

Arrest

nr. 288 085 van 26 april 2023
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. VAN MAELE
Kortrijksesteenweg 641
9000 GENT

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie.

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Ghanese nationaliteit te zijn, op 20 januari 2023 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 17 november 2022 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 ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gezien het verzoek en de instemming om gebruik te maken van de louter schriftelijke procedure met toepassing van artikel 39/73-2 van voormelde wet.

Gelet op de beschikking van 28 februari 2023 waarbij het sluiten van de debatten wordt bepaald op 8 maart 2023.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De verzoekende partij werd op 12 juli 2021 gecontroleerd door de Federale Politie. Zij identificeerde zich met een vals Grieks paspoort en een valse Griekse identiteitskaart (PV n° GE.55.LA.046833/2021 en n° GE.21.LA.042738/2021). Zij kreeg op 12 juli 2021 een bevel om het grondgebied te verlaten met vasthouding met het oog op verwijdering onder een bijlage 13septies. Tevens kreeg de verzoekende partij een inreisverbod opgelegd onder een bijlage 13sexies. Tegen deze beslissingen diende de verzoekende partij een beroep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad).

De verzoekende partij diende op 14 juli 2021 een verzoek om internationale bescherming in. De Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (CGVS) weigerde op 19 augustus 2021 de vluchtelingenstatus en de subsidiaire bescherming. Tegen deze beslissing diende de verzoekende partij een beroep in bij de Raad. Bij arrest van 13 september 2021 met nr. 260.533 bevestigde die de negatieve beslissing van het CGVS.

Bij arrest met nr. 266 724 van 17 januari 2022 verwierp de Raad de vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring gericht tegen de voornoemde bijlage 13septies en de bijlage 13sexies van 12 juli 2021.

De verzoekende partij diende op 21 oktober 2022 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen van 15 december 1980 (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 17 november 2022 werd die medische verblijfsaanvraag ontvankelijk, doch ongegrond bevonden. Diezelfde dag kreeg de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten.

Dit betreffen de thans bestreden beslissingen.

De eerste bestreden beslissing is de beslissing tot ontvankelijkheid, doch ongegrondheid van de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en deze is als volgt gemotiveerd:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 21.10.2022 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*D., A. (...) (R.R.: (0) xxxx)
Geboren te Tanaso Techiman op (...)
Nationaliteit: Ghana
Adres: (...)*

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

Reden(en) :

Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als 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 D., A. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 14.11.2022 (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.*

Wij herinneren eraan dat de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken enkel een advies dient te geven over de medische aspecten, gestaafd door een medisch attest (zie in dit verband het Arrest RvS 246385 van 12.12.2019). Bijgevolg kan in het kader van dit advies geen rekening worden gehouden met gelijk welke interpretatie, extrapolatie of andere verklaring van de verzoeker, zijn raadsman of elke andere

persoon buiten de medische wereld betreffende de medische situatie (ziekte, evolutie, mogelijke complicaties...) van de zieke persoon.

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan D., A. te willen overhandigen."

De tweede bestreden beslissing is het bevel om het grondgebied te verlaten, en ze is als volgt gemotiveerd:

"De heer

Naam + voornaam: D., A. (...)

geboortedatum: (...)

geboorteplaats: Tanaso Techiman

nationaliteit: Ghana

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de sta het Schengenacquis ten volle toepassen¹, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn zich naartoe te begeven,

binnen 7 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij In het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene Is niet In het bezit van een geldig visum.

In het kader van Artikel 74/13 van de wet van 15 december 1980 "Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land." word de situatie bij het nemen van dit bevel om het grondgebied te verlaten geëvalueerd. Deze evaluatie is gebaseerd op alle actueel In hot dossier aanwezige elementen:

Gezins- en familieleven : De beslissing geldt voor het hele gezin/de ganse familie zodat er van een verbreking van de familiale banden geen sprake is. Gewone sociale relaties vallen niet onder de bescherming van artikel 8 van het EVRM. Geen kinderen vermeld. Hoger belang van het kind : Een verwijdering schaadt het hoger belang van de minderjarige kinderen niet. Het is immers in het belang van de kinderen dat de familiale cel niet verbroken wordt en dat zij samen met hun vader en/of moeder, met wie zij een gezin vormen, gevolg geven aan het bevel om het grondgebied te verlaten. Geen kinderen vermeld. Gezondheidstoestand : geen medische contra-indicatie voor terugkeer naar het land van herkomst (advies 14.11.2022)"

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een eerste en tweede middel voert de verzoekende partij onder meer de schending aan van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (hierna: het EVRM), van de motiveringsplicht, van het redelijkheidsbeginsel en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

De verzoekende partij licht haar twee middelen als volgt toe:

"2.1.1. Dat de bestreden ongegrondheidsbeslissing motiveert dat er in casu niet kan worden afgeleid dat verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of hij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land van gewoonlijk verblijf.

Dat een dergelijke beslissing genomen werd op basis van het advies van de arts-adviseur dd. 14 november 2022 welke besluit dat de pathologie bij verzoeker, 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 wordt behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling inhoudt, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Ghana.

