



Arrest

nr. 232 506 van 12 februari 2020
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat N. MALANDA
Adolphe Lacomblélaan 59-61/5
1030 SCHAARBEEK**

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X in eigen naam en als wettelijke vertegenwoordigers van hun kinderen X, X, X en X, die verklaren van Angolese nationaliteit te zijn, op 23 augustus 2019 hebben 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 15 juli 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gezien de synthesesamenvatting.

Gelet op de beschikking van 19 november 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 11 december 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat N. MALANDA, die verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat I. FLORIO, die *loco* advocaten C. DECORDIER en T. BRICOUT verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 23 oktober 2018 dienen verzoekers een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna de vreemdelingenwet).

Op 1 maart 2019 neemt de gemachtigde van de minister de beslissing waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard. Deze beslissing wordt op 3 mei 2019 ingetrokken.

Op 15 juli 2019 neemt de gemachtigde van de minister een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard, aan verzoekers ter kennis gebracht op 30 juli 2019. Dit is de bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 23.10.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

G. S., G. F. H. (R.R.: ...)

nationaliteit: Angola

geboren te Soyo op (...) 1978

adres: (...)

A.G. S., J. I. M. (R.R. ...)

G. S. N. A. (R.R. ...)

G.S. K.A. (R.R. ...)

G.S. V. A. (R.R. ...)

A. G. S. E. (R.R. ...)

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

Reden(en) :

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

Er werden medische redenen aangehaald voor G. S., G. F. H. die echter niet weerhouden werden (zie verslag arts-adviseur dd 5.7.2019 onder gesloten omslag)

Derhalve

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

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

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

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

Gezien de asielprocedure nog lopende is of er nog geen bijlage 13qq afgeleverd werd na het afsluiten van de asielprocedure, verzoek ik u het attest van immatriculatie dat werd afgegeven verder te verlengen tot nadere berichtgeving over de asielprocedure. Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkene terug in het Wachtregister in te schrijven.”

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In de synthesememorie voeren verzoekers in het enige middel de schending aan 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), van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van de zorgvuldigheidsplicht, van de formele motiveringsplicht en manifeste beoordelingsfout.

Ter adstruering van het middel zetten verzoekers in de synthesememorie het volgende uiteen:

"Uit de medische verslagen die verzoeker heeft neergelegd ter ondersteuning van zijn verblijfsmachtigingsaanvraag blijkt dat hij een medicamenteuze opvolging nodig heeft, alsook een opvolging door gespecialiseerde artsen namelijk in de cardiologie en nefrologie alsook hemodialyse. De arts van verweerder stelt noch het bestaan, noch de ernst van de medische toestand van verzoeker in vraag, maar is van oordeel dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Angola. Zo verwijst hij naar "UZ Leuven: stadia van chronische nierschade p. 13", in verband met de ernst van de aandoening.

Uit dit document blijkt dat "graad 4" overeenkomt met ernstig verlaagd nierfunctioneren met een GFR van 15-29 (hetgeen betekent dat de nieren slechts op tussen 15% en 29% van hun normaal regime functioneren), dit is de graad juist onder graad 5 dat overeenkomt met nierfalen met een GFR onder 15, waarbij dialyse nodig is.

Uit het verslag van Dr. M. 12.1.2018 blijkt bovendien dat de patiënt zich op de rand van een noodzaak tot behandeling middels dialyse bevindt ("nous sommes à la limite d'une prise en charge par dxjalise rénale").

Aangezien de bestreden beslissing op het advies van de arts van verweerder stoelt, worden de in dat advies aangehaalde argumenten hieronder als volgt aangevochten:

Eerste lid

Artikel 2 van de wet uitdrukkelijke motivering bestuurshandelingen bepaalt dat bestuurshandelingen uitdrukkelijk dienen te worden gemotiveerd.

Artikel 3 bepaalt dat deze motivering de juridische en feitelijk overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat deze afdoende dienen te zijn.

In zijn medisch advies van 25.02.2019, houdt de raadgevende arts van verweerder geen rekening met het medisch verslag van Dr. P. van 15.12.2018, dat op 28.12.2018 per aangetekend schrijven werd toegestuurd aan verweerder.

Dat de raadgevende arts van verweerder onvoldoende rekening houdt met dit verslag, blijkt uit zijn stelling dat er "geen medische indicaties voor gehele arbeidsongeschiktheid worden geobjectiveerd", terwijl het tegenovergestelde duidelijk uit het medisch verslag van 15.12.2018 van Dr. P. blijkt, zoals uiteengezet in het feitenrelaas.

De beslissing van verweerder is dan ook behept met een formeel motiveringsgebrek en schendt de artikelen 2 en 3 van de wet van 29.07.1991.

Verweerder heeft bovendien zijn zorgvuldigheidsplicht miskend aangezien hij niet al de elementen die hem werden overgemaakt bij de beoordeling van de aanvraag van verzoeker heeft betrokken.

Tweede lid

Wat de beschikbaarheid van de nodige behandeling betreft, steunt de arts van verweerder zich op informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is, namelijk :

- een Medcoi aanvraag van 11.09.2017 met het unieke referentienummer BMA 10030;
- een Medcoi aanvraag van 04/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11434; (dat echter een opzoeking betreft voor een vrouw met anemie en hoge bloeddruk;
- een overzicht met beschikbare medicatie voor Mr. G. S. in Angola volgens recente MedCOI-dossiers.

Hieruit beslist hij dat er geconcludeerd kan worden dat de volgende behandelingen/ geneesmiddelen, beschikbaar zijn in Angola :

- opvolging bij een internist, al dan niet gespecialiseerd als cardioloog en nefroloog;
- hemodialyse; en
- Amlodipine, Nebivolol, Perindopril, Bumetanide en Calciumcarbonaat (CaCO₃)+Cholecalciferol (Vitamine D₃) in een combinatiepreparaat.

Na consultatie van het administratief dossier van verzoeker, blijkt dat uit de MedCOI met het unieke referentienummer BMA 10030 afgeleid kan worden dat nefrologen in Angola enkel te vinden zijn in privé zorgverstrekkende faciliteiten in Luanda ("private facilities").

Uit de "Country Fact Sheet" Access to Healthcare - Angola van 28.01.2014 van de Dienst Vreemdelingenzaken blijkt duidelijk dat de stelling van verzoeker bijgetreden dient te worden. Er wordt er namelijk gesteld dat:

- Gezondheidszorg gefinancierd is door de overheid en dat er onvoldoende human resources en infrastructuur is voor de noden van het land (p. 3, tweede paragraaf);
- Wat geneesmiddelen betreft heeft het land regelmatige tekorten die de toegang tot gezondheidszorg impacteren. Er is geen gecentraliseerd overheidsprogramma om geneesmiddelen aan te kopen, en de bedeling van geneesmiddelen wordt bemoeilijkt door slechte omstandigheden en communicatiewegen. Er zijn bijna geen provinciale stockage-plaatsen voor geneesmiddelen (p.4);
- Toegang to gezondheidszorg is minimaal: slechts 30 à 40% van de bevolking heeft toegang tot gezondheidszorgen. Er zijn dagdagelijkse tekorten aan geneesmiddelen in privé-klinieken (p. 5);

- De privé-medische verzekeringsmarkt is niet toegankelijk voor de meerderheid van de bevolking (p. 7);
- Specifiek voor nierfalen, bestaan er enkel behandelingsfaciliteiten in Luanda, er zijn wachtlijsten en medisch personeel en infrastructuur in het land zijn ontoereikend. Niertransplanten, (en andere transplanten) zijn niet mogelijk in het land (p. 10)

Derde lid

Aangaande de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst, heeft verzoeker in zijn initiële aanvraag (beschikbaar in het administratief dossier) er reeds op gewezen dat Angola een van de slechtste en meest ontoegankelijke medische zorgstelsels ter wereld heeft.

Zo stelt de website "Export.Gov" in een publicatie van 17.7.2017 dat volgens de Angolese wetgeving, publieke gezondheidsdiensten, van primaire zorgen tot gespecialiseerde behandelingen, gratis beschikbaar zouden zijn. Toch wordt er ook vastgesteld dat de publieke zorg lijdt onder tekorten aan dokters, primaire zorgverstrekkers, verplegend personeel, medicijnen en onangepaste training, alsook een tekort aan computersystemen die toelaten om informatie de historische gegevens van patiënten op te volgen. Dienvolgens is de toegang tot gezondheidszorgen en geneesmiddelen ontoegankelijk voor de meerderheid van de bevolking. De beste kwaliteit van verzorging is beschikbaar in steden zoals Luanda, Benguela/Lobito, Lubango en Huambo.

Er is dus eveneens sprake van een geografische beperking tot toegankelijkheid gelet op het feit dat verzoeker uit Soyo afkomstig is.

De Export.Gov website stelt ook dat de helft van de in Angola in omloop zijnde medicijnen nagemaakt zijn. Hij stelt eveneens dat het tekort aan medicijnen en medische toebehoren op de Angolese markt, omwille van staatsbegrotingsproblemen en de lage waarde van de Angolese munt een negatief impact heeft op de gezondheid van patiënten.

Dat er tekorten aan medicijnen kunnen zijn wordt bevestigd door een recent artikel van Reuters (25.03.2018) met de titel "Drug Shortages cripple Angola's health service" en waaruit blijkt dat klinieken zonder medicijnen geen uitzondering zijn, en dat het land er niet in geslaagd is om een systeem uit te bouwen voor het aankopen en verdelen van medicijnen en het trainen van dokters en verplegers. Slechts 4 % van het jaarlijks staatsbudget wordt besteed aan gezondheidszorg. Zowel de publieke klinieken in moeilijk te bereiken plaatsen, als deze in Luanda zelf ondervinden deze problemen. Zo stellen arme patiënten in Luanda dat zij geregeld gevraagd worden om te betalen voor medicijnen die gratis ter beschikking zouden moeten worden gesteld. Er is ook sprake van een probleem van corruptie wat de door de staat aangekochte medicijnen betreft: de helft ervan zou hun bestemming niet bereiken. De staat heeft betalingsachterstanden van meer dan 8 maanden, hetgeen betekent dat toeleveranciers vaak weigeren om bestellingen te aanvaarden.

De expat website "Just landed", dat op 16.05.2018 werd geconsulteerd stelt dat:

"Most Angolans, expats and tourists must pay for private treatment, as public healthcare is not easily accessible. The standard in public hospitals and clinics is very low with regards to cleanliness, availability of medication and medical centres, and provision of basic services.

Public health services are very limited in Angola. It is more than likely that you will end up having to visit a private hospital, if you fall ill whilst in Angola. This is how locals must also cope. There are very few qualified doctors, and few hospitals or clinics in Angola. Combined with a poor infrastructure, the Angolan Ministry of Health, MINSA, faces a difficult job to improve primary, secondary and tertiary care. Private health care is expensive in Angola and you will be expected to pay upfront for any treatments in a medical center. For major medical care such as surgery, many expats will either return home or go to South Africa to receive treatment. If you have a medical issue prior to arrival in Angola, it is important to bring the medication with you in the original packaging in case any problem arises. There are local private hospitals scattered across Luanda, though there are very few located outside of the city".

Vrije vertaling:

"De meeste Angolezen, expats en toeristen, moeten betalen voor privé-behandelingen aangezien publieke gezondheidszorg niet gemakkelijk toegankelijk is. Het standaard in publieke ziekenhuizen en klinieken is zeer laag met betrekking tot properheid, beschikbaarheid van medicijnen en medische centra, en beschikbaarheid van basisdiensten". [■•■]

Publieke gezondheidszorgen zijn erg beperkt in Angola. Indien je ziek wordt in Angola, is het meer dan waarschijnlijk dat je zal eindigen met een bezoek aan een privéziekenhuis. Dit is ook hoe de lokale bevolking zich moet behelpen. Er zijn erg weinig gekwalificeerde dokters, en weinig ziekenhuizen en klinieken in Angola. In combinatie met een slechte infrastructuur, heeft de Angolese Ministerie van Gezondheid een moeilijke taak om primaire, secundaire en tertiaire zorg te verbeteren.

Private gezondheidszorgen zijn duur in Angola, en jij zult verwacht worden om op voorhand te betalen voor een behandeling in een medisch centrum. De meeste expats keren terug naar hun land van oorsprong of reizen naar Zuid-Afrika voor ingrijpende medische behandelingen zoals chirurgische ingrepen. Indien u een medisch probleem hebt voor uw aankomst in Angola, is het belangrijk om een

reserve aan medicatie mee te nemen in de oorspronkelijke verpakking voor het geval een probleem zich zou voordoen. "

Er blijkt dus dat de publieke gezondheidsvoorzieningen volledig onbetrouwbaar zijn.

Daarentegen, zijn de private voorzieningen de facto enkel toegankelijk voor expats en voor werknemers van de bedrijven die deze opzetten, en zelfs deze zijn niet adequaat, zeker wat betreft problemen waar gespecialiseerde medische expertise noodzakelijk is (zie artikel "Angola: Helath Care in a War-Torn Country").

Wat de specifieke situatie van nierpatiënten betreft, wenst verzoeker te verwijzen naar recente artikelen uit de Angolese pers waaruit blijkt dat de situatie zorgwekkend is en er geen stabiliteit van behandeling kan worden gegarandeerd (m.n. "Levée de la grève aux centres d'hémodialyse de Beguela" van 16.11.2017, "Angola: Kidney failure situation remains serious" van 30.11.2016 en "Appel à la protection des malades atteints d'insuffisance rénale" van 31.05.2018).

Gelet op bovenstaande informatie is het duidelijk dat verzoeker geen toegang zou hebben tot een niveau van zorg dat hem toe zou laten om op adequate wijze behandeld te worden in zijn land van oorsprong. Verzoeker stelt niet dat de gezondheidszorg in Angola louter van een minder goed niveau is dan dat van België, maar dat het dermate slecht is dat het een schending zou uitmaken van artikel 3 EVRM indien hij naar zijn land van herkomst zou worden teruggestuurd.

Er kan alleszins niet verwacht worden van verzoeker dat hij hier beroep op zou kunnen doen, en dit los van de vraag of hij naar zijn land van oorsprong kan terugkeren, gelet op zijn verzoek om internationale bescherming.

De behandeling die verzoeker nodig heeft is noch beschikbaar noch toegankelijk in Angola.

Het is duidelijk uit de door hem aangebachte medische stukken, dat verzoeker, die van bescheiden komaf is, niet in staat zal zijn om te werken, gelet op zijn gezondheidstoestand. Hij herinnert eraan dat Dr. P. in zijn verslag van 15.12.2018 duidelijk gesteld heeft dat in het chronisch nierfalen stadium het onmogelijk is om een tewerkstelling in normale omstandigheden te overwegen. Daarbij is de stelling dat de jongere echtgenote van verzoeker wel voor inkomsten voor het gezin zou kunnen zorgen en zo de verzorging van haar echtgenoot zou kunnen bekostigen geheel hypothetisch en kadert geenszins binnen het wettelijk kader dat door artikel 9ter van de Vreemdelingenwet wordt geboden.

Verweerder beweert dat de door verzoeker aangehaalde informatie niet betrouwbaar zou zijn. Deze is echter in lijn met de informatie die verweerder zelf heeft aangebracht en er is dan ook geen enkele reden waarom daar geen rekening mee zou dienen te worden gehouden.

De arts van verweerder verwijst in het advies waarop de bestreden beslissing stoelt onder meer naar informatie afkomstig uit:

a) "Global Pricing & Reimbursement 2018"

Daarbij wordt echter volgende cruciale informatie niet (of zeer onvolledig om een veel "Vleiender" beeld te geven) vermeld:

"Issues that affect pricing

Lack of regulation and scarcity of medicines are the main problems. Medicines are dispensed for free in public healthcare facilities. However, the National Health System is clearly unable to meet demand, and hospitals are frequently out of stock. The National Health Services' insufficiency, together with structurally unregulated prices, cause private pharmacies to charge very high prices for medicinal products.

While it is difficult to assess, these conditions also foster a very active black market, with severe counterfeiting issues. The country's size and deficient health coverage further contribute to this outcome. Direct importation of products therefore remains a relevant concern.

The National Health Development Plan for 2012-2025 (the "Plan") sets out to increase the use of generic medicines. While this may contribute to decrease medicine pricing in the future, the country currently lacks the institutional framework to ensure or promote substitution of branded medicines by generics.

Direct import is also a relevant concern. Even though CECOMA is the procurement central in charge of the acquisition, storage and distribution of medicines for the public sector, some private actors and Provincial Governments may carry out procurement on their own, which also gives rise to price surges." (p. 19)

Vrije vertaling:

"Problemen die een impact hebben op de prijszetting

Gebrek aan reglementering en tekort aan geneesmiddelen zijn de voornaamste problemen. Geneesmiddelen worden gratis ter beschikking gesteld via de publieke gezondheidsinstellingen. Maar de National Health Service is duidelijk niet in staat om de vraag te vervullen, en ziekenhuizen zijn vaak niet in voorraad. De tekortkomingen van de National Health Service, samen met de structureel nietgereguleerde prijzen, leiden ertoe dat privé ziekenhuizen hoge prijzen vragen voor geneesmiddelen.

Hoewel het moeilijk te beoordelen is, vormt dit ook een vruchtbaar bodem voor een zeer actieve zwarte markt, met serieuze namaak-problemen. De grootte van het land, en de gebrekkige gezondheidsdekking dragen verder bij tot deze situatie. Direct invoer van producten blijft dus een relevante bezorgdheid.

De National Health Development Plan voor 2012-2025 neemt zich voor om het gebruik generische medicijnen op te trekken. Hoewel dit in de toekomst tot lagere prijszetting van geneesmiddelen zou kunnen leiden, ontbreekt er op heden een institutioneel kader om een vervanging of promotie van merk-geneesmiddelen door generische geneesmiddelen te verzekeren." (p. 19) (eigen benadrukking). Verzoeker meent dat dit de door hem in zijn aanvraag tot verblijfsmachtiging uiteengezette redenering bevestigt.

b) Document van de Wereldgezondheidsorganisatie 1

De arts van verweerder verwijst naar dit document om te in de verf te zetten dat er ten gevolge van het "National Health Development Plan 2012 -2025" dat uitgewerkt werd met de steun van de WHO, met als voornaamste prioriteiten het opwaarderen en uitbreiden van de infrastructuur en capaciteit van de gezondheidszorg, meer specifiek voor de rurale populatie, opleiding van professionelen en de ziekte preventie, een stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg van 1,7 naar 2,7% van het BNP tussen 2009 en 2014 plaatsvond.

Verzoeker wenst er echter op te wijzen dat dit document hieraan onmiddellijk toevoegt dat gedurende dezelfde periode de totale gezondheidsgerelateerde uitgaven, als percentage van het budget van de staat echter relatief stabiel blijven op het niveau van 4,58%.

Op pagina's 10 en 12 van dit document worden eveneens de volgende punten vermeld als "serieuze uitdagingen":

- een sterke toename (alsnog niet becijferd) in het zich voordoen van niet overdraagbare ziektes;
- beperkte capaciteit van nationale instellingen om chronische, niet-communiceerbare ziektes te voorkomen en te behandelen.

Er kan dus niet zomaar besloten worden dat deze bron eenstemmig de stellingen van de arts van verweerder ondersteunt, wel integendeel. Er blijkt daaruit dat verweerder, die aan chronische, niet-overdraagbare ziektes zeer waarschijnlijk niet behandeld zal kunnen worden in zijn land van oorsprong.

c) Document van de Wereldbank²

De raadgevende arts van verweerder verwijst naar dit document ter ondersteuning van zijn stelling dat de zorg in de eerste lijn in het land van verzoeker als regel voor iedereen gratis is, "maar dat nog steeds toeslagen gevraagd worden". Bijgevolg meent hij te kunnen besluiten dat de gezondheidszorg positief evolueert en dat de basiszorg "zeker toegankelijk is".

Verzoeker stelt vast dat de link niet werkzaam is en kan de accuraatheid van deze stellingen niet nagegaan kan worden zolang hij geen toegang heeft gehad tot het administratief dossier.

Hij wenst er alvast op te wijzen dat hij gespecialiseerde zorg nodig heeft en niet louter basiszorg.

c) Country fact sheet Angola³

Verweerder beroept zich op dit document om te stellen dat "specifiek voor betrokkene (verzoeker), in het kader van zijn nierproblematiek, kan gesteld worden dat de zorg en opvolging door een nefroloog gratis is."

Aangezien dit document eveneens niet publiek beschikbaar is, behoudt verweerder zich het recht om hieromtrent verdere middelen te ontwikkelen na raadpleging van zijn administratief dossier.

Uit al de bovengehaalde punten, blijkt duidelijk dat verweerder een manifeste beoordelingsfout heeft begaan door een zeer eenzijdige lezing van de informatie die hij tot zijn beschikking had. Het is immers, in tegenstelling tot hetgeen hij beweert, en onder voorbehoud van kennisname van het administratief dossier, zeer duidelijk dat het gezondheidssysteem van Angola niet enkel zeer gebrekkig is op vlak van de beschikbaarheid van de medische zorgen die verzoeker nodig heeft, maar ook dat deze zeker niet toegankelijk zijn, in het bijzonder gelet op de persoonlijke situatie van verzoeker.

De aangevochten beslissing is niet afdoende gemotiveerd met betrekking tot de bronnen waartoe verzoeker geen toegang heeft. Minstens wenst hij hieromtrent een voorbehoud te formuleren.

Vierde lid

Voorts stelt de arts van verweerder het volgende in zijn advies:

"Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp."

Zoals in het feitenrelaas aangestipt, dient er echter verwezen te worden naar het verslag van Dr. P. van 15.12.2018 waarin duidelijk wordt gesteld dat in het chronisch nierinfarkt stadium het onmogelijk is een tewerkstelling in normale omstandigheden te overwegen.

De arts van verweerder stelt in zijn advies ook als volgt

"Betrokkene verblijft hier met zijn tien jaar jongere echtgenote en hun 3 kinderen. De echtgenote, legt evenmin een bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voor. Zij kan, indien nodig, mee instaan voor de eventuele kosten van de behandeling. Door reguliere arbeid kan zij ook een betere status in de sociale zekerheid verwerven, net als haar echtgenoot.

Betrokkene verliet vrij recent het thuisland. Het is dus zeer onwaarschijnlijk dat hij geen familie of sociale contacten meer heeft in het thuisland, waar het gezin op terug kan vallen bij terugkeer naar het thuisland voor opvang en ondersteuning".

Eerst en vooral heeft Dr. P. in zijn verslag van 15.12.2018 er eveneens op gewezen dat verzoeker mantelzorg nodig heeft. Concreet dient zijn echtgenote hiervoor in te staan, terwijl er ondertussen een kind geboren werd (op 2.11.2018). In deze omstandigheden is het niet realistisch ervan uit te gaan dat de echtgenote voldoende inkomsten kan genereren om heel het gezin, met inbegrip van een haar echtgenoot die bijna aan dialyse toe is, financieel en moreel te kunnen ondersteunen.

Daarbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat het bruto nationaal inkomen per capita in Angola, volgens gegevens afkomstig van de Wereldbank, 3.570 USD bedraagt, oftewel 297,50 USD per maand (stuk 3), alsook dat generische middelen er alsnog niet wijdverspreid zijn zodat merkgeneesmiddelen op de private markt dienen te worden aangekocht zoals besproken supra.

De arts van verweerder verwijst ook naar de bredere familiale solidariteit waarop verzoeker zou moeten kunnen terugvallen.

Verzoeker wijst erop dat een dergelijke solidariteit geen door artikel 9ter Vw voorziene voorwaarde uitmaakt. In het kader van dit artikel dient nagegaan te worden of een adequate behandeling beschikbaar is in het land van afkomst van de verzoeker die aan een ernstige ziekte lijdt, en of de verzoeker er toegang toe kan hebben.

Gezinssolidariteit dient er niet in overweging genomen te worden gelet op diens aleatoir karakter.

Er is dus ook sprake van een schending van artikel 9ter Vw door verweerder."

2.2 De Raad benadrukt dat de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 tot doel hebben de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid deze beslissing heeft genomen, zodat hij kan beoordelen 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). Het begrip 'afdoende' impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

De Raad stelt vast dat in de bestreden beslissing duidelijk het determinerende motief wordt aangegeven op grond waarvan deze beslissing is genomen. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9ter van de vreemdelingenwet en een advies van een ambtenaar-geneesheer, immers geduid dat uit het voorgelegde medisch dossier niet kan worden afgeleid dat eerste verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of zijn fysieke integriteit of aan een ziekte die 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 gewoonlijk verblijft.

Het advies van de ambtenaar-geneesheer van 5 juli 2019 waarnaar in deze beslissing expliciet wordt verwezen, werd samen met deze beslissing ter kennis gebracht en de inhoud ervan dient derhalve te worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de bestreden beslissing. De ambtenaar-geneesheer licht in zijn verslag tevens de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging toe in Angola. De ambtenaar-geneesheer geeft eveneens aan dat in het dossier geen tegenindicaties tot reizen staan vermeld en dat er geen medische indicaties worden geobjectiveerd voor gehele arbeidsongeschiktheid. De geattesteerde mantelzorg kan door zijn gezin worden uitgevoerd, nu de beslissing ook op hen betrekking heeft en zij hem zullen vergezellen bij terugkeer. De ambtenaar-geneesheer oordeelt dat hoewel de aandoening van voormelde verzoeker kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien de medische behandeling en de opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Angola. Hij besluit dat er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland Angola.

Deze motivering is pertinent en draagkrachtig. Ze laat verzoekers toe hun rechtsmiddelen met kennis van zaken aan te wenden. Daarmee is aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht voldaan (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298). Een schending van de formele motiveringsplicht wordt niet aangetoond.

Het zorgvuldigheidsbeginsel waarnaar verzoekers verwijzen, legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenfinding (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.

Verzoekers voeren tevens een manifeste beoordelingsfout aan. Voormelde schending van de materiële motiveringsplicht moet *in casu* worden onderzocht in het raam van de toepassing van de bepalingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarvan verzoekers eveneens de schending aanvoeren. 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.

Artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

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

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

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.”

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet voorziet derhalve in twee situaties waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoont dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (*Parl.St. Kamer, 2005-06, nr. 2478/001, 34*) en er dus “een onmogelijkheid om te reizen” bestaat (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138*). Het betreft hier dus vreemdelingen “die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst” en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de vreemdelingenwet (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 9*). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/001, 35* en *Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138*). Een dergelijk onderzoek is evenwel niet vereist indien uit de aard van de aandoening zelf – een aandoening die niet ernstig is of die geen behandeling vereist – kan worden afgeleid dat er geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

Zoals hoger gesteld, verklaarde de gemachtigde van de minister *in casu* de aanvraag tot verblijfsmachtiging van verzoekers ontvankelijk, doch ongegrond met toepassing van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet op grond dat niet blijkt dat verzoeker 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 beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland. Er wordt hierbij verwezen naar een medisch advies opgesteld door de ambtenaar-geneesheer op 5 juli 2019, hetgeen luidt als volgt:

“NAAM: G. S., G. F. H. (R.R.: ...)

Mannelijk

nationaliteit: Angola

geboren te Soyo op (...) 1978

adres: (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. G. S. G. F. H. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 23.10.2018.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- SMG d.d. 23/07/2018 van Dr. Y. P. (internist-nefroloog): *chronische nierinsufficiëntie graad IV met progressieve proteïnurie waarschijnlijk t.g.v. nefro-angiosclerose - medicatie: Amlor, Burinex, Perindopril, Nobiten en voedingssupplementen: D-Cure en CaCO₃*
- SMG d.d. 12/01/2018 van Dr. Fr. M. (huisarts): *nierinsufficiëntie graad IV (IMDRD: 22ml/min) van onbekende oorsprong - medicatie: Amlor, Burinex, Nobiten en Perindopril*
- Laboresultaten d.d. 10/10/2017, 14/12/2017, 22/10/2017, 15/02/2018, 09/04/2018, 11/06/2018
- Hospitalisatieverslag d.d. 22/09/2017 van Dr. N. K. (nefroloog in opleiding) onder supervisie van Prof. Dr. A. P. (internist-nefroloog) van de opname van 21/09-02/10/2017: *acute hypertensieve crisis met normaal bilan voor Aldosteron/Renine en Cortisol, chronische nierinsufficiëntie graad IV met bilaterale renale atrofie (li>re) en microcytémie met normaal ferritine - medicatie bij ontslag: Amlor, Nobiten en Perindopril*
- Verslag van retrograde cystografie met mictie-onderzoek d.d. 13/10/2017 van Dr. J. F. (radioloog): *geen passieve noch actieve vesico-ureterale reflux, volledige blaaslediging zonder residu*
- Paramedisch dossier Samusocial Brussel van 21/09-02/10/2017: *spoedopname wegens persisterende hoge bloeddruk na toediening van 10mg Amlor (240/140mmHg -> 230/150mmHg) met hospitalisatie op de afdeling pneumo-nefro te CHU Grugmann en ontslag op 02/10/2017 met als medicatie: Amlor, Nobiten en Perindopril*
- Medicatieschema d.d. 25/10/2017: *Burinex, Amlor, Perindopril en Nobiten*
- SMG d.d. 15/10/2018 en uitgebreid medisch verslag d.d. 15/12/2018 van Dr. Y. P.: *chronische nierinsufficiëntie graad IV waarschijnlijk t.g.v. nefro-angiosclerose, in progressie en met als gevolg een belangrijke proteïnurie, secundaire hyperparathyroïdie en metabole acidose met waarschijnlijk nood aan hemodialyse of peritoneale dialyse in de loop van 2019*
- Laboresultaten d.d. 12/12/2018: *oplopende ureum- en creatinine-waarden (ureum: 81.0-93.0- 108.0 mg/dl; creatinine: 2.96 - 3.52 - 3.18 mg/dl)*

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 40-jarige man die op 21/09/2017 een hypertensieve crisis presenteert (aanval van heel hoge bloeddruk die slecht reageert op medicatie) en die via de spoedafdeling ter observatie en behandeling wordt opgenomen van 22/09 - 02/10/2017.

Tijdens deze hospitalisatie wordt een chronische nierinsufficiëntie met graad IV vastgesteld¹.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Amlodipine (Amlor), een bloeddruk verlagend middel van de klasse van de Calciumantagonisten
- Nebivolol (Nobiten), een bèta-blokker die de bloeddruk verlaagt en het hartritme vertraagt
- Perindopril (Perindopril), een ACE-inhibitor die de bloeddruk verlaagt
- Bumetanide (Burinex), een vocht afdrijvend middel
- Voedingssupplementen bij nierinsufficiëntie: calciumcarbonaat (CaCO₃) en vitamine D₃ = cholecalciferol (D-Cure)

Voorliggend medisch dossier beschrijft geen contra-indicaties om te reizen. Er worden geen medische indicaties voor gehele arbeidsongeschiktheid geobjectiveerd.

Betrokkene heeft nood aan psychologische ondersteuning door zijn familie. Zijn gezin zal hem bij terugkeer vergezellen, vermits de beslissing ook op hen betrekking heeft, zodat de geattesteerde mantelzorg door hen uitgevoerd kan worden.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst / terugname

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 is²:*

-Aanvraag Medcoi van 11/09/2017 met het unieke referentienummer BMA 10030

-Aanvraag Medcoi van 04/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11434

2. Overzicht met beschikbare medicatie voor Mr. G. S. in Angola volgens recente MedCOI-dossiers

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging bij een internist, al dan niet gespecialiseerd als cardioloog en nefroloog, beschikbaar is in Angola.

Hemodialyse is beschikbaar in Angola.

Amlodipine, Nebivolol, Perindopril, Bumetanide en calciumcarbonaat (CaCO₃)+cholecalciferol (vitamine D₃) in een combinatiepreparaat zijn beschikbaar in Angola.

De medische zorgen zijn dus beschikbaar in Angola.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager. De nationale gezondheidszorg (National Health Service, NHS) omvat drie geledingen: het ministerie van Gezondheidszorg, de provinciale besturen met de provinciale gezondheidsdirecties en de provinciale ziekenhuizen, en de gemeentelijke besturen met hun gezondheidsstructuren, ziekenhuizen en gezondheidsposten. De gemeentelijke besturen krijgen sinds recent meer verantwoordelijkheid en zeggenschap in het organiseren van de eerste lijn geneeskunde en de basis gezondheidszorg.

De zorgen verleend en georganiseerd door de NHS zijn gratis en worden aangeleverd door het driedelig piramidaal systeem met op de eerste lijn de gezondheidscentra en klinieken, de gemeentelijke hospitalen, de verpleegposten en dokters praktijken. Op de tweede lijn vinden we klassiek de algemene en monovalente ziekenhuizen en op de derde lijn de gespecialiseerde en centrale ziekenhuizen. Het openbare gezondheidssysteem omvat ook het leger, het ministerie van binnenlandse zaken en de publieke instellingen voor gezondheidszorg georganiseerd door de bedrijven.³

De wet erkent en organiseert de verschillende types van geneeskunde, maar het systeem is nog niet voldoende gegroeid om een bepaalde regeling toe te schrijven aan elk type geneeskunde.

De medicinale producten zijn gereguleerd door het ministerie van Gezondheidszorg. De medicatie wordt gecontroleerd en gemonitord door de General Health Inspection, die de verantwoordelijkheid heeft over de controle van de kwaliteit van de geïmporteerde geneesmiddelen. Het Nationaal Directoraat voor de gezondheid (DNME) regelt de farmaceutische activiteit en overziet de toepassing van de administratieve en technische regularisatie van de sector. Een geneesmiddel kan alleen legaal verspreid en ter beschikking gesteld worden in Angola na goedkeuring en registratie door het DNME. De registratie is geldig voor de duur van 5 jaar en vernieuwbaar. Generieken hebben nog geen legale definitie en erkenning maar de wet voorziet "therapeutische equivalenten" in vergelijking met het referentieproduct. Er wordt wel gestreefd naar de best mogelijke prijs = goedkoopste geneesmiddel. Deze maatregelen resulteerden in het opstellen van een nationale lijst van Essentiële Geneesmiddelen. De aankoop en import van de meeste geneesmiddelen wordt geregeld door de regering. Echte terugbetaling is nog niet bij wet geregeld en de prijs wordt heden onderhandeld, zoals elk ander consumptieproduct, onder controle van het National Pricing System. Er zijn verschillende regels bij wet voorzien in het kader van voorschrift en levering van geneesmiddelen.⁴

In publieke instellingen zijn de geneesmiddelen gratis te verkrijgen. Dit resulteert in een prijs volgens aanbod in de private instellingen, wat de prijs zeer sterk in de hoogte jaagt.

In het kader van de organisatie en promotie van de gezondheidszorg werd een National Health Development Plan 2012-2025 uitgewerkt met de steun van de WHO en met als voornaamste prioriteiten het opwaarderen en uitbreiden van de infrastructuur en capaciteit van de gezondheidszorg, meer specifiek voor de rurale populatie, opleiding van professionelen en de ziekte preventie. Dit resulteerde in

een stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg van 1,7 naar 2,7% van het BNP tussen 2009 en 2014.⁵

De Wereldbank getuigt eveneens dat de zorg in de eerste lijn voor iedereen gratis is volgens de regel, maar dat nog steeds toeslagen gevraagd worden.⁶

We kunnen dus besluiten dat de gezondheidszorg positief evolueert en dat de basiszorg zeker toegankelijk is. Specifiek voor betrokkene, in het kader van zijn nier-problematiek, kan gesteld worden dat de zorg en opvolging door een nefroloog gratis is.⁷

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene verblijft hier met zijn tien jaar jongere echtgenote en hun 3 kinderen. De echtgenote legt evenmin een bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voor. Zij kan, indien nodig, mee instaan voor de eventuele kosten van de behandeling. Door reguliere arbeid kan zij ook een betere status in de sociale zekerheid verwerven, net als haar echtgenoot.

De argumenten van de advocaat dat er geen verzorging beschikbaar is in het gebied waar zij wonen dienen niet in aanmerking genomen te worden. Niets belet een jong gezin om te verhuizen naar een stad waar de zorg wel aanwezig is en waar ook meer kansen op tewerkstelling zijn.

Betrokkene verliet vrij recent het thuisland. Het is dus zeer onwaarschijnlijk dat hij geen familie of sociale contacten meer heeft in het thuisland, waar het gezin op terug kan vallen bij terugkeer voor opvang en ondersteuning.

De verschillende argumenten die de advocaat aanhaalt, kunnen slechts gedeeltelijk aanvaard worden: leveringsproblemen van medicatie doen zich ook voor in Westerse landen. Betrokkene en zijn echtgenote zijn in staat om (aangepaste) arbeid te verrichten, zodat zij een grotere financiële onafhankelijkheid kunnen verwerven en toegang hebben tot een betere gezondheidszorg.

De opmerking dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de zorg is dus zuiver speculatief.

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 inkomsten genererende 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.⁸

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de chronische nierinsufficiëntie graad IV met proteïnurie, secundaire hyperparathyroïdie en metabole acidose geen reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. G. S., noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland of het land van terugname, met name Angola.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar Angola.”

Verzoekers betogen dat er in het medisch advies geen rekening is gehouden met het medisch verslag van dr. P. van 15 december 2018. Dit blijkt uit de stelling dat er “geen medische indicaties voor gehele arbeidsongeschiktheid worden geobjectiveerd” terwijl het tegenovergestelde blijkt uit het medisch verslag.

De Raad merkt op dat de arts-adviseur weldegelijk rekening heeft gehouden met het medisch verslag van 15 december 2018 waar hij in het medisch advies het volgende stelt:

“SMG d.d. 15/10/2018 en uitgebreid medisch verslag d.d. 15/12/2018 van Dr. Y. P.: chronische nierinsufficiëntie graad IV waarschijnlijk t.g.v. nefro-angiosclerose, in progressie en met als gevolg een belangrijke proteïnurie, secundaire hyperparathyroïdie en metabole acidose met waarschijnlijk nood aan hemodialyse of peritoneale dialyse in de loop van 2019

Laboresultaten d.d. 12/12/2018: oplopende ureum- en creatinine-waarden (ureum: 81.0-93.0- 108.0 mg/dl; creatinine: 2.96 - 3.52 - 3.18 mg/dl”

In het medisch verslag van dr. P van 15 december 2018 kan worden gelezen dat in dit stadium van de ziekte het onmogelijk is te werken onder normale omstandigheden. Aldus kan hierin worden gelezen dat werken ‘onder normale omstandigheden’ onmogelijk is doch er blijkt niet dat verzoeker niet zou kunnen

werken onder aangepaste omstandigheden. De arts-adviseur stelt bijgevolg niet kennelijk onredelijk vast dat er geen bewijs voorligt van algemene arbeidsongeschiktheid. Het feit dat verzoeker onder aangepaste werkomstandigheden wel aan het werk zou kunnen gaan, wordt niet betwist door verzoekers, laat staan weerlegd.

De schending van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt niet aangetoond.

Verzoekers wijzen er vervolgens op dat uit het MedCOI-document met referentienummer BMA 10030 afgeleid kan worden dat nefrologen in Angola enkel te vinden zijn in privéfaciliteiten in Luanda. Verzoeker verwijst tevens naar de Country Fact Sheet Angola van 2014 waarin wordt gesteld dat er onvoldoende human resources en infrastructuur is voor de noden van het land; dat er regelmatige tekorten zijn van geneesmiddelen; dat de toegang tot de gezondheidszorg minimaal is en er dagdagelijkse tekorten zijn aan geneesmiddelen in privéklinieken en dat er enkel behandelingsfaciliteiten zijn voor nierfalen in Luanda, met wachtlijsten. Niertransplantaties zijn niet mogelijk in het land.

In het medisch advies van 5 juli 2019 stelt de arts-adviseur omtrent de beschikbaarheid het volgende:

*“Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst / terugname
Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):*

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

-Aanvraag Medcoi van 11/09/2017 met het unieke referentienummer BMA 10030

-Aanvraag Medcoi van 04/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11434

2. *Overzicht met beschikbare medicatie voor Mr. G. S. in Angola volgens recente MedCOI-dossiers*

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging bij een internist, al dan niet gespecialiseerd als cardioloog en nefroloog, beschikbaar is in Angola.

Hemodialyse is beschikbaar in Angola.

Amlodipine, Nebivolol, Perindopril, Bumetanide en calciumcarbonaat (CaCO₃)+cholecalciferol (vitamine D₃) in een combinatiepreparaat zijn beschikbaar in Angola.

De medische zorgen zijn dus beschikbaar in Angola.”

De arts-adviseur stelt aldus vast uit de informatie van de MedCOI-databank van 2017 en 2018 dat opvolging bij een internist, al dan niet gespecialiseerd als cardioloog en nefroloog beschikbaar is in Angola. Hemodialyse is eveneens beschikbaar. En de medicatie die verzoeker dient te nemen is eveneens beschikbaar. Waar verzoekers erop wijzen dat niertransplantatie niet mogelijk is in Angola tonen verzoekers voornamelijk niet aan dat verzoeker een niertransplantatie nodig heeft en blijkt dit niet uit de door verzoekers ingediende medische stukken. Waar verzoekers erop wijzen dat nefrologen enkel te vinden zijn in privéfaciliteiten merkt de Raad op dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet tot doel heeft de vreemdeling te garanderen dat er in het land van herkomst een evenwaardige mogelijkheid tot behandeling bestaat als in België. Het eventuele feit dat het niveau van de zorgverstrekking in Angola niet vergelijkbaar is met dat van in België en dat bepaalde vormen van zorgverstrekking er voor bepaalde burgers minder eenvoudig toegankelijk of beschikbaar zijn, impliceert niet dat een verblijfsmachtiging om medische redenen niet kan worden geweigerd aan een uit dat land afkomstige vreemdeling. Verzoekers tonen ook niet aan dat verzoeker geen toegang heeft tot de privéfaciliteiten. De arts-adviseur is nagegaan of verzoekers aandoening in het algemeen behandeld kan worden in Angola, welk niveau de medische zorgen in Angola in het algemeen hebben, waarbij een opsplitsing werd gemaakt tussen publieke ziekenhuizen en private en de arts-adviseur is nagegaan of de nodige medicatie in het algemeen beschikbaar is in Angola. Tevens werd onderzocht of er een systeem van sociale zekerheid bestaat in Angola. Het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong of verblijf gebeurt geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager(...). (Gedr.St., Kamer, 2005-06, nr. 2478/001, 35) en is onderzocht onder de titel *“toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst”* in medisch advies.

Waar verzoekers wijzen op ‘regelmatige tekorten’ van geneesmiddelen tonen verzoekers niet aan dat de tekorten systematisch zijn en dat zij met betrekking tot de noodzakelijke medicatie geconfronteerd zullen worden met een tekort. Verzoekers verwijzen overigens naar een rapport van 2014. De recente informatie van 2017 en 2018 waarop de arts-adviseur beroep doet, wordt niet weerlegd door de informatie uit een rapport van 2014.

Verzoekers vervolgen dat wat de toegankelijkheid van de zorgen en opvolging in het land van herkomst betreft zij in hun aanvraag erop hebben gewezen dat Angola een van de slechtste en meest ontoegankelijke medische zorgstelsels ter wereld heeft. Verzoekers verwijzen naar de website "Export.Gov" van 2017 waaruit blijkt dat de publieke zorg lijdt onder tekorten in de gezondheidszorgen. De beste kwaliteit van verzorging is beschikbaar in steden zoals Luanda. Verzoekers zijn evenwel afkomstig uit Soyo. Bovendien stelt de website vast dat er een tekort is aan medicijnen waardoor medicijnen worden nagemaakt en aan patiënten wordt gevraagd om te betalen voor medicijnen die gratis ter beschikking zouden moeten zijn. Verzoekers concluderen dat de publieke gezondheidsvoorzieningen volledig onbetrouwbaar zijn. Verder verwijzen verzoekers naar artikelen uit de Angolese pers waaruit blijkt dat de situatie van nierpatiënten zorgwekkend is en er geen stabiliteit van behandeling kan worden gegarandeerd. Verzoekers herinneren eraan dat verzoeker onmogelijk kan werken in normale omstandigheden en het feit dat zijn echtgenote voor inkomsten zou kunnen zorgen is hypothetisch en kadert niet binnen artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Verder verwijzen verzoekers naar de informatie afkomstig van 'Global Pricing & Reimbursement 2018' waaruit blijkt dat privé ziekenhuizen hoge prijzen vragen voor geneesmiddelen en naar een document van de Wereldgezondheidsorganisatie waaruit blijkt dat de totale gezondheidsgerelateerde uitgaven tussen 2009 en 2014 relatief stabiel bleven. Verzoekers menen dat de arts-adviseur een manifeste beoordelingsfout heeft begaan door een eenzijdige lezing van de informatie die hij tot zijn beschikking had. Verzoekers betogen dat het duidelijk is dat de beschikbaarheid van de medische zorgen gebrekkig is en tevens niet toegankelijk, gelet op verzoekers persoonlijke situatie.

In het medisch advies van 5 juli 2019 wordt omtrent de toegankelijkheid van de medische zorgen het volgende uiteengezet:

"(...) In het kader van de organisatie en promotie van de gezondheidszorg werd een National Health Development Plan 2012-2025 uitgewerkt met de steun van de WHO en met als voornaamste prioriteiten het opwaarderen en uitbreiden van de infrastructuur en capaciteit van de gezondheidszorg, meer specifiek voor de rurale populatie, opleiding van professionelen en de ziekte preventie. Dit resulteerde in een stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg van 1,7 naar 2,7% van het BNP tussen 2009 en 2014.5

De Wereldbank getuigt eveneens dat de zorg in de eerste lijn voor iedereen gratis is volgens de regel, maar dat nog steeds toeslagen gevraagd worden.6

We kunnen dus besluiten dat de gezondheidszorg positief evolueert en dat de basiszorg zeker toegankelijk is. Specifiek voor betrokkene, in het kader van zijn nier-problematiek, kan gesteld worden dat de zorg en opvolging door een nefroloog gratis is.7

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene verblijft hier met zijn tien jaar jongere echtgenote en hun 3 kinderen. De echtgenote legt evenmin een bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voor. Zij kan, indien nodig, mee instaan voor de eventuele kosten van de behandeling. Door reguliere arbeid kan zij ook een betere status in de sociale zekerheid verwerven, net als haar echtgenoot.

De argumenten van de advocaat dat er geen verzorging beschikbaar is in het gebied waar zij wonen dienen niet in aanmerking genomen te worden. Niets belet een jong gezin om te verhuizen naar een stad waar de zorg wel aanwezig is en waar ook meer kansen op tewerkstelling zijn.

Betrokkene verliet vrij recent het thuisland. Het is dus zeer onwaarschijnlijk dat hij geen familie of sociale contacten meer heeft in het thuisland, waar het gezin op terug kan vallen bij terugkeer voor opvang en ondersteuning.

De verschillende argumenten die de advocaat aanhaalt, kunnen slechts gedeeltelijk aanvaard worden: leveringsproblemen van medicatie doen zich ook voor in Westerse landen. Betrokkene en zijn echtgenote zijn in staat om (aangepaste) arbeid te verrichten, zodat zij een grotere financiële onafhankelijkheid kunnen verwerven en toegang hebben tot een betere gezondheidszorg.

De opmerking dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de zorg is dus zuiver speculatief.

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 inkomsten genererende 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.⁸

Waar verzoekers erop wijzen dat de medische zorgen in bepaalde steden beter is dan in rurale gebieden, merkt de Raad op dat artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet voorschrijft 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 de verwerende partij vaststelt dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, waaronder inbegrepen dat van de eerste verzoeker redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat hij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeeft waar men een behandeling kan verkrijgen. Er wordt *in casu* niet concreet aannemelijk gemaakt dat het voor de verzoekers zeer moeilijk of onmogelijk is om zich buiten Soyo te begeven voor de medische zorgen en opvolging of dat zij eventueel niet elders kunnen gaan wonen of zich vestigen indien dit vanuit medisch oogpunt vereist is. Het motief in het medisch advies, met name *"De argumenten van de advocaat dat er geen verzorging beschikbaar is in het gebied waar zij wonen dienen niet in aanmerking genomen te worden. Niets belet een jong gezin om te verhuizen naar een stad waar de zorg wel aanwezig is en waar ook meer kansen op tewerkstelling zijn."*, is bijgevolg niet kennelijk onredelijk. De Raad merkt verder op dat de ambtenaar-geneesheer vaststelde dat er geen tegenindicatie blijkt om te reizen voor de eerste verzoeker, hetgeen niet wordt betwist. Gezien artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet niet vereist dat een adequate behandeling mogelijk moet zijn in de regio van herkomst, is het betoog van de verzoekers dat de publieke zorg lijdt onder tekorten in de rurale gebieden, niet dienstig.

Waar verzoekers herhaaldelijk erop wijzen dat er een tekort is aan medicijnen waardoor patiënten dienen te betalen voor medicijnen en dat privéziekenhuizen hoge prijzen vragen voor geneesmiddelen en in essentie betogen dat de medicijnen gratis ter beschikking zouden moeten worden gesteld kunnen zij niet worden gevolgd.

Uit de motieven van het medisch advies blijkt dat de arts-adviseur een onderzoek instelde naar de eigen kosten voor de noodzakelijke medische behandeling en naar de kosten voor de medicatie. De arts-adviseur stelt vast dat in de publieke instellingen de geneesmiddelen gratis te verkrijgen zijn wat resulteert in een prijs volgens aanbod in de private instellingen, wat de prijs zeer sterk in de hoogte jaagt. Hij stelt eveneens vast dat de Wereldbank getuigt dat de zorg in de eerste lijn voor iedereen gratis is volgens de regel, maar dat nog steeds toeslagen worden gevraagd. De arts-adviseur stelt bijgevolg niet, in tegenstelling tot verzoekers' bewering, dat de noodzakelijke medische behandeling en de medicatie gratis zijn. De Raad benadrukt in dit verband dat artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet op zich niet oplegt dat de noodzakelijke medische behandeling gratis dient te zijn, wel moet redelijkerwijze kunnen worden aangenomen dat de eerste verzoeker toegang zal hebben tot deze medische zorgen. De arts-adviseur wijst er in dit verband op dat er geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voorligt en dat er geen elementen in het dossier zijn die erop wijzen dat verzoeker geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van herkomst. Bovendien legt zijn tien jaar jongere echtgenote evenmin een bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voor. Zij kan, indien nodig, mee instaan voor de eventuele kosten van de behandeling. Door reguliere arbeid kan zij ook een betere status in de sociale zekerheid verwerven, net als haar echtgenoot. Verzoekers brachten in hun aanvraag geen concrete aanwijzingen aan dat de kosten voor medische behandelingen in Angola dermate hoog zouden liggen dat deze redelijkerwijze, zelfs voor personen die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en de echtgenote -tweede verzoekster-, die ook haar steentje kan bijdragen in de financiële situatie van het gezin, onbetaalbaar zouden zijn.

Door het enkel stellen dat, gelet op de precaire financiële situatie van het gezin, de eerste verzoeker de kosten van de noodzakelijke medische zorgen en medicijnen niet kan betalen, gaan de verzoekers voorbij aan de motieven dat de eerste verzoeker geen bewijs voorlegt van algemene arbeidsongeschiktheid, evenmin als zijn echtgenote en dat er geen elementen zijn die erop wijzen dat zij geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in hun herkomstland, dat niet blijkt dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Daarnaast verwijst de arts-adviseur naar het recente vertrek uit het land van herkomst waardoor het onwaarschijnlijk is dat verzoekers geen familie of sociale contacten meer hebben in het thuisland, waar zij op terug kunnen vallen bij terugkeer voor opvang en ondersteuning. Waar verzoekers betogen dat een dergelijke solidariteit geen door artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet voorziene voorwaarde uitmaakt, kunnen zij niet worden gevolgd. De beslissing heeft eveneens betrekking op de echtgenote van verzoeker zodat er vanuit kan gegaan worden dat zij ook haar steentje kan bijdragen in de financiële situatie van het gezin. En verder kan de arts-adviseur, in het kader van zijn onderzoek naar de toegankelijkheid van de

noodzakelijke medische behandeling eveneens nagaan of betrokkene nog beschikt over opvang en ondersteuning in het land van herkomst.

De verzoekers betogen dat verzoeker, gelet op zijn medische toestand, niet in staat is om op behoorlijke wijze door arbeid financiële middelen te bekomen, doch beperken zich tot een loutere bewering. De verzoekers weerleggen geenszins het motief dat eerste verzoeker geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd. Zij tonen voorts niet aan dat het foutief of kennelijk onredelijk is om op grond van de vaststelling dat verzoeker onder aangepaste omstandigheden kan tewerkgesteld worden en de vaststelling dat er geen elementen in het dossier zijn die erop wijzen dat verzoeker geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van herkomst, te oordelen dat niets toelaat te concluderen dat de verzoeker niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Bovendien weerleggen de verzoekers evenmin het motief van het medisch advies waar gesteld wordt dat het de verzoekers vrijstaat om bij terugkeer een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis, dat voormelde organisatie ook over een re-integratiefonds beschikt dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken, dat dit fonds ontworpen is om mensen bij te staan in het vinden van inkomens genererende activiteiten.

Waar verzoekers betogen dat de stabiliteit van de behandeling niet kan worden gegarandeerd en dat er een tekort is aan medicijnen merkt de arts-adviseur op dat leveringsproblemen van medicatie zich ook kan voordoen in Westerse landen. En verder: *“Betrokkene en zijn echtgenote zijn in staat om (aangepaste) arbeid te verrichten, zodat zij een grotere financiële onafhankelijkheid kunnen verwerven en toegang hebben tot een betere gezondheidszorg. De opmerking dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de zorg is dus zuiver speculatief.”* Verzoekers weerleggen niet dat zij in staat zijn om (aangepaste) arbeid te verrichten. Het loutere feit dat de beschikbaarheid van de zorgen niet volstrekt gegarandeerd kan worden, dat de zorgen van een lager niveau zijn dan dit het geval is in België en evenmin kosteloos zijn, zoals verzoekers aanhalen, is niet van aard afbreuk te doen aan de inhoud van het advies van de arts-adviseur. Uit de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens blijkt duidelijk dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit dat deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de eerste verzoeker geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het EVRM.

Betreffende de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM dringt de vaststelling zich op dat artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet minstens ten dele overeenstemt met de inhoud van artikel 3 van het EVRM (RvS 29 januari 2014, nr. 226.251).

Er wordt benadrukt dat volgens het EHRM socio-economische of humanitaire omstandigheden in het land van bestemming enkel aanleiding kunnen geven tot een non-refoulement verplichting in zeer uitzonderlijke omstandigheden waar de humanitaire redenen tegen verwijdering klemmend zijn (EHRM 2 april 2013, nr. 27725/10, Samsam Mohammed Hussein e.a. v. Nederland en Italië (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 9 april 2013, nr. 70073/10 en 44539/11, H. en B. v. Verenigd Koninkrijk, par. 114).

Dezelfde hoge drempel wordt gehanteerd met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in het land van terugkeer, waarbij het EHRM oordeelt dat enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42). Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat daarbij allereerst dient vast te staan dat het een medische aandoening betreft die een voldoende ernst heeft, met name een ernstige, van oorsprong natuurlijke fysieke of mentale ziekte die lijden, pijn en een verminderde levensverwachting kan veroorzaken. Het EHRM heeft in zijn arrest Paposhvili t. België van 13 December 2016 (Grote Kamer) verder verduidelijkt dat deze *“zeer uitzonderlijke gevallen”* zich niet enkel kunnen voordoen wanneer er sprake is van een imminente dood, zoals in de zaak D t. het Verenigd Koninkrijk, doch ook in die gevallen waarin bij uitwijzing van een ernstig zieke vreemdeling er substantiële gronden zijn om aan te nemen dat hij of zij, hoewel er geen imminent levensgevaar is, bij gebreke van beschikbaarheid of toegankelijkheid van een adequate behandeling in het ontvangende land dreigt te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang in zijn of haar gezondheidstoestand die resulteert in intens lijden of een ernstige beperking van de levensverwachting (*“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”).

In casu is niet gebleken dat dergelijke dwingende humanitaire redenen voorliggen. De verzoekers slagen er niet in de motieven weergegeven in het medisch advies dat er geen contra-indicatie is om te reizen en betreffende de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen en opvolging in Angola, te weerleggen. In deze omstandigheden blijkt niet dat de thans voorliggende zaak wordt gekenmerkt door de vereiste dwingende humanitaire redenen en de verzoekers zich dienstig kunnen beroepen op een schending van artikel 3 van het EVRM.

Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt niet aangetoond.

Waar verzoekers er tenslotte op wijzen dat verzoekster ook moet instaan voor de mantelzorg en er eind 2018 een kind is geboren en daarom niet in staat is om arbeid te verrichten, merkt de Raad op dat verzoekers eventueel beroep kunnen doen op een derde om de mantelzorg van de echtgenote over te nemen. De arts-adviseur wijst in dit verband op de in hun land van herkomst aanwezige familie en sociale contacten waarop zij beroep kunnen doen voor opvang en ondersteuning. Verzoekers betwisten dit niet.

De Raad merkt tenslotte op dat artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet niet tot doel heeft de vreemdeling te garanderen dat er in het land van herkomst een evenwaardige mogelijkheid tot behandeling bestaat als in België. Het eventuele feit dat het niveau van de zorgverstrekking in Angola niet vergelijkbaar is met dat in België en dat bepaalde vormen van zorgverstrekking er minder eenvoudig toegankelijk of beschikbaar zijn, impliceert niet dat een verblijfsmachtiging om medische redenen niet kan worden geweigerd aan een uit dat land afkomstige vreemdeling. In artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet is niet vastgesteld dat verwerende partij dient na te gaan of de medische behandeling die in een bepaald land kan worden verstrekt van een niveau is dat vergelijkbaar is met dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden. Voormelde bepaling voorziet slechts dat moet worden nagegaan of een adequate en derhalve geschikte, behandeling mogelijk is. De ambtenaar-geneesheer stelt dat dit in voorliggende zaak het geval is. Zoals reeds aangegeven, tonen de verzoekers niet aan dat zij niet zouden kunnen beschikken over medische zorgen van een aanvaardbaar kwalitatief niveau.

Gelet op de voorgaande vaststellingen, heeft de arts-adviseur op zorgvuldige en kennelijk redelijke wijze vastgesteld dat de zorgen en medicijnen in het herkomstland voor de eerste verzoeker toegankelijk zijn, ook op financieel vlak. De verwerende partij oordeelde dat er aan de verzoekers geen verblijfsmachtiging op basis van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet kon worden toegestaan. Het loutere feit dat de verzoekers het niet eens zijn met de bestreden beslissing maakt geen grond tot vernietiging uit.

De verzoekers maken een schending van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet en van het zorgvuldigheidsbeginsel, niet aannemelijk. Een manifeste beoordelingsfout wordt niet aangetoond.

Het enige middel is ongegrond.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twaalf februari tweeduizend twintig door:

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

De griffier,

M. DENYS

griffier.

De voorzitter,

N. MOONEN