt van het motiveringsbeginsel, van de artikelen 74/11 en 74/13 Vw. en artikel 8 EVRM.”

3.3. Gelet op hun onderlinge verwevenheid worden de middelen samen behandeld.

Waar verzoekster de schending aanvoert van de algemene rechtsbeginselen en van het beginsel van behoorlijk bestuur, is het middel slechts ontvankelijk in de mate dat verzoekster de schending aanvoert van een concreet beginsel. Onder “*middel*” dient immers conform vaste rechtspraak van de Raad van State te worden begrepen, de voldoende en duidelijke omschrijving van de overtreden rechtsregel of het overtreden beginsel en van de wijze waarop volgens de verzoekende partij deze rechtsregel of het beginsel wordt geschonden (RvS 29 november 2006, nr. 165.291; RvS 8 januari 2007, nr. 166.392; RvS 2 maart 2007, nr. 168.403).

Wat de aangevoerde schending van artikel 7, § 1, van het KB van 17 mei 2017 betreft, dient eveneens te worden benadrukt dat onder “*middel*” conform vaste rechtspraak van de Raad van State niet enkel dient te worden begrepen, de voldoende en duidelijke omschrijving van de overtreden rechtsregel of het overtreden beginsel, maar eveneens van de wijze waarop volgens de verzoekende partij deze rechtsregel of het beginsel wordt geschonden (RvS 29 november 2006, nr. 165.291; RvS 8 januari 2007, nr. 166.392; RvS 2 maart 2007, nr. 168.403). Bij gebreke hieraan is ook dit middel onderdeel onontvankelijk.

De Raad wijst erop dat de uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals neergelegd in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en in artikel 62 van de vreemdelingenwet tot doel heeft de bestuurde in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid de beslissing heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Voornoemde artikelen verplichten de overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een afdoende wijze (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 19 maart 2004, nr. 129.466; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). Hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de vreemdelingenwet. Het begrip ‘afdoende’ impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

Uit de eerste bestreden beslissing blijkt duidelijk het determinerende motief op grond waarvan de beslissing is genomen. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9ter van de vreemdelingenwet, immers geduid dat het aangehaalde medisch probleem niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. De

gemachtigde motiveert verder dat er medische elementen werden aangehaald die echter niet weerhouden kunnen worden; hij verwijst vervolgens uitdrukkelijk naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 17 januari 2019 en besluit dat derhalve uit het voorgelegde medisch dossier niet kan worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of 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.

Na de aandoeningen en de medicatie te hebben opgesomd, licht de ambtenaar-geneesheer in zijn verslag de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging in Congo toe. De ambtenaar-geneesheer motiveert tevens omtrent de afwezigheid van een medische contra-indicatie om te reizen en de afwezigheid van de nood aan mantelzorg. Hij oordeelt dat vanuit medisch standpunt de toestand van verzoekster geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien alle nodige behandelingen beschikbaar zijn in Congo en dat er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland.

Aan de formele motiveringsplicht kan worden voldaan door een verwijzing naar het advies, op voorwaarde dat de inhoud van het advies waarnaar wordt verwezen aan de rechtzoekende ter kennis is gebracht, dat dit advies zelf afdoende gemotiveerd is, dat het wordt bijgevalen in de uiteindelijke beslissing en dat er geen tegenstrijdige adviezen zijn (RvS 24 oktober 2014, nr. 228.919, *Lettani*).

Verzoekster toont niet aan dat het medisch advies haar niet samen met de eerste bestreden beslissing ter kennis werd gebracht, zodat zij ook kennis heeft kunnen nemen van alle elementen waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd om tot zijn advies te kunnen komen. Hoe dan ook blijkt uit het betoog van verzoekster dat zij kennis heeft van de inhoud van het medisch advies van 17 januari 2019. Bovendien wordt dit advies bijgevalen door de eerste bestreden beslissing en bevinden er zich geen andere, tegenstrijdige adviezen in het administratief dossier. De inhoud van het advies wordt derhalve geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de bestreden beslissing.

In de tweede bestreden beslissing wordt verwezen naar artikel 7, eerste lid, 1°, van de vreemdelingenwet, het in het Rijk verblijven zonder de houder te zijn van de in artikel 2 vereiste documenten, en de gemachtigde specificeert dat verzoekster niet in het bezit is van een geldig visum. Verzoekster betwist dit niet.

Verzoekster maakt niet duidelijk op welk punt deze motiveringen haar niet in staat stelt om te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissingen zijn 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 of van artikel 62 van de vreemdelingenwet wordt niet aangetoond.

Waar verzoekster aangeeft het niet eens te zijn met de bestreden beslissingen, voert zij in wezen de schending aan van de materiële motiveringsplicht. In dit kader dient te worden benadrukt dat het bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht niet tot de bevoegdheid van de Raad behoort 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 na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van deze aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is kunnen komen. Waar verzoekster de schending van het zorgvuldigheidsbeginsel aanvoert, duidt de Raad dat het zorgvuldigheidsbeginsel de overheid de verplichting oplegt om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken. De Raad mag zich bij het beoordelen van de redelijkheid van de genomen beslissing niet in de plaats stellen van de bevoegde overheid. Hij beschikt te dezen slechts over een marginale toetsingsbevoegdheid. Dit betekent dat hij alleen die beslissing strijdig met het redelijkheidsbeginsel kan bevinden die dermate buiten verhouding staat tot de feiten dat geen enkele redelijk oordelende overheid die beslissing zou nemen (RvS 17 juni 2013, nr. 223.931).

Voormelde schendingen moeten *in casu* worden onderzocht in het raam van de toepassing van de bepalingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet met toepassing waarvan de eerste bestreden beslissing werd genomen en waarvan verzoekster eveneens de schending aanvoert.

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.

Concreet houdt artikel 9ter van de vreemdelingenwet 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).

Voorts bepaalt artikel 9ter, § 1, van de vreemdelingenwet het volgende:

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

In casu wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ontvankelijk, doch ongegrond verklaard omdat de aangehaalde medische problemen niet kunnen weerhouden worden. Er wordt hierbij verwezen naar een medisch advies, opgesteld door de ambtenaar-geneesheer op 17 januari 2019, dat luidt als volgt:

“(…)

NAAM: N., T. B. (R.R.: …)

Vrouwelijk

nationaliteit: Congo (Dem. Rep.)

geboren te Mueka op (...)1957

adres: (...) Gent

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf bij onze diensten ingediend op 07.11.2018.

Medische voorgeschiedenis + voorgelegde medische attesten:

Door de betrokkene werden de volgende medische getuigschriften voorgelegd ter staving van de aanvraag:

- *12/10/2018, Dr. V., betrokkene heeft, in het kader van een congenitaal hartprobleem, een decompensatie gedaan met longoedeem als gevolg. Goed resultaat met Emconcor, Burinex, Aldactone en Enalapril. Momenteel is zij niet meer gedecompenseerd.*

Analyse van dit medisch dossier leert mij het volgende:

Bij deze 62-jarige vrouw met een aangeboren hartfalen, heeft zich tijdelijk een decompensatie voorgedaan met longoedeem. Nu is zij terug gecompenseerd.

Er waren verder geen hospitalisaties noch verwickelingen meer.

Van medicatie werd haar Emconcor, Burinex, Aldactone en Enalapril voorgeschreven.

Deze medicatie is aanwezig en beschikbaar in Congo, alwaar er ook cardiologen zijn die hem kunnen opvangen (zie verder).

Voor alle nodige opvolging en behandelingen beschikt Congo ook over de nodige specialisten (cardiologen) zoals blijkt uit de hieronder vermelde Informatie, zodat deze aandoening geen gevaar kan betekenen voor het leven of fysieke integriteit, zodat er bijgevolg geen risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

Er werden verder geen hospitalisaties gedocumenteerd, noch acute opstoten.

Wat de behandeling betreft die toegepast wordt in het herkomstland moet opgemerkt worden dat deze onder de verantwoordelijkheid valt van de plaatselijke specialisten die uiteraard de beste middelen uit hun arsenaal waarover zij beschikken zullen inzetten en de mogelijkheden verschillen uiteraard volgens de goedkeuring en terugbetaling in het land van herkomst door het ministerie van volksgezondheid, dat in fine verantwoordelijk is voor de waarde en de kost van gezondheidszorg en een respectvol en zorgvuldig omspringen ermee.

Volgens de jurisprudentie van het Europees hof van de rechten van de mens, die in deze materie doorslaggevend is, is het voldoende dat de betrokkene in haar land van herkomst medische verzorging kan bekomen en wordt er niet vereist dat deze ginds van hetzelfde niveau als in België zou moeten zijn. Dat er wel degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door onderstaande beschikbaarheidsstudie.

Beschikbaarheid van de behandeling:

Voor de behandeling en opvolging van patiënten met cardiologische problemen zijn er in het herkomstland Congo voldoende behandelingen- en opvolgingsmogelijkheden, bijgevoegd in het administratief dossier.

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene).

De informatie is afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:

REQUEST FORM Medical Advisors' Office BMA, IMMIGRATION AND NATURAUSATION SERVICE, - THE NETHERLANDS -

BMA 11918

inpatient treatment by a cardiologist, Available, Centre Hospitalier Monkole, 4804, Avenue Ngafani Kinshasa, (Public Facility)

BMA 10158

outpatient treatment and follow up by a general practitioner. Available Centre Hospitalier Monkole

4804, Avenue Ngafani Quartier Masanga-Mbila Commune de Mont-Ngafula, Kinshasa; (Public Facility)
Laboratory research: Available, Centre Hospitalier Monkole, 4804, Avenue Ngafani Quartier Masanga-Mbila Commune de Mont-Ngafula, Kinshasa, (Public Facility) & laboratory research of renal/ kidney function (creatinin, ureum, proteinuria, sodium, potassium levels), Available, Pharmacie Santemetre, 44 Ave Tombalbaye Kinshasa (Private Facility).

Medicatie aanwezig:

- Emconcor: BMA 11782
 - Burinex: BMA 11037
 - Aldactone = spironolacton = BMA 11782
- Enalapril= BMA 9768

Mogelijkheid tot reizen, werken en mantelzorg:

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische dossierstukken blijkt niet dat er bij de betrokkene sprake is van een medische contra-indicatie om te reizen, noch blijkt er nood aan mantelzorg.

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 operationele eenheid in het gezondheidssysteem in de Democratische Republiek van Congo is de "Zone de Santé" = de gezondheidszone. Het totale systeem is een piramidaal systeem met 3 niveaus:

- Het perifere of operationele niveau omvat 515 gezondheidszones. Zij zijn de basis voor de planning en implementatie van de eerstelijns geneeskunde. Op dit niveau zijn er 2 interacties: een systeem van doorverwijzing en terugverwijzen. Het eerste niveau omvat 7868 gezondheidscentra die de minimum zorg aanbieden (Paquet Minimum d'Activité). De PMA omvat curatieve, preventieve zorgen alsook promotie voor gezondheid en educatie en ondersteunende activiteiten. Deze zorgen worden vooral uitgevoerd door verpleegkundigen eventueel met een speciale opleiding en bekwaamheid. Het tweede niveau omvat 434 ziekenhuizen (Hôpitaux Generaux de Référence) die bijkomende zorgen aanbieden zoals inwendige geneeskunde, heelkunde, gynaecologie, verloskunde en pediatrie. Zij dienen te voldoen aan de moderne management standaard. Elke zone omvat ongeveer 100.000 tot 200.000 inwoners waardoor elke zone nogmaals opgedeeld wordt in gebieden van 5 tot 10.000 inwoners met installatie van een gezondheidscentrum.

- Het intermediaire niveau bestaat uit 11 provinciale gezondheidsdivisies en 65 district gebonden gezondheidsdiensten, verbonden met 2 provinciale ziekenhuizen specifiek voor doorverwijzing. Zij geven vooral technische ondersteuning met als specifieke taken: coördinatie, opleiding en supervisie, evaluatie, inspectie en controle van de zorg. Zij staan in voor de operationele directieven en de toepassing ervan.

- Het centrale niveau is het Ministerie van Volksgezondheid met het algemeen secretariaat dat centrale richtlijnen, gezondheidsprogramma's en gespecialiseerde diensten verzorgt. Het centrale niveau omvat eveneens 57 nationale ziekenhuizen, 4 universitaire ziekenhuizen en 32 gespecialiseerde diensten.

De Democratische Republiek Congo werkt aan een systeem van 'mutualiteiten' onder toezicht van het Ministerie van Arbeid en Sociale Welvaart.⁵ Er is ook het nationale plan voor gezondheidsontwikkeling (PNDS), dat mee vorm moet geven aan het plan van de 'Strategie voor de versterking van de Gezondheid (SRSS). Er bestaat verder ook een nationale strategie wat betreft de sociale bescherming van kwetsbare groepen (SNPS-GV). Het algemene doel van deze strategie is om de rechten en de toegang van mensen en kwetsbare groepen op kwaliteitsvolle basisvoorzieningen te garanderen. Een ander overheidsprogramma is het "Revolution of Modernity" (2011-2016). Dit heeft tot doel om kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken tegen een minimum aan kosten.

Sinds de lancering in 2012 van het nationale programma ter promotie voor de mutualiteiten door het Ministerie van Volksgezondheid, in september 2012, zijn vele organisaties opgestart zoals b.v. SOUDARCO (solidariteit België-Congo). Meer en meer Congolezen sluiten zich bij deze structuren aan om de kosten van de gezondheidszorg te dragen. De leden die hun maandelijkse bijdrage aan hun mutualiteit betalen (2,5 tot 4,5 dollar per maand), kunnen in erkende gezondheidscentra terecht voor eerstelijnszorg, kleine en middelgrote operaties, oogheelkunde, tandheelkunde, kleine en middelgrote chirurgie, essentiële medicijnen en ziekenhuisopnames van korte termijn.

Als de betrokken persoon niet in staat is om de bijdragen te betalen die door de mutualiteit worden vereist, kan men een aanvraag indienen bij het 'Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales' (BDOM), dat het gehele Congolese grondgebied bestrijkt en medische zorg aanbiedt tegen een goede prijs/kwaliteitsverhouding in Kinshasa hebben de tien ziekenhuizen en zestig gezondheidscentra, die worden beheerd door BDOM, een overeenkomst met drie mutualiteiten. De BDOM verkrijgt via deze mutualiteiten maandelijks een budget wat aan de ziekenhuizen en medische centra de mogelijkheid biedt om b.v. hun apparatuur te vernieuwen, meer personeel aan te werven, de kwaliteit van de medische zorgen te verbeteren etc.

Bovendien zijn er in Congo veel externe organisaties actief wat betreft (het verbeteren van) de gezondheidszorg.

Bijvoorbeeld Caritas, OMS en CTB zijn al enkele jaren lokaal aanwezig met als doel het aanbieden van primaire gezondheidszorg aan kwetsbare bevolkingsgroepen en het bestrijden van grote epidemieën of om strategische ondersteuning te bieden bij de hervorming van de gezondheidszorgfinanciering.

Betrokkene is pas in september 2018 in België aangekomen. Het is dus erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in het herkomstland geen familie, vrienden of kennissen zou hebben bij wie zij terecht kan voor de nodige (financiële) opvang en hulp. Haar dochter kan financiële steun bieden vanuit België.

Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Muslim/Turkije, § 68).

Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen 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.

Conclusie:

Uit het voorgelegd medisch dossier kan niet worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke Integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland.

Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat de opvolging door cardiologen, in Congo kan gebeuren zodat de beschreven congenitale pathologie van het hart, overigens vroeger steeds met goed succes in Congo opgevolgd, verdere opvolging kan krijgen In Congo, zodat haar toestand geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien alle nodige behandelingen beschikbaar zijn in Congo en zodat er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland.

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

In de hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben

*Hoogachtend
(...)"*

Verzoekster spitst na de bestreden beslissing en het medisch advies te hebben samengevat haar betoog toe op het gebruik van de MedCOI-databank. Zij verwijst hierbij naar de *disclaimer* waaruit zou blijken dat de geleverde informatie in de databank beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling in slechts één welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en leidt hieruit af dat uiteraard de instelling wordt besproken waar deze zorgen voorhanden zijn. Vervolgens merkt verzoekster op dat de MedCOI-databank geen informatie geeft met betrekking tot de toegankelijkheid van de beschreven behandelingen. Na een uitvoerige uiteenzetting over de mogelijke gevolgen van voormelde punten, concludeert verzoekster dat uit de door de ambtenaar-geneesheer aangewende bronnen dan ook geenszins kan afgeleid worden of de door verzoekster levensnoodzakelijke medische behandelingen inderdaad wel toegankelijk en ononderbroken aanwezig zijn in de D.R. Congo, zodat deze niet kunnen worden weerhouden om zonder meer te stellen dat verzoekster kan behandeld worden in haar land van herkomst.

Omtrent de databank MedCOI, verduidelijkt de Raad dat inderdaad kan worden verwezen naar voetnoot 3 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 zij 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 verzoekster hekelt dat de 'MedCOI-databank' een niet-publieke databank is, wijst de Raad erop dat uit nazicht van het administratief dossier blijkt dat alle stukken betreffende de beschikbaarheid, waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst, daarin aanwezig zijn, zoals overigens tevens in het medisch advies wordt aangegeven. Een stuk waarnaar verwezen wordt in de beslissing dient niet opgenomen te worden in de beslissing zelf (en niet te worden bijgevoegd). In het kader van de formele motiveringsplicht volstaat het om in het kort het voorwerp en de inhoud van die stukken te vermelden, zonder dat het nodig is ze *in extenso* over te nemen (OPDEBEEK, I. en COOLSAET, A., *Administratieve rechtsbibliotheek: formele motivering van bestuurshandelingen*, Brugge, die Keure, 1999, p. 131 – 133). De formele motiveringsplicht is dus ook niet geschonden omdat in de beslissing wordt verwezen naar stukken die niet afzonderlijk aan verzoekster werden meegedeeld. Deze stukken bevinden zich in het administratief dossier, waarin verzoekster inzage kon vragen. De gevolgtrekking van verzoekster dat de MedCOI-databank niet verifieerbaar zou zijn, mist dan ook alle grondslag.

Waar verzoekster aangeeft dat de MedCOI-databank zich enkel uitspreekt over de beschikbaarheid van de medische behandeling en niet over de toegankelijkheid ervan, stelt de Raad echter vast dat de ambtenaar-geneesheer het toegankelijkheidsonderzoek steunt op documenten "*BDA (Belgian Desk on Accessibility)*" en andere die eveneens terug te vinden zijn in het administratief dossier.

Naast de vaststellingen dat verzoekster verwijst naar een medisch advies van 20 maart 2015, daar waar het medisch advies *in casu* dateert van 17 januari 2019, kan nog worden vastgesteld dat verzoekster bekritiseert dat maar zou worden gefocust op één welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, doch uit de bewoordingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat in beginsel slechts dient vast te staan dat er een adequate behandeling mogelijk is in "*het land van herkomst*" en niet in de regio van herkomst in het betreffende land. Het volstaat dat wordt vastgesteld dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, waaronder inbegrepen dat van verzoekster redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeeft waar men een behandeling kan verkrijgen. Verzoekster toont niet aan dat zij zich niet elders kan vestigen, noch dat zij zich niet zou kunnen verplaatsen. De Raad stelt immers vast dat de ambtenaar-geneesheer eveneens oordeelde dat er geen tegenindicatie blijkt om te reizen, hetgeen niet wordt weerlegd. Voor zover als nodig merkt de Raad ook op dat wordt aangegeven in het medisch advies dat er geen verdere hospitalisaties of acute opstoten meer werden gedocumenteerd.

Voor het overige beperkt verzoekster zich tot een algemeen en bovendien een hypothetisch betoog omtrent de mogelijke gevolgen zonder stavingstukken enerzijds en zonder de concrete motieven en vaststellingen betreffende de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de behandelingen waaraan zij nood heeft te weerleggen anderzijds.

Verzoekster betoogt verder dat uit de bij haar verzoekschrift gevoegde medische documenten blijkt dat zij eveneens lijdt aan nierinsufficiëntie en dat geenszins onderzocht werd of in Congo ook de nodige nierspecialisten aanwezig zijn, evenals de noodzakelijke medicatie voor de optredende nierinsufficiëntie.

De Raad stelt echter vast dat het eerste bijgevoegde attest dateert van 26 februari 2019, zijnde van na het nemen van de bestreden beslissing. Wat het gevoegde attest van 18 september 2018 betreft, toont zij niet aan dit voorafgaand de bestreden beslissing te hebben overgemaakt. Bijgevolg stelt de Raad vast dat de gemachtigde hiervan geen kennis kon hebben op het moment van het nemen van de bestreden beslissing en hij er derhalve geen rekening mee kon houden. Verzoekster kan de stukken ook niet voor de eerste keer inroepen voor de Raad. De Raad zou immers zijn bevoegdheid overschrijden indien hij rekening zou houden met elementen die niet aan de verwerende partij werden voorgelegd. Voor de beoordeling van de wettigheid van een bestuurshandeling moet de Raad zich plaatsen op het

ogenblik van het nemen van die bestuurshandeling, rekening houdende met de alsdan voorhanden zijnde feitelijke en juridische gegevens (RvS 26 maart 2013, nr. 222.999). Bijkomend wijst de Raad erop dat het niet aan hem als annulatierechter toekomt om de thans voorgelegde stukken in de plaats van het bestuur te beoordelen.

Waar verzoekster naar de financiële toegankelijkheid verwijst, benadrukt de Raad vooreerst dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet op zich niet oplegt dat de ambtenaar-geneesheer stevast een concrete raming zou moeten maken van de kostprijs van de benodigde zorgen in het herkomstland, zoals verzoekster lijkt voor te houden doorheen haar betoog. Wel moet redelijkerwijze kunnen worden aangenomen dat verzoekster toegang zal hebben tot de nodige medische zorgen. Daarnaast stelt de Raad vast dat verzoekster de motieven van de ambtenaar-geneesheer ook op dit punt in twijfel trekt zonder haar twijfels met enig bewijsstuk te onderbouwen. Zo is zij de mening toegedaan dat er niet voldoende onderzoek zou zijn gebeurd naar de aansluitmogelijkheden en dergelijke meer bij de mutualiteiten en de medische zorgen die worden aangeboden door de opgesomde organisaties. Nochtans blijkt uit de motieven dat wordt opgesomd welke mogelijkheden er zijn mits bijdrage, evenals wanneer men niet in staat is om bij te dragen en welke initiatieven er nog meer zijn:

“(…)

De operationele eenheid in het gezondheidssysteem in de Democratische Republiek van Congo is de “Zone de Santé” = de gezondheidszone. Het totale systeem is een piramidaal systeem met 3 niveaus:

- *Het perifere of operationele niveau omvat 515 gezondheidszones. Zij zijn de basis voor de planning en implementatie van de eerstelijns geneeskunde. Op dit niveau zijn er 2 interacties: een systeem van doorverwijzing en terugverwijzen. Het eerste niveau omvat 7868 gezondheidscentra die de minimum zorg aanbieden (Paquet Minimum d'Activité). De PMA omvat curatieve, preventieve zorgen alsook promotie voor gezondheid en educatie en ondersteunende activiteiten. Deze zorgen worden vooral uitgevoerd door verpleegkundigen eventueel met een speciale opleiding en bekwaamheid. Het tweede niveau omvat 434 ziekenhuizen (Hôpitaux Generaux de Référence) die bijkomende zorgen aanbieden zoals inwendige geneeskunde, heelkunde, gynaecologie, verloskunde en pediatrie. Zij dienen te voldoen aan de moderne management standaard. Elke zone omvat ongeveer 100.000 tot 200.000 inwoners waardoor elke zone nogmaals opgedeeld wordt in gebieden van 5 tot 10.000 inwoners met installatie van een gezondheidscentrum.*
- *Het intermediaire niveau bestaat uit 11 provinciale gezondheidsdivisies en 65 district gebonden gezondheidsdiensten, verbonden met 2 provinciale ziekenhuizen specifiek voor doorverwijzing. Zij geven vooral technische ondersteuning met als specifieke taken: coördinatie, opleiding en supervisie, evaluatie, inspectie en controle van de zorg. Zij staan in voor de operationele directieven en de toepassing ervan.*
- *Het centrale niveau is het Ministerie van Volksgezondheid met het algemeen secretariaat dat centrale richtlijnen, gezondheidsprogramma's en gespecialiseerde diensten verzorgt. Het centrale niveau omvat eveneens 57 nationale ziekenhuizen, 4 universitaire ziekenhuizen en 32 gespecialiseerde diensten.*

De Democratische Republiek Congo werkt aan een systeem van 'mutualiteiten' onder toezicht van het Ministerie van Arbeid en Sociale Welvaart.⁵ Er is ook het nationale plan voor gezondheidsontwikkeling (PNDS), dat mee vorm moet geven aan het plan van de 'Strategie voor de versterking van de Gezondheid (SRSS). Er bestaat verder ook een nationale strategie wat betreft de sociale bescherming van kwetsbare groepen (SNPS-GV). Het algemene doel van deze strategie is om de rechten en de toegang van mensen en kwetsbare groepen op kwaliteitsvolle basisvoorzieningen te garanderen. Een ander overheidsprogramma is het "Revolution of Modernity" (2011-2016). Dit heeft tot doel om kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken tegen een minimum aan kosten. Sinds de lancering in 2012 van het nationale programma ter promotie voor de mutualiteiten door het Ministerie van Volksgezondheid, in september 2012, zijn vele organisaties opgestart zoals b.v. SOUDARCO (solidariteit België-Congo). Meer en meer Congolezen sluiten zich bij deze structuren aan om de kosten van de gezondheidszorg te dragen. De leden die hun maandelijkse bijdrage aan hun mutualiteit betalen (2,5 tot 4,5 dollar per maand), kunnen in erkende gezondheidscentra terecht voor eerstelijnszorg, kleine en middelgrote operaties, oogheelkunde, tandheelkunde, kleine en middelgrote chirurgie, essentiële medicijnen en ziekenhuisopnames van korte termijn.

Als de betrokken persoon niet in staat is om de bijdragen te betalen die door de mutualiteit worden vereist, kan men een aanvraag indienen bij het 'Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales' (BDOM), dat het gehele Congolese grondgebied bestrijkt en medische zorg aanbiedt tegen een goede

prijs/kwaliteitsverhouding in Kinshasa hebben de tien ziekenhuizen en zestig gezondheidscentra, die worden beheerd door BDOM, een overeenkomst met drie mutualiteiten. De BDOM verkrijgt via deze mutualiteiten maandelijks een budget wat aan de ziekenhuizen en medische centra de mogelijkheid biedt om b.v. hun apparatuur te vernieuwen, meer personeel aan te werven, de kwaliteit van de medische zorgen te verbeteren etc.

Bovendien zijn er in Congo veel externe organisaties actief wat betreft (het verbeteren van) de gezondheidszorg.

Bijvoorbeeld Caritas, OMS en CTB zijn al enkele jaren lokaal aanwezig met als doel het aanbieden van primaire gezondheidszorg aan kwetsbare bevolkingsgroepen en het bestrijden van grote epidemieën of om strategische ondersteuning te bieden bij de hervorming van de gezondheidszorgfinanciering."

Daarnaast kan de ambtenaar-geneesheer worden bijgetreden waar hij stelt:

"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."

Verzoekster verwijst verder naar haar mening "recente gegevens" die zouden aantonen dat de medische zorg in de Democratische Republiek Congo schrijnend is en stelt dat zij de aangehaalde rapporten tevens bij haar aanvraag heeft gevoegd. De Raad stelt echter vast dat verzoekster zich baseert op algemene rapporten, daar waar de ambtenaar-geneesheer specifiek wat haar situatie betreft een recent onderzoek heeft gevoerd naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van haar noden. Verzoekster weerlegt deze concrete vaststellingen niet.

Bovendien stelt de ambtenaar-geneesheer: *"Betrokkene is pas in september 2018 in België aangekomen. Het is dus erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in het herkomstland geen familie, vrienden of kennissen zou hebben bij wie zij terecht kan voor de nodige (financiële) opvang en hulp. Haar dochter kan financiële steun bieden vanuit België."* Verzoekster beperkt zich opnieuw tot algemene en hypothetische theorieën met als rode draad dat de ambtenaar-geneesheer niet zonder meer kan uitgaan van voormelde veronderstellingen. Vooreerst stelt de Raad vast dat verzoekster niet betwist dat zij pas in september 2018 in België is aangekomen, noch weerlegt zij dat haar dochter financiële steun kan bieden vanuit België. Verder verliest verzoekster uit het oog 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 gemachtigde. Verzoekster kan de bewijslast niet zonder meer bij de ambtenaar-geneesheer leggen. Zij staft haar betoog niet en beperkt zich in wezen tot een loutere ontkenning met hypothesen zonder staving ervan, wat niet kan volstaan. Wat de rechtspraak van de Raad betreft waarnaar verzoekster verwijst, kan worden opgemerkt dat deze arresten in de continentale rechtstraditie geen precedentenwerking kennen.

Bovendien bewaart verzoekster het stilzwijgen over volgend motief: *"Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen 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."* zodat zij dit niet aan het wankelen brengt.

Artikel 8 van het EVRM, waarvan verzoekster eveneens de schending aanvoert, bepaalt:

- "1. Een ieder heeft recht op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.*
- 2. Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen."*

Het waarborgen van een recht op respect voor het privé- en/of familie- en gezinsleven, veronderstelt het bestaan van een privé- en/of familie- en gezinsleven.

Wanneer een schending van het recht op respect voor het privé- en/of familie- en gezinsleven wordt aangevoerd, kijkt de Raad dan ook in de eerste plaats na of er een privé- en/of familie- en gezinsleven bestaat in de zin van het EVRM, vooraleer te onderzoeken of hierop een inbreuk werd gepleegd op het recht op respect voor het privé- en/of familie- en gezinsleven door het nemen van de bestreden beslissing. Bij de beoordeling of er al dan niet sprake is van een privé- en/of familie- en gezinsleven dient de Raad zich te plaatsen op het tijdstip waarop de bestreden beslissing is genomen (EHRM 31 oktober 2002, *Yildiz/Oostenrijk*, § 34; EHRM 23 juni 2008, *Maslov/Oostenrijk (GK)*, § 61).

Artikel 8 van het EVRM definieert het begrip 'familie- en gezinsleven', noch het begrip 'privéleven'. Beide begrippen zijn autonome begrippen, die onafhankelijk van het nationale recht dienen te worden geïnterpreteerd. De beoordeling of er sprake kan zijn van een privéleven, is een feitenkwestie. Het EHRM benadrukt dat het begrip 'privéleven' een ruime term is en dat het mogelijk, noch noodzakelijk is om er een exhaustieve definitie van te geven (EHRM 16 december 1992, *Niemietz/Duitsland*, § 29; EHRM 27 augustus 2015, *Parrillo/Italië (GK)*, § 153).

Het is in de eerste plaats de taak van de verzoekster, die een schending van artikel 8 van het EVRM aanvoert, om, rekening houdend met de omstandigheden van de zaak, op voldoende precieze wijze het bestaan van het door haar ingeroepen privéleven en familie- en gezinsleven aan te tonen, alsook de wijze waarop de bestreden beslissingen dit hebben geschonden.

In casu wijst verzoekster erop dat haar dochter in België verblijft en dat zij een gezin vormen. Aangezien niet wordt betwist dat de dochter kan voorzien in financiële steun, gaat de Raad ervan uit dat de dochter meerderjarig is.

Het EHRM beperkt het begrip 'gezinsleven' in beginsel tot het kerngezin en gaat na of er een voldoende 'graad' van gezinsleven kan worden vastgesteld. In de zaak *Samsonnikov v. Estonia* bevestigde het EHRM op algemene wijze dat het begrip "gezinsleven" geen betrekking heeft op volwassenen die niet tot het kerngezin behoren en die niet aangetoond hebben afhankelijk te zijn van hun familieleden. Derhalve dient de Raad, om te beoordelen of er *in casu* sprake is van een gezinsleven, na te gaan of de banden tussen verzoekster en haar dochter in die mate hecht zijn en dat er een dermate graad van afhankelijkheid is tussen hen dat de bescherming van artikel 8 van het EVRM zich opdringt.

Verzoekster toont dergelijke bijzondere afhankelijkheid niet aan. Zij brengt geen bewijzen aan waaruit blijkt dat zij bijvoorbeeld financieel afhankelijk is van haar dochter en/of dat zij tot het kerngezin van haar dochter behoort.

Artikel 74/13 van de vreemdelingenwet weerspiegelt de hogere rechtsnormen, zoals artikel 8 van het EVRM, en noodzaakt een individueel onderzoek zodat wordt gewaarborgd dat verweerder rekening houdt met welbepaalde fundamentele rechten, zoals het gezins- en familieleven van de betrokken vreemdeling. Er is geen enkele reden om te veronderstellen dat het gezins- en familieleven waarmee volgens de beide normen rekening zou moeten worden gehouden op een verschillende manier zou moeten worden ingevuld.

Voormeld artikel 74/13 bepaalt verder dat de gemachtigde bij het nemen van een beslissing tot verwijdering rekening moet houden met het hoger belang van het kind en met de gezondheidstoestand van de betrokkene. Uit de eerste bestreden beslissing blijkt dat met betrekking tot de gezondheidstoestand een onderzoek werd gevoerd in het kader van de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Hierin werd vastgesteld dat uit het voorgelegde medisch dossier niet kan worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of 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 van gewoonlijk verblijf. Nog daargelaten de vraag of artikel 74/13 van de vreemdelingenwet een motiveringsplicht in zich draagt, kan verzoekster niet verwachten dat de motieven uit de eerste bestreden beslissing, die op dezelfde dag werd genomen en ter kennis werd gebracht, nogmaals worden herhaald in de tweede bestreden beslissing. Tot slot dient te worden vastgesteld dat de aanwezigheid van een kind niet wordt opgeworpen. Een schending van artikel 74/13 van de vreemdelingenwet wordt niet aangetoond.

Waar verzoekster nog de schending aanvoert van artikel 74/11, § 3, van de vreemdelingenwet, wijst de Raad erop dat hierin wordt bepaald: *“Het inreisverbod treedt in werking de dag waarop de beslissing met betrekking tot het inreisverbod wordt betekend. Het inreisverbod kan niet ingaan tegen de bepalingen betreffende het recht op internationale bescherming, zoals gedefinieerd in de artikelen 9ter, 48/3 en 48/4.”* Aangezien geen van de bestreden beslissingen een inreisverbod betreft, is de verwijzing naar voormeld artikel en het betoog hieromtrent niet dienstig. De schending wordt derhalve niet aangetoond.

Wat de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM betreft, moet worden gesteld dat het EHRM reeds oordeelde dat deze verdragsbepaling voor een vreemdeling 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 en dat zelfs de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand of de levensverwachting van een vreemdeling beïnvloedt, niet volstaat om een schending van deze verdragsbepaling op te leveren. Enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn, hetgeen in voorliggende zaak niet blijkt, kan een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, *N./ Verenigd Koninkrijk*).

De Raad herinnert er nog aan dat voormeld artikel van het EVRM vooreerst vereist dat verzoekster er blijk van geeft dat er ernstige en zwaarwichtige gronden aanwezig zijn om aan te nemen dat, in het land waarnaar zij mag worden teruggeleid, zij een ernstig en reëel risico loopt te worden blootgesteld aan foltering of mensonterende behandeling. Het EHRM stelt dat het in principe aan de verzoekende partij toekomt om een begin van bewijs te leveren van zwaarwegende gronden die aannemelijk maken dat zij bij verwijdering naar het land van bestemming zal worden blootgesteld aan een reëel risico op onmenselijke behandeling, zodat inzonderheid een blote bewering of eenvoudige vrees voor onmenselijke behandeling op zich niet volstaat om een inbreuk uit te maken op artikel 3 van het EVRM (zie EHRM 11 oktober 2011, nr. 46390/10, *Auad v. Bulgarije*, par. 99, punt (b) en RvS 20 mei 2005, nr. 144.754). Een eventualiteit dat artikel 3 van het EVRM kan worden geschonden, volstaat op zich niet (RvS 14 maart 2002, nr. 104.674; RvS 27 maart 2002, nr. 105.233; RvS 28 maart 2002, nr. 105.262). Zoals hoger reeds uiteengezet, werden de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van een adequate behandeling voor verzoekster in het land van herkomst onderzocht en kan het standpunt van verzoekster de beoordeling van de ambtenaar-geneesheer niet aan het wankelen brengen. Verzoekster slaagt er niet in aan te tonen dat zij een ernstig en reëel risico loopt te worden blootgesteld aan foltering of mensonterende behandeling na een terugkeer naar haar herkomstland en voldoet hieraan derhalve niet.

Ook het treffen van een bevel om het grondgebied te verlaten op basis van de loutere vaststelling dat de vreemdeling in het Rijk verblijft zonder de vereiste binnenkomstdocumenten, vormt op zich geen schending van artikel 3 van het EVRM. Niets verhindert een ernstig zieke vreemdeling om een verlenging aan te vragen van de uitvoeringstermijn van het bevel om het grondgebied te verlaten. Zoals hoger gesteld, kan het gegeven dat de behandeling van de aandoening in het land van herkomst eventueel niet van hetzelfde kwalitatief niveau zal zijn als in België, zoals verzoekster doorheen haar verzoekschrift lijkt aan te geven, en dat zij aldaar kan worden geconfronteerd met een mindere (financiële) toegankelijkheid van de medische zorgen, op zich evenmin de schending van artikel 3 van het EVRM met zich meebrengen. Verzoekster toont ook niet *in concreto* aan dat zij zich in een dergelijk uitzonderlijk geval bevindt. Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt niet aangetoond.

Samengevat moet worden vastgesteld dat in het medisch advies wel degelijk wordt gemotiveerd waarom de ambtenaar-geneesheer oordeelde dat de betrokken elementen thans niet kunnen worden weerhouden. De ambtenaar-geneesheer is *in casu* eveneens alle pertinente gegevens nagegaan die hij noodzakelijk acht om zijn beslissing te kunnen nemen. De Raad wijst er tevens op dat de ambtenaar-geneesheer een onderzoek heeft gevoerd naar zowel de beschikbaarheid als de toegankelijkheid in het land van herkomst van de nog vereiste medische opvolging. Verzoekster gaat niet in op deze concrete motieven, minstens weerlegt zij deze niet, doch beperkt zich slechts tot algemene en hypothetische beschouwingen en een algemene verwijzing naar de toegevoegde verslagen en rechtspraak. Hierbij toont verzoekster niet aan zich in dezelfde concrete omstandigheden te bevinden. Verzoekster geeft met haar algemeen en theoretisch betoog slechts aan het niet eens te zijn, hetgeen niet volstaat. Hiermee kan zij het standpunt van de ambtenaar-geneesheer niet aan het wankelen brengen. Verzoekster slaagt er niet in op concrete wijze uiteen te zetten op welke manier de motivering van de gemachtigde of van de ambtenaar-geneesheer *in casu* niet zou volstaan in het licht van de elementen die zij in het kader van haar aanvraag heeft aangehaald. Verzoeksters aangevoerde grieven maken

geenszins aannemelijk dat de gemachtigde niet in alle redelijkheid tot de bestreden beslissingen is gekomen, noch wordt aangetoond dat niet het volledige onderzoek, voorzien in artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet, op een zorgvuldige, correcte en individuele wijze werd gevoerd. Een verzoekende partij kan, om het ontbreken van draagkracht van de motieven van een beslissing aan te tonen, niet volstaan met het louter ontkennen van de feitelijke elementen waarop de beoordeling door het bestuur berust. Dat de ambtenaar-geneesheer verzoekster niet bijtreedt in haar argumenten of de informatie uit de rapporten niet overneemt, betekent niet zonder meer dat de argumenten buiten beschouwing worden gelaten. Daar waar verzoekster met haar kritiek blijkt geeft van een andere feitelijke beoordeling van de gegevens van de zaak dan die van de bevoegde overheid, dient erop gewezen te worden dat het onderzoek van deze andere beoordeling de Raad uitnodigt tot een opportuniteitsonderzoek, hetgeen echter niet tot zijn bevoegdheid behoort.

De bestreden beslissing steunt op dienende, deugdelijke, afdoende en pertinente motieven, die steun vinden in het administratief dossier. Met haar betoog toont verzoekster dan ook niet aan dat de motivering niet afdoende zou zijn, noch dat de bestreden beslissingen niet zouden stoelen op een correcte feitenvinding of dat geen voldoende onderzoek of analyse zou hebben plaatsgevonden. Een schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van het redelijkheidsbeginsel of van de overige aangehaalde artikelen of beginselen wordt niet aangetoond. Een kennelijke beoordelingsfout blijkt evenmin.

De middelen zijn, in de mate dat ze ontvankelijk zijn, ongegrond.

4. Kosten

Gelet op het voorgaande past het de kosten van het beroep ten laste te leggen van de verzoekende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Artikel 2

De kosten van het beroep, begroot op 186 euro, komen ten laste van de verzoekende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op eenendertig juli tweeduizend negentien door:

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

N. MOONEN