2.1.2. Dat verzoeker opmerkt dat de arts-adviseur in zijn advies verwijst naar onder meer het verslag van de raadpleging dd. 06 september 2022 van Dr. B. W. (...), gastro-enteroloog. doch nalaat rekening te houden met het volledige medische standpunt van deze arts.

Dat immers Dr. W. (...) het volgende stelde in zijn verslag dd. 6 september 2022:

“Deze 35-jarige patiënt van Ghanese origine lijdt aan een HBeAg-positieve chronische hepatitis B waarvoor antivirale behandeling met Viread gestart werd in 02/2022 (verhoogde transaminase en sterk verhoogd HBV DNA 11.200.00). Deze behandeling dient hij minstens 3 à 4 jaar te nemen met regelmatige opvolging van de lever:”

Ook zou er volgens de arts een goede prognose zijn onder strikte medicamenteuze therapie. Verzoeker dient 2 à 4 keer per jaar te worden opgevolgd met bloedafname, en 1 keer per jaar via echografie. Indien de behandeling zou worden stopgezet zou er een evolutie naar levercirrose en/of hepatocellulair carcinoom mogelijk zijn volgens Dr. W. (...).

Dat gelet op voormelde, de arts-adviseur gehouden is rekening te houden met het oordeel, vaststellingen en de attesteringen van de behandelende arts van verzoeker.

Dit is echter niet gebeurd.

De arts-adviseur heeft zich voor de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst immers enkel en alleen gebaseerd op informatie verkregen via de MEDCOI-databank.

Meer specifiek heeft de arts-adviseur de situatie van verzoeker vergeleken met een 32-jarige vrouw die volgens de databank over volgende mogelijke behandelingen beschikt in Ghana (vrije vertaling):

- er zijn hepatologen beschikbaar (klinisch en poliklinisch),*
- laboratoriumonderzoek van Hep B sérologie en HBV DNA testen is mogelijk,*
- Fibrotests van de lever zijn mogelijk, waaronder 6 serummarkers (namelijk aplh 2 macroglobuline), haptoglobine, apolipoproteïne AI, gamma GT, totaal bilirubine, ALAT).*
- transiënte elastografie; tests voor de lever (bijv. Fibroscan) zijn beschikbaar.*
- tenofovir disoproxil medicatie is beschikbaar.*

De arts-adviseur besluit onmiddellijk na deze opsomming:

“Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de behandeling en opvolging in kader van de hepatitis B beschikbaar is in Ghana.”

Dat er echter nergens wordt verduidelijkt in welke situatie de vrouw waarnaar wordt gerefereerd zich bevindt. Er staat namelijk nergens te lezen of mevrouw aan ofwel acute ofwel chronische Hepatitis B lijdt, en aan ofwel inactieve ofwel actieve Hepatitis B lijdt. Ook wordt niet verduidelijkt in welk stadium van de ziekte zij zich bevindt.

Dat deze informatie nochtans bepalend is voor welke soort sérologie en welke soort echografieën (fibrotesten) er moeten worden toegepast op de patiënt.

De arts-adviseur kan dus niet zomaar de informatie over de beschikbare behandelingen voor de referentiepatiënte naar analogie toepassen op de situatie van verzoeker.

Dat er bovendien bij verzoeker verhoogde transaminase is vastgesteld door zijn arts dr. W. (...). Dat dit wordt opgevolgd door ALT en AST bloedonderzoeken waarvan bij de referentiepatiënte geen melding wordt gemaakt. Er wordt louter over sérologie gesproken (zijnde een bloedonderzoek naar antigenen en antilichamen).

De arts-adviseur heeft dus geen rekening gehouden met de individuele situatie van verzoeker.

Dat er bij de situatie van de referentiepatiënte ook enkel medische opvolging wordt vermeld die de gezondheid van de patiënt na kunnen gaan (naast de medicatie), met name de labo-onderzoeken en de fibrotests.

Dat er dus geen melding wordt gemaakt van de mogelijke medische behandelingen voor wanneer er inderdaad afwijkende waarden worden gedetecteerd. De patiënt zou dan immers een biopsie en CT-scan of MRI-scan moeten ondergaan, hetgeen niet vermeldt wordt bij de mogelijke behandelingen van de referentiepatiënte.

De arts-adviseur heeft dus ook op dit vlak geen rekening gehouden met de individuele situatie van verzoeker, waardoor hij de zorgvuldigheidsplicht geschonden heeft.

Dit beginsel van behoorlijk bestuur legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 22 maart 2010, nr. 202.182, RvS 21 september 2009, nr. 196.247; RvS 2 februari 2007, nr. 167 411; RvS 14 februari 2006, nr. 154 954).

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

Verweerder ging evenwel over tot het nemen van een beslissing op basis van een onvergelykbare medische situatie, waardoor hij de bestreden beslissing niet met de nodige zorgvuldigheid werd genomen en deze strijdig is met de algemene rechtsbeginselen van behoorlijk bestuur en de zorgvuldigheidsplicht.

De bestreden beslissing dient dan ook vernietigd te worden.

2.1.3. Dat zoals gezegd de arts-adviseur de aanwezigheid van de nodige medische zorgen voor verzoeker onderzocht heeft door enkel en alleen gebruik te maken van informatie verkregen via de niet publieke MedCOL-databank.

Dit terwijl in de disclaimer van de MedCOL databank duidelijk wordt gesteld dat de geleverde informatie in de databank beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling in slechts één welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling (zie advies arts-adviseur dd. 14.11.2022 p1).

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

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

Bovendien geeft de MedCOL databank geen informatie met betrekking tot de (financiële) toegankelijkheid van de beschreven behandelingen en medicatie. Bijgevolg is het zeer goed mogelijk dat de in de MedCOL-databank beschreven behandeling en medicatie enkel financieel toegankelijk is voor de rijke toplaag van de Ghanezen.

Tevens is het mogelijk dat een bepaalde medische behandeling voorhanden is in een gezondheidsinstelling, doch niet steeds ononderbroken, wegens bv. onvoldoende stock of gebrekkige leveringen van medicijnen.

Ook dienaangaande doet de MedCOI-databank geen uitspraak, zodat de informatie aanwezig in de MedCOI- databank dan ook een onvolledig beeld geeft van de situatie van de medische zorgen in Ghana.

Dat de arts-adviseur zich voor de toegankelijkheid van de zorgen en opvolging beroept op het Fact Finding Mission Report Ghana 2020. Dit rapport is niet gepubliceerd.

Over verzoekers specifieke situatie oordeelt de arts-adviseur op p3 het volgende met betrekking tot de toegankelijke medische zorgen:

"Betrokkene lijdt aan hepatitis. Ghana heeft een nationaal programma dat nog geïmplementeerd dient te worden. Stel dat betrokkene toch dient te betalen voor bepaalde zorgen, kunnen we stellen dat betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voorlegt en hij dus via het uitvoeren van arbeid zelf ook kan bijdragen bij de kosten die gepaard zouden gaan bij de noodzakelijk geachte zorgen.

(...)

Het staat betrokkene 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 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.. (...)"

Dat de arts-adviseur verwijst naar een nationaal programma dat nog geïmplementeerd dient te worden. Dat nergens uit de beslissing blijkt waarover dit plan gaat en hoe dit plan voordelig is voor de situatie van verzoeker. Dat het onderzoek waaruit de arts-adviseur deze informatie haalt bovendien gebaseerd is op een rapport van 2020. waarbij er na drie jaar nog steeds geen geïmplementeerd plan voor Hepatitis B in Ghana voorhanden is en dit dus ook niet op korte termijn zal gebeuren.

Dat de arts-adviseur voor het overige de algemene gezondheidszorg in Ghana verduidelijkt op basis van het rapport.

Dat deze algemene gezondheidszorg echter niets zegt over Hepatitis B patiënten.

Al deze informatie (MED-coi databank en rapport) is bovendien niet publiek toegankelijk en kan dus onmogelijk gecontroleerd en geverifieerd worden.

Overigens werd door de arts-adviseur bevestigd dat verzoeker lijdt aan een medische problematiek welke een reëel risico kan inhouden voor zijn leven en fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, zodat de ononderbroken beschikbaarheid en toegankelijk van de voor verzoeker noodzakelijke medische zorgen voor hem van levensbelang zijn.

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

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

2.1.4. Dat de arts-adviseur verder aanhaalt:

"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, ald 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 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. "

Hieruit lijdt de arts-adviseur klaarblijkelijk af dat verzoeker mogelijks gratis kan worden behandeld en/of zijn behandeling door de staat zullen worden betaald.

Evenwel wordt door de arts-adviseur niet nader gespecificeerd welk bepaald type gezondheidszorgen worden gedekt door de ziekteverzekering en welke zorgen voor welbepaalde aandoeningen door de staat worden betaald.

Het is dan ook geenszins zeker dat verzoeker onder deze categorieën valt. Hiermee kan dan ook geen rekening worden gehouden.

Evenmin wordt nader gespecificeerd welke tussenkomst de ziekteverzekering verschaft, waardoor het onmogelijk is te kunnen vaststellen of verzoeker hiermee nodige medische behandelingen kunnen aanschaffen.

Overigens wordt niet nader gespecificeerd wat onder 'normaal' of 'kwetsbare families' verstaan wordt en of verzoeker eventueel in aanmerking komt voor de gratis NHIS kaart.

Het advies van de arts-adviseur verstrekt dan ook slechts zeer summiere informatie en op basis hiervan kan geenszins besloten worden tot de aanwezigheid en toegankelijk van de voor verzoeker noodzakelijke medische behandelingen.

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

2.1.5. Dat bovendien uit objectieve én publiek toegankelijk informatie blijkt dat de gezondheidszorgen voor Hepatitis B patiënten in Ghana niet enkel onbetaalbaar, maar ook ondermaats zouden zijn.

Verzoeker verwijst in zijn aanvraag