

Arrest

nr. 248 199 van 26 januari 2021
in de zaak RvV X / II

In zake: X

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

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Ghanese nationaliteit te zijn, op 6 augustus 2020 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 7 mei 2020 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 4 november 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 30 november 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. DE GROOTE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat H. VAN NIJVERSEEL, die *loco* advocaat H. CHATCHATRIAN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat C. VANBEYLEN, 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

1.1. Op 8 november 2005 dient de verzoeker een verblijfsaanvraag in op grond van de artikelen 10, § 1, vierde lid, en 12*bis* 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 7 december 2006 wordt deze aanvraag door middel van een beslissing tot weigering van verblijf met bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 14) geweigerd.

1.2. Op 12 juni 2009 dient de verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Op 5 februari 2010 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard en op 25 oktober 2012 wordt zij uiteindelijk ongegrond verklaard. Op 18 maart 2013, bij arrest nr. 99 047, verwerpt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) het tegen de beslissing van 25 oktober 2012 ingestelde beroep.

1.3. Op 19 november 2009 dient de verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9bis van de Vreemdelingenwet. Op 24 mei 2013 wordt deze aanvraag ongegrond verklaard. Op 6 februari 2014, bij arrest nr. 118 428, verwerpt de Raad het tegen deze beslissing ingestelde beroep.

1.4. Op 24 mei 2013 en 13 juni 2014 wordt ten aanzien van de verzoeker telkens een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) genomen.

1.5. Op 29 mei 2019 wordt ten aanzien van de verzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten met vasthouding met het oog op verwijdering (bijlage 13septies) en een inreisverbod (bijlage 13sexies) van twee jaar genomen.

1.6. Op 16 september 2019 dient de verzoeker een nieuwe aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Op 16 oktober 2019 neemt de gemachtigde van de toenmalig bevoegde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) een beslissing waarbij deze aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard. Deze beslissing werd echter vernietigd bij 's Raads arrest nr. 235 289 van 17 april 2020.

1.7. Op 7 mei 2020 neemt de gemachtigde een nieuwe beslissing omtrent de medische verblijfsaanvraag van 16 september 2019. De aanvraag wordt opnieuw ontvankelijk doch ongegrond verklaard.

De ongegrondheidsbeslissing van 7 mei 2020 is de thans bestreden beslissing. Zij werd aan de verzoeker ter kennis gebracht op 7 juli 2020 en is als volgt gemotiveerd:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 16.09.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*T., P. N. (RR: xxx)
Geboren te A. op (...)1966
Nationaliteit: Ghana
Adres: (...) 9050 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.

Deze beslissing vervangt de beslissing dd. 16.10.2019 die bij arrest nr. 235.289 op 17.04.2020 werd vernietigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen.

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor T., P. N. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 07.05.2020 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Ghana.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

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

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.

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan T., P. N. te willen overhandigen.

(...).”

1.8. Op 7 mei 2020 beslist de gemachtigde tevens tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Dit bevel maakt het voorwerp uit van een beroep dat bij de Raad gekend is onder het rolnummer RvV 251 060.

2. Over de rechtspleging

2.1. De verweerder heeft eenzelfde administratief dossier neergelegd dat geldt voor zowel de onderhavige zaak, als voor de zaak die bij de Raad gekend is onder het algemeen rolnummer RvV 251 060.

Het administratief dossier bevindt zich fysiek in het rechtsplegingsdossier van de zaak met algemeen rolnummer RvV 251 060.

2.2. Aan de verzoeker werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan.

3. Onderzoek van het beroep

In een eerste en enig middel voert de verzoeker de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en van de materiële motiveringsplicht. In het betoog ter ondersteuning van het enig middel maakt de verzoeker tevens gewag van een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Het enig middel wordt als volgt toegelicht:

“II.1.1. De verwerende partij stelt dat de nodige medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zou zijn in Ghana.

II.1.2. De materiële motiveringsplicht gebiedt dat iedere bestuurshandeling gedragen wordt door motieven die in rechte en in feite aanvaardbaar zijn en blijken hetzij uit de beslissing zelf, hetzij uit het administratief dossier. De motieven moeten bijgevolg minstens kenbaar, feitelijk juist en draagkrachtig (dit wil zeggen de beslissing rechtens kunnen dragen en verantwoorden) zijn.¹

Algemeen wordt aangenomen dat de materiële motiveringsplicht een procedureel en een inhoudelijk voorwerp heeft.

De inhoudelijke motiveringsplicht gebiedt dat de motieven waarop een bestuurshandeling rust, deugdelijk zijn: de beslissing moet gedragen worden door motieven die in rechte en in feite aanvaardbaar zijn.

II.1.3. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de overheid de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op correcte feitenvinding. (RvS januari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr 154.954) dit beginsel houdt in dat de overheid zich op afdoende

wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS 11 juni 2002, nr. 107.624).

II.1.4 Artikel 9ter, §1, lid 5 VW luidt als volgt:

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 ambtenaargeneesheer 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.

Aldus is de toegankelijkheid van de medische zorg een belangrijk element in het onderzoek dat de verwerende partij dient te voeren. In casu is hiervan geen sprake!

II.1.5. De verzoekende partij haalde in haar verzoek tot medische regularisatie meerdere bronnen aan die aantonen dat de nodige medische zorg ontbreekt en dat efficiënte en betaalbare gezondheidszorg en verdere behandeling onmogelijk zal zijn:

"Dat het In Ghana evenwel ontbreekt aan een efficiënte en/of betaalbare gezondheidszorg en verdere behandeling van verzoeker aldaar nagenoeg onmogelijk zal zijn.

Dat verzoekster hiervoor verwijst naar verschillende landenrapporten waaruit blijkt dat medische zorg in Ghana erbarmelijk is, de medische voorzieningen zeer beperkt zijn en niet toegankelijk voor de meeste Ghanezen:

"The healthcare systems are weak; there is poor monitoring and evaluation, poor institutional and professional accountability, inadequate and inequitable distribution of health professionals, and poor working conditions," said Dr Winful, who was speaking at the Ghana Medical Association's 10th Annual Public Lecture held at Alisa Hotel in Accra on Wednesday, noted that as a nation, Ghana's health facilities still lack very basic equipment needed to enable medical experts function effectively and efficiently as professionals (...). He said the lack of system controls and the non existing clear policy on the boundaries of the market in healthcare delivery had led to the unbridled and unacceptable advertisements, with far-reaching consequences on the health of Ghanaians. Though he lauded the National Health Insurance Scheme (NHIS) as one of the most important things happening to Ghanaians, he stressed that it was about time governments come up with measures that would ensure the provision of accessible, equitable and affordable healthcare to the greatest number of Ghanaians" (Modern Ghana, Ghana's Health Care System is poor, 8 september 2010, zie <http://www.modernghana.com/news/295129/1/ghanas-health-care.system-is-poor.html>).

"Professor Frimpong Boateng has bemoaned the inability of hospitals to deliver satisfactory healthcare to patients as a result of their huge numbers with little or no access to doctors and technical failure.(...) Currently, Ghana has 2,700 doctors, and this leaves us to a doctor to patient ratio of 1 to 10,000. It is a fact that we need 48,567 doctors to have a ratio of 1 doctor to 500 patients," he submitted". (Ghanaweb, System failure is cause of Ghana's poor healthcare – Prof. Frimpong-Boatenq. Zie <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/NewsArchive/artikel.php?ID=293443>).

"Nineteen babies have died at the Presbyterian Hospital in Dormaa Ahenkro in the Brong Ahafo region from January to April this year due to the lack of incubators. The hospital has been unable to purchase new incubators after the one which was in use broke down beyond repair last year (Ghanaweb, Health News of Friday, 19 babies die in 4 months due to lack of incubators, <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/health/19-babies-die-in-4-months-due-to-lack-of-incubators-359207#>).*

Verzoeker zou dan ook geenszins de noodzakelijke medische verzorging bekomen welke hij behoeft in geval van een terugkeer naar zijn land van herkomst."

en

"Specifiek voor wat betreft de seropositiviteit van verzoeker, stelt zich het probleem dat er in Ghana onvoldoende antiretrovirale medicatie in het land aanwezig is, waardoor patiënten over geen of onvoldoende medicijnen beschikken, wat uiteraard nefast is voor de ziekte:

Ghana became a middle income country a couple of years ago. Donor funding has declined accordingly. For the country's AIDS Commission, which previously got its funds from donor agencies, it is becoming increasingly difficult to provide test kits and antiretroviral drugs in response to HIV/AIDS. The commission has begun to lobby the private sector to support its activities. HIV/AIDS patients are complaining because they do not have adequate drugs to control their serious condition.

(...)As health institutions struggle to procure test kits and drugs, problems are likely to escalate. Mariam Au, an HIV-positive women, worries: "Without my medicine, how will I live? The drugs keep me alive (D+C development and cooperation, Health, Short on medicine. 27 juni 2017, ...)

Drug stock-outs are an unfortunate yet common reality for patients living in low and middle income countries, particularly in sub Saharan Africa where trouble with consistent stock of antiretroviral medication (ARVs) continues.

(...)Although the country launched its antiretroviral therapy (ART) programme in 2003, progress toward realising the full benefit of ART for treated individuals has been limited, in part, because of stock-outs

(...) Inefficiencies in drug supply, poor coordination with port authorities, inadequate government funding and dependence on international aid contribute to the stock-outs experienced in Ghana" (African Journal of AIDS research, HIV antiretroviral medication stock-outs in Ghana contributors and consequences. 5 oktober 2017, zie <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5989/16085906.2017.13464275>)."

Daarnaast worden mensen met HIV gestigmatiseerd en gediscrimineerd in Ghana. Ook dit kaartte verzoekende partij aan in haar aanvraag dd. 16 september 2019 en haalde aan dat dit haar zou beletten om werk te vinden.

"Verzoeker is immers seropositief, zodat het voor hem niet evident is om snel werk te kunnen vinden in Ghana, o.m. omwille van discriminatie :

Studies have shown that HIV infections are on the increase while stigma and discrimination are among the key challenges facing the National Response to the prevention of Human Immunodeficiency Virus (HIV)

According to the Centre for Democratic Development (CDD), German Development Co-operation (GIZ), Ghana Aids Commission (GAC) and the United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), the impact of discrimination on PLWHAs' is high" (AllAfrica, Ghana Discrimination Against People Living With Aids Is Unlawful--GhanaAids Commission, 8 mei 2018, zie <https://allafrica.com/stories/201805080660.html>).

"HIV and AIDS-related stigma and discrimination are pervasive problems worldwide and People living with HIV (PLHIV) In Ghana, as elsewhere, face stigma and discrimination" (Ghana Aids Commission, National HIV and AIDS anti-stigma and discrimination strategy 2016 - 2020, zie [http://www.ghanais.gov.gh/gac1/pubs/NationalHIV%20&%20AIDS\(H\)20AntiStigma%20&%20DiscriminationHIVStrategy.pdf](http://www.ghanais.gov.gh/gac1/pubs/NationalHIV%20&%20AIDS(H)20AntiStigma%20&%20DiscriminationHIVStrategy.pdf))."

Verwerende partij ontkent niet dat er inderdaad stigma en discriminatie bestaat tegen mensen met HIV, maar maakt zich er makkelijk vanaf door te stellen dat de Ghanese overheid 'stappen zou ondernemen' om deze probleem aan te kaarten.

Dit is niet ernstig!

Een louter theoretisch betoog betekent hoegenaamd niet dat verzoekende partij in de praktijk terecht zou kunnen op de arbeidsmarkt en zou kunnen werken om te voorzien in haar basisnoden en in haar medicatie.

II.1.6 De verwerende partij meent dat de medische zorg voor HIV gratis zou zijn in Ghana - quod certe non:

"Betrokkene lijdt aan HIV. Ghana heeft een nationaal HIV-programma en een donorprogramma en een donorprogramma om HIV uit te roeien. HIV medicatie wordt via dit programma verkregen en aan de patiënten bezorgd. De geraadpleegde tussenpersonen (van zowel een ziekenhuis als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)) bevestigen dat de behandeling van HIV gratis is, en dit voor iedereen, of men nu verzekerd is of niet. Nog volgens de WHO kan iedereen die een HIV behandeling nodig heeft en wenst, deze ook verkrijgen.

Bovendien legt betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voor. Er zijn ook geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij 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 eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en opvolging. Betrokkene zou als HIV-patiënt gestigmatiseerd en aldus gediscrimineerd"

Verzoekende partij haalde in haar aanvraag reeds aan dat de medische zorg er niet beschikbaar en toegankelijk is voor haar.

De zorg die er is, is enkel privé beschikbaar, na betalen van astronomisch hoge bedragen, iets wat voor verzoekende partij onmogelijk is. Ook hiervan legde zij verschillende bronnen voor in haar aanvraag:

"Met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van medische zorgen in Ghana, kan opgemerkt worden dat in Ghana een aansluiting bij het Nationaal Gezondheidsverzekeringsschema (NHIS) verplicht is. Deze instelling dekt in theorie de rechtstreekse kosten van de gezondheidszorgdiensten en geneesmiddelen voor de meest voorkomende ziektes.

Daarnaast bestaan ook nog prive-ziektenkostenverzekeringen en privé-gezondheidsmutualiteiten die echter onbetaalbaar zijn voor de doorsnee Ghaneees.

Los van het feit dat niet duidelijk is, wat met 'meest voorkomende ziektes' bedoeld wordt (vallen de ziektes van verzoeker onder de 'meest voorkomende?'), houdt een aansluiting bij het NHIS geen enkele zekerheid in dat patiënten inderdaad worden behald.

Hoewel de NHIS een overheidsinstelling is, werkt deze in de praktijk langs geen kanten en weigeren verschillende ziekeninstellingen (waaronder de Ghana Chamber of Pharmacies of de Society of Private and Dental Practitioners) nog verdere diensten te verlenen aan patiënten die verzekerd zijn bij NHIS :

Since last year, service providers under the NHIS have been threatening to return to the 'cash-and-carry' system due to huge sums of arrears owed them. According to them, the delay in the payment of claims was largely compromising the provision of quality health care across the country (...)

On July 2014, the Christian Health Association of Ghana (CHAG), which has 183 mission hospitals in the country, withdrew its services to subscribers of the NHIS because managers of the scheme owed mission hospital so much money. The Ghana Chamber of Pharmacies also nearly stopped the supply of medicines to health facilities that depended on the NHIS to pay for their medicines. While the CHS issued a threat to suspend the issuance of medicines to NHIS subscribers, NHIS hospitals have also had to offer essential drugs on cash-and-carry basis due to the debt margins' (Health News of Thursday, NHIA's claims processing centre delaying payments, 21 mei 2015)

The Society of Private and Dental Practitioners says its members will continue to reject National Health Insurance Scheme (NHIS) cards at its facilities until the National Health Insurance Authority (NHIA) pays about eighty percent of the total debt owed private hospitals (. . .)

Despite government's intervention the Society insists it will revert to accepting NHIS cards only if the NHIA settles eighty percent of the debts owed member hospitals' (Health News of Thursday, We'll reject NHIS cards until debts are settled - Dentists, 21 mei 2015)

Dat een aansluiting bij de NHIS dan ook een lege doos is en Ghanese ziekenhuizen en zorgverstrekkers in de praktijk weigeren om nog diensten te verlenen aan patiënten die hierbij zijn aangesloten, aangezien hun rekeningen en erelonen niet betaald worden.

Zelfs al zou verzoeker aangesloten zijn bij NHIS, dan nog blijkt uit de geciteerde documenten dat het in Ghana geenszins zeker is dat verzoeker effectief zal worden behandeld."

De verwerende partij motiveert evenmin omtrent deze recente bronnen.

Deze bronnen beschrijven nochtans de situatie in Ghana en het is de verwerende partij in al haar zorgvuldigheid misschien ontgaan dat de verzoekende partij tevens van daar afkomstig is! Het is de verwerende partij -die zoals hogervermeld duidelijk niet goed naar alle medische attesten gekeken heeft- misschien tevens ontgaan dat de verzoekende partij zonder toegang tot de nodige medische zorg naar alle waarschijnlijkheid zou sterven.

Aldus kan de verzoekende partij toch minstens in de bestreden beslissing een adequate repliek op deze aangehaalde bronnen verwachten?

Ook uw Raad haalde in haar vernietigingsarrest dd. 17 april 2020 aan dat verwerende partij de aangehaalde bronnen van verzoekende partij niet had onderzocht, noch hierover had gemotiveerd:

"In casu moet echter worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer de hoger weergegeven vaststellingen met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen in het medisch advies van 10 oktober 2019 weliswaar onderbouwt met een verwijzing naar een aantal bronnen in voetnoten, maar dat deze bronnen zich niet in het administratief dossier bevinden. Het betreft de documenten 'BDA-20161019-GH-6380', 'BDA-20170110-GH-6425' en 'BDA-20161018-GH-6374'. Het blijkt ook met dat deze bronnen online beschikbaar zijn voor de Raad. Bijgevolg is het voor de Raad dan ook niet mogelijk om na te gaan op welke soort bronnen de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd en van wanneer de informatie dateert (al lijkt het op basis van de respectieve documentnamen informatie te betreffen aangevraagd op of daterend van 18 en 19 oktober 2016 en van 10 januari 2017). en hoe deze bronnen zich verhouden tot de bronnen waarvan de verzoekende partij gebruik heeft gemaakt.

Daarnaast kan de Raad door het ontbreken van de voormelde bronnen in het administratief dossier ook niet nagaan of de vaststellingen die de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies van 10 oktober 2019 heeft opgenomen, wel beantwoorden aan hetgeen blijkt uit de betrokken bronnen.

Zo is het voor de Raad onmogelijk om na te gaan of HIV valt onder de "meest voorkomende ziekten" die door de NHIS worden gedekt, hetgeen door de verzoekende partij in haar aanvraag van 16 september 2019 specifiek in vraag werd gesteld, en waarop zij in haar verzoekschrift uitdrukkelijk wijst. In het medisch advies van 16 oktober 2019 lijkt de ambtenaar-geneesheer enerzijds aan te nemen van wel, aangezien hij stelt dat "de behandeling" van HIV wordt gedekt. Anderzijds erkent hij dan weer dat antiretrovirale medicatie, die deel uitmaakt van de noodzakelijke behandeling van de verzoekende partij, niet gedekt is. Zonder over de bronnen te beschikken waarvan de ambtenaar-geneesheer heeft gebruik gemaakt, is het voor de Raad onmogelijk om na te gaan of en in welke mate de NHIS de behandeling voor HIV nu precies dekt. Om dezelfde reden is het voor hem onmogelijk om na te gaan of de medicatie, zoals de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies vaststelt, hoe dan ook tegen een lage contributie of zelfs gratis wordt verstrekt.

Daarnaast heeft de verzoekende partij in haar aanvraag van 16 september 2019 erop gewezen dat er in Ghana een tekort is aan antiretrovirale medicatie. In dit verband verwijst zij niet slechts naar mediaberichten, maar ook naar een bijdrage van 5 oktober 2017 in een medisch tijdschrift, met name de *African Journal of Aids Research*. Al citeert de verzoekende partij slechts uit de abstract van de bijdrage, deze verwijzingen vormen wel een begin van bewijs, afkomstig van een objectieve bron, dat Ghana wordt geconfronteerd met uitgeputte voorraden van antiretrovirale middelen. De Raad benadrukt nogmaals dat niet wordt betwist dat een behandeling met antiretrovirale middelen deel uitmaakt van de noodzakelijke behandeling voor de concrete aandoening van de verzoekende partij (zijnde HIV). Volgens het medisch advies van 10 oktober 2019 krijgen alle mensen met HIV volgens het *Country Aids Response Progress Report* zonder uitstel hun behandeling, maar ook van deze vaststelling kan niet worden nagegaan of deze beantwoordt aan de door de ambtenaar-geneesheer gehanteerde bronnen.

Gelet op het bovenstaande kan de Raad dan ook slechts vaststellen dat hij, door het ontbreken van de bronnen waarnaar de ambtenaar-geneesheer in de voetnoten van zijn medisch advies verwijst, niet kan nagaan of de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer met betrekking tot de aangehaalde aspecten van de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling inderdaad blijken uit de bronnen waarvan de ambtenaar-geneesheer heeft gebruik gemaakt. Bijgevolg is het voor de Raad onmogelijk om na te gaan of de verzoekende partij terecht de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen en opvolging betwist. Aldus kan ook niet worden nagegaan of de verzoekende partij in dit verband terecht een schending van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel aanvoert, op zichzelf en omdat het medisch advies desgevallend niet afdoende antwoordt op de door de verzoekende partij in haar aanvraag aangebrachte elementen aangaande de toegankelijkheid van de zorgen. Aangezien het bestuur de voormelde determinerende informatie niet ter beschikking van de Raad heeft gesteld, maakt het de wettigheidscontrole op zijn beslissing onmogelijk (cf RvS 1 oktober 2001, nr. 99.323; RvS 16 december 1998, nr. 77.657; RvS 17 februari 1998, nr. 71.867; RvS 9 oktober 1997, nr. 68.784). Deze vaststelling volstaat reeds om de bestreden beslissing te vernietigen.

Daarnaast voert de verzoekende partij in haar verzoekschrift aan dat mensen met HIV in Ghana worden gestigmatiseerd en gediscrimineerd. Zij wijst erop dat zij dit in haar aanvraag van 16 september 2019 aankaartte en aanhaalde dat dit haar zou beletten om werk te vinden. Zij citeert de passage in de voormelde aanvraag waarin zij stelt dat zij immers seropositief is, zodat het voor haar niet evident is om snel werk te vinden in Ghana, onder meer omwille van discriminatie. Uit dit citaat blijkt dat de verzoekende partij haar betoog niet enkel onderbouwde met een verwijzing naar een mediabericht, maar tevens naar een rapport van een Ghanese overheidsinstantie, de Ghana Aids Commission, met betrekking tot de nationale HIV en AIDS-anti-stigma- en discriminatiestrategie 2016-2020. De verzoekende partij stelt dat de ambtenaar-geneesheer deze bronnen en argumenten negeert, niet motiveert waarom hij hiermee niet akkoord is en louter het volgende stelt: *"Bovendien legt betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voor. Er zijn ook geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij 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 eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en opvolging"*

De Raad stelt vast dat de verzoekende partij in haar aanvraag inderdaad het argument heeft aangehaald dat het voor haar, onder meer omwille van discriminatie als seropositief persoon, niet

evident is om snel werk te vinden in Ghana. Om te onderbouwen dat met HIV en AIDS gerelateerde stigma's en discriminatie wereldwijd alomtegenwoordige problemen zijn en dat mensen met HIV in Ghana met stigma's en discriminatie geconfronteerd worden, maakte de verzoekende partij in haar aanvraag gebruik van een objectief rapport, opgesteld door een Ghanese overheidsinstantie. De verzoekende partij haalt echter terecht aan dat uit het hoger geciteerde motief van het medisch advies niet blijkt dat de ambtenaar-geneesheer rekening heeft gehouden met haar argument en de aangehaalde bron. In de geschetste omstandigheden kon de ambtenaar-geneesheer immers niet zonder meer stellen dat er "geen elementen in het dossier" zijn die erop wijzen dat de verzoekende partij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Bijgevolg kan ook niet zonder meer worden aangenomen dat niets toelaat te concluderen dat de verzoekende partij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en opvolging.

In deze mate kan dan ook een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht worden aangenomen."

Verwerende partij heeft ook nu nagelaten te motiveren omtrent de aangehaalde bronnen van verzoekende partij. Daarnaast verwijst zij nog steeds naar dezelfde niet-publieke bronnen die onmogelijk kunnen worden nagegaan en het onmogelijk maken voor verzoekende partij om de wettigheid/waarachtigheid ervan na te gaan.

Indien de verwerende partij niet repliceert op alle informatie, dan wel niet alle informatie waarop zij zich baseert ter beschikking stelt in het administratief dossier, dan schendt zij opnieuw de formele motiveringsverplichting en, bij uitbreiding, eigenlijk tevens de materiële motiveringsverplichting (omdat haar beslissing aldan niet steunt op deugdelijke motieven die draagkrachtig zijn).

Dit laatste wordt letterlijk bevestigd door belangrijke rechtsleer - Cf. G. DEBERSAQUES en M.:

"aannemelijk. De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gaat wel na of de ambtenaar-geneesheer in zijn advies rekening heeft gehouden met de voorgelegde medische attesten en of bij die ook betrokken heeft in zijn advies (207)."

Naar analogie kan men tevens stellen dat het niet betrekken van alle informatie in het verzoek tot medische regularisatie een duidelijke schending vormt van de zorgvuldigheidsplicht, tevens een onderdeel van het beginsel van de materiële motiveringsverplichting.

In casu is het aldus overduidelijk dat artikel 9ter VW (met betrekking tot het vereiste onderzoek/medische aandoeningen en de evaluatie van de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen) evenals de materiële motiveringsverplichting manifest werden geschonden!"

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669).

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht legt de overheid onder meer op 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 zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221.475).

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Het zorgvuldigheidsbeginsel en de materiële motiveringsplicht worden onderzocht in het licht van de tevens aangevoerde schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

“§ 1. 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.

§ 1/1. (...)

§ 2 (...)

§ 3 (...)

§ 4 (...)

§ 5 (...)

§ 6 (...)

§ 7 (...)

§ 8 (...)”

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de Vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen betrekking heeft op twee onderscheiden toepassingsgevallen, met name:

- (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de patiënt, 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.

Overeenkomstig artikel 9ter, § 1, vijfde lid, van de Vreemdelingenwet komt de beoordeling van de in artikel 9ter, § 1, vermelde risico's toe aan de ambtenaar-geneesheer die door de minister c.q. staatssecretaris is aangesteld. De Raad wijst er dan ook op dat de gemachtigde in de eerste bestreden beslissing zelve, in verwijzing naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 7 mei 2020, op duidelijke wijze heeft geconcludeerd dat:

1. uit het voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat de verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit;
2. uit het voorgelegde medische dossier evenmin kan worden afgeleid dat de verzoeker 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.

Het advies van de arts-adviseur van 7 mei 2020 luidt als volgt:

“NAAM: T. P. N. (R.R : xxx)

Mannelijk

nationaliteit: Ghana

geboren te A. op (...) 1966

adres: (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 16-9-2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Standaard Medisch getuigschrift d.d. 18-6-2019 van Dr. C., internist met de volgende informatie:*
 - o *HIV- infectie sinds 4/2009 heden onder behandeling met Descovy*
 - o *Milde nierinsufficiëntie*
 - o *Opvolging noodzakelijk*
- *Verslag 1-3-2019: goede virologische respons onder Descovy-Rezolsta therapie*

Uit de aangeleverde informatie kunnen we het volgende besluiten:

- *Het handelt hier over een man van heden 53 jaar afkomstig uit Ghana*
- *Hij lijdt aan HIV*
- *Deze aandoening is onder controle met Descovy-Rezolsta therapie = combinatie van Emtricitabine/Tenofovir -Darunovir/Combicistat, met een ondetecteerbare virale activiteit*
- *Hij heeft regelmatige controles bij een HIV specialist nodig*
- *De milde nierinsufficiëntie wordt niet weerhouden gezien er geen behandeling ingesteld is en deze evenmin gedocumenteerd wordt*

In het dossier is er geen tegenindicatie voor reizen vermeld om medische redenen.

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

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

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

Aanvraag Medcoi van 19-4-2019 met het unieke referentienummer 12256

2. *Bijlage 2 toont de beschikbaarheid van de medicatie aan. Het ontbreken van Cobicistat is geen tegenindicatie om te besluiten dat de medicatie niet beschikbaar is omdat Cobicistat geen antiviraal effect heeft en enkel de biologische beschikbaarheid van Darunovir verhoogt. Rekening dient door de artsen gehouden te worden met de dosage van Darunovir met eventueel aanpassen van de hoeveelheid van de actieve stof. <https://www.bcfi.be/nl/chapters/12?faq=11056>*

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de behandeling onder vorm van de medicatie en de medicatie voor betrokkene een man van heden 53 jaar beschikbaar is. Zijn huidige behandeling (de actieve metabolieten Emtricitabine, Tenofovir en Darunovir) zijn beschikbaar evenals de opvolging door specialisten vertrouwd met HIV.

Er dient ook vermeld dat Ghana een actief programma heeft in samenwerking met de WHO in het kader van HIV.

Vanuit het oogpunt van beschikbaarheid van zorg is er geen tegenindicatie tot terugkeer naar het thuisland voor deze man van 53 jaar.

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

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

van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Het Ministerie voor Gezondheid speelt een centrale rol in de organisatie van de gezondheidszorg in Ghana. Zo superviseert het Ministerie een 23-tal agentschappen die op hun beurt zowel curatieve als preventieve diensten aanbieden. De rol van het Ministerie ligt vooral in het bieden van externe steun aan de gezondheidsdiensten om op die manier hun visie van een volledige dekking van de gezondheidszorgen en een gezonde Ghanese bevolking te bewerkstelligen. Dit wil men doen door het gezondheidsbeleid uit te bouwen in zowel het publieke als private domein, en dit te implementeren in de dagelijkse praktijk, door de mobilisatie van financiën, logistiek en mankracht naar de verschillende agentschappen toe, en door via speciaal daartoe opgerichte medische raden ervoor te zorgen dat de vooropgestelde kwaliteitsstandaarden worden behaald en gehandhaafd. Eén van de belangrijkste agentschappen is de GHS (Ghana Health Service). Dit is een autonoom, uitvoerend orgaan dat verantwoordelijk is voor de implementatie van het nationale beleid van het Ministerie voor Gezondheid. Zo reguleert het zowel de publieke als private sector. Door de onafhankelijke status krijgt de staff er ook een grotere graad van flexibiliteit om te voldoen aan hun verantwoordelijkheden. Via de ziekteverzekering (NHIS, National Health Insurance Scheme) wil de GHS de zorg toegankelijk en kwalitatief maken, met daarbij de focus op primaire en secundaire zorg.

Een andere hoofdrolspeler in de Ghanese gezondheidssector is de CHAG (Christian Health Association Ghana). Deze organisatie vertegenwoordigt alle christelijk geïnspireerde gezondheidsinstellingen en heeft een uniek partnerschap met het Ministerie voor Gezondheid. De CHAG wordt beschouwd als een agentschap wier instellingen complementair zijn met de publieke instellingen. De samenwerking zorgt ervoor dat er geen identieke diensten worden aangeboden in dezelfde regio en de werkmiddelen dus efficiënt gebruikt worden.

Het publieke gezondheidssysteem is gebaseerd op preventie, educatie en klinische zorg en wordt aangeboden op de 3 gebruikelijke niveaus, zijnde de primaire, de secundaire en de tertiaire zorg. Op het primaire niveau zijn er de district ziekenhuizen, met daaronder de gezondheidscentra en tenslotte op gemeentelijk niveau de gezondheids- en planningsdiensten. De secundaire zorg is de verantwoordelijkheid van de regio's terwijl de tertiaire zorg op nationaal niveau wordt aangeboden.

De private gezondheidszorg is niet zo wijdverspreid in Ghana gezien ongeveer 90% van de gezondheidsinstellingen publieke diensten zijn. Private ziekenhuizen hebben vaak iets meer moderne apparatuur en kortere wachttijden.

In Ghana werken ook NGO's rond gezondheidszorg. Deze hebben zich verenigd in de GCNH (Ghana Coalition of NGO's in Health). Dit orgaan werd opgericht in 2000 en coördineert alle activiteiten van de geregistreerde NGO's werkzaam in de gezondheidssector. Zij werken onder meer rond promotie van de gezondheidssector te ondersteunen de aangesloten leden om tot een duurzame, kwalitatieve zorg te komen.

In Ghana werd de lijst van Essentiële Medicijnen geüpdatet in 2018. Medicatie op deze lijst is gratis als men aangesloten is bij de NHIS. De NHIS dekt overigens ook medicatie van private apothekers, als deze ook aangesloten bij de NHIS.

Het hoofddoel van de NHIS is het bekomen van een gezonde Ghanese bevolking en te komen tot een universele dekking van de ziektekosten via de ziekteverzekering. Om te kunnen genieten van de ziekteverzekering moet men zich registreren via een lidmaatschap. Normaal wordt er een jaarlijkse bijdrage gevraagd van 30 Ghanese cedi, maar het lidmaatschap staat ook open voor kwetsbare mensen die dit niet kunnen betalen. Zo behoren er ruim 1,4 miljoen Ghanezen tot een groep die in aanmerking komt voor een gratis NHIS kaart. Ook sommige HIV-patiënten behoren tot deze groep. Betrokkene lijdt aan HIV. Ghana heeft een nationaal HIV-programma en een donorprogramma om HIV uit te roeien HIV medicatie wordt via dit programma verkregen en aan de patiënten bezorgd. De geraadpleegde tussenpersonen (van zowel een ziekenhuis als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)) bevestigen dat de behandeling van HIV gratis is, en dit voor iedereen, of men nu verzekerd is of niet. Nog volgens de WHO kan iedereen die een HIV behandeling nodig heeft en wenst, deze ook verkrijgen.

Bovendien legt betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voor. Er zijn ook geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij 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 eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en opvolging. Betrokkene zou als HIV-patiënt gestigmatiseerd en aldus gediscrimineerd kunnen worden. De Ghanese overheid is zich hiervan bewust en onderneemt ook acties om dit te bestrijden. Zo ontwikkelde de Ghanese AIDS commissie

ook een anti-stigma en discriminatie strategie 2016-2020 Ook diverse NGO's zetten zich op dit gebied in.

Verzoeker haalt ook enkele (internet)artikels aan om een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen aan te tonen. Niet alleen zijn deze artikels (uit 2012, 2013 en 2015) redelijk gedateerd, ook is er geen enkele indicatie dat deze informatie betrekking heeft op de specifiek individuele situatie van betrokkene. Er wordt verwezen naar een artikel uit 2017 waarbij vraagtekens worden gezet bij de beschikbaarheid van de medicatie. De beschikbaarheid van de voor betrokkene noodzakelijke geachte medicatie werd echter aangetoond eerder in dit advies.

Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen overigens vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te krijgen voor een terugreis.

De IOM beschikt ook over een bureau in de hoofdstad Accra. De medewerkers van dit kantoor zorgen ervoor dat personen die terugkeren correct worden doorverwezen naar de nodige diensten en instellingen, zoals de GHS en NHIS. De IOM beschikt ook 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 inkomens-generende 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 tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Ghana. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, (Ghana)."

Aangezien in de bestreden beslissing uitdrukkelijk wordt verwezen naar het voornoemde medisch advies van 7 mei 2020 en dit advies ook samen met de bestreden beslissing aan de verzoeker werd ter kennis gebracht, worden de motieven die zijn opgenomen in dit advies, geacht integraal deel uit te maken van de bestreden beslissing zelve.

In zijn enig middel brengt de verzoeker enkel een kritiek naar voor op de motieven omtrent de beschikbaarheid van en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in het land van herkomst.

Vooreerst dient te worden vastgesteld dat de arts-adviseur, in tegenstelling tot hetgeen de verzoeker voorhoudt, in het advies van 7 mei 2020 wel degelijk uitdrukkelijk heeft gemotiveerd omtrent de informatiebronnen die bij de medische verblijfsaanvraag werden voorgelegd. De arts-adviseur stelt hieromtrent het volgende vast:

"Verzoeker haalt ook enkele (internet)artikels aan om een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen aan te tonen. Niet alleen zijn deze artikels (uit 2012, 2013 en 2015) redelijk gedateerd, ook is er geen enkele indicatie dat deze informatie betrekking heeft op de specifiek individuele situatie van betrokkene. Er wordt verwezen naar een artikel uit 2017 waarbij vraagtekens worden gezet bij de beschikbaarheid van de medicatie. De beschikbaarheid van de voor betrokkene noodzakelijke geachte medicatie werd echter aangetoond eerder in dit advies."

De Raad merkt voorts op dat in het medisch advies van 7 mei 2020 wordt gesteld dat de medische zorgen voor de verzoeker beschikbaar en toegankelijk zijn in het thuisland, Ghana. De arts-adviseur licht ook op uitvoerige en onderbouwde wijze toe op basis van welke vaststellingen hij tot dit besluit is gekomen, met een duidelijke en precieze verwijzing naar de gebruikte bronnen. Deze motivering is afdoende. Het kan met name in het licht van de formele motiveringsplicht volstaan dat de ambtenaar-geneesheer concreet aangeeft welke specifieke bronnen hij heeft gebruikt en dat hij, in het kort, de hierin opgenomen relevante informatie weergeeft waarop hij zijn advies steunt, zonder dat het nodig is de gehanteerde stukken *in extenso* over te nemen of ze als bijlage te voegen. Immers, de formele motiveringsplicht, heeft als bestaansreden dat de rechtsonderhorige zou weten waarom een te zijnen opzichte genomen ongunstige beslissing werd genomen en dit, onder meer, teneinde hem in staat te

stellen eventueel op nuttige wijze daartegen op te komen. Hiertoe volstaat dat duidelijk, maar desnoods bondig, in de bestreden beslissing zelf wordt aangegeven op welke gronden zij berust (RvS 29 juni 1993, nr. 43.526; RvS 30 juni 1993, nr. 43.596). Voor het overige kan de arts-adviseur, zoals hij *in casu* heeft gedaan (zie *infra*), voor een verdere kennisname van de gehanteerde informatiebronnen verwijzen naar het administratief dossier waaraan hij deze informatie heeft toegevoegd. Door het toevoegen van deze informatie aan het administratief dossier kan worden aangenomen dat ook op voldoende wijze is tegemoet gekomen aan het gegeven dat deze databank in beginsel niet publiek toegankelijk is. Het stond de verzoeker vrij, in het kader van de passieve openbaarheid van bestuur, inzage te vragen in het administratief dossier en bovendien kon het administratief dossier ook op de griffie van de Raad worden geraadpleegd.

In de onderhavige procedure heeft de verweerder een nieuw administratief dossier overgemaakt. Dit administratief dossier bevat, in tegenstelling tot hetgeen het geval was in de procedure die heeft geleid tot 's Raads vernietigingsarrest nr. 235 289 van 17 april 2020, een afschrift van alle informatiebronnen waarnaar in het medisch advies van 7 mei 2020 wordt verwezen, met name:

- MedCOI Fact Finding Mission Report Ghana 10/06/2019-19/06/2019, February 2020, 135 pagina's;
- National HIV and AIDS Anti-stigma and discrimination Strategy 2016-2020, 26 pagina's;
- MedCOI rapport van 19 april 2019 met het unieke referentienummer 12256, 9 pagina's;
- Document "5752688 medicatie bijlage 2, 2 pagina's".

Wat de beoordeling van de arts-adviseur betreft (artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de Vreemdelingenwet), reikt de motiveringsplicht overigens niet zo ver dat de ambtenaar-geneesheer de motieven zou moeten weergeven die de grondslag voor zijn motieven vormen (RvS 14 juli 2016, nr. 12.064 (c)).

In zoverre de verzoeker zich beroept op een schending van de formele motiveringsplicht, is zijn kritiek derhalve ongegrond.

De Raad merkt voorts op dat de arts-adviseur op goede gronden heeft vastgesteld dat de nodige medicatie en opvolging beschikbaar zijn in verzoekers land van herkomst. Het staat niet ter betwisting dat de verzoeker lijdt aan HIV en dat hij in dit kader nood heeft aan antivirale medicatie (actieve metabolieten Emtricitabine, Tenofovir en Darunovir) en opvolging door HIV-specialisten. De arts-adviseur verwijst naar de volgende zeer specifieke en recente informatie waaruit blijkt dat deze zorgen beschikbaar zijn in Ghana: MedCOI rapport van 19 april 2019 met het unieke referentienummer 12256 en de bijgevoegde lijst met beschikbare medicatie (bijlage 2). De verzoeker toont op geen enkele wijze aan dat de arts-adviseur uit deze recente informatie de verkeerde conclusie zou hebben getrokken. De enkele verwijzing naar de medische verblijfsaanvraag en de daarin geciteerde, doch minder recente artikels, volstaat uiteraard niet. De Raad treedt enkel op als annulatierechter en hij kan, nog los van het gebrek aan medische expertise, de beoordeling van de arts-adviseur niet overdoen.

Waar de verzoeker verwijst naar de bij de aanvraag gevoegde bronnen inzake de hoge kostprijs van medicatie in Ghana, merkt de Raad op dat de verzoeker bezwaarlijk kan stellen dat de geciteerde informatie recent is. De in het citaat vermelde artikels dateren immers van mei 2015. De arts-adviseur zich heeft zich ter zake gesteund op het zeer recente MedCOI Fact Finding Mission Report van februari 2020, dat op pagina 99 inderdaad bevestigt dat er in Ghana programma's werden ingesteld waardoor HIV-medicatie voor iedereen gratis is, ook voor degenen die niet verzekerd zijn. De Raad wijst erop dat de arts-adviseur niet de toegang tot het geheel van de medische zorgen moet onderzoeken, doch enkel de toegang tot de voor de verzoeker noodzakelijke medische verzorging. *In casu* diende de arts-adviseur dus enkel te onderzoeken of de verzoeker voldoende toegang heeft tot de nodige HIV-medicatie (actieve metabolieten Emtricitabine, Tenofovir en Darunovir) en de opvolging door HIV-specialisten.

In het licht van verzoekers specifieke medische toestand en in het licht van het toegankelijkheidsonderzoek zoals bedoeld in artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de Vreemdelingenwet, kon de arts-adviseur dan ook volstaan met de verwijzing naar het genoemde MedCOI rapport van februari 2020 waaruit blijkt dat de HIV-behandeling in Ghana aan iedereen die dat wil wordt verstrekt en dat zij ook voor iedereen, ook de niet-verzekerden, gratis is. Het motief dat de verzoeker ook kan gaan werken om in staan voor de eventuele medische kosten, is dan ook te beschouwen als een overtollig motief. De kritiek die de verzoeker hiertegen inbrengt (stigma en discriminatie van seropositieven op de arbeidsmarkt) kan niet tot de nietigverklaring leiden. De verzoeker betwist overigens niet dat de Ghanese overheid zich bewust is van dit probleem en ook acties onderneemt om dit te bestrijden, dat de

Ghanese AIDS commissie een “*anti-stigma en discriminatie strategie 2016-2020*” ontwikkelde en dat ook diverse NGO's zich op dit gebied inzetten. Deze vaststellingen vinden steun in de bij het administratief gevoegde document ‘National HIV and AIDS Anti-stigma and discrimination Strategy 2016-2020’. Het komt de Raad op basis van deze recente informatie en gelet op de niet-betwiste arbeidsgeschiktheid van de verzoeker, niet kennelijk onredelijk voor dat de arts-adviseur heeft geoordeeld dat er geen concrete elementen voorliggen waaruit blijkt dat de verzoeker geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in Ghana.

Door eenvoudigweg opnieuw te verwijzen naar de meer gedateerde en meer algemene artikels die bij de aanvraag werden voorgelegd, maakt de verzoeker niet aannemelijk dat de arts-adviseur de beschikbaarheid van en de toegankelijkheid tot de benodigde medische zorgen niet zorgvuldig heeft onderzocht. Bovendien heeft de arts-adviseur uitdrukkelijk erkend dat “*de pathologie bij de betrokkene [HIV] kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt*”. Het is de arts-adviseur zodoende zeker niet ontgaan dat de verzoeker zou kunnen sterven indien hij geen toegang heeft tot de nodige medische zorgen.

Uit wat voorafgaat blijkt dat de verzoeker niet aantoont dat de motieven van de bestreden beslissing en van het bijbehorende medisch advies zouden wijzen op een onzorgvuldige feitenvinding of een onaanvaardbare motivering. Het betoog van de verzoeker laat niet toe te concluderen dat de bestreden beslissing is genomen op grond van onjuiste gegevens, op kennelijk onredelijke wijze of met overschrijding van de appreciatiebevoegdheid waarover de gemachtigde en de arts-adviseur in het kader van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet beschikken.

Een schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, of van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, is niet aangetoond.

Het enig middel is, in de mate waarin het ontvankelijk is, ongegrond.

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zesentwintig januari tweeduizend eenentwintig door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

C. DE GROOTE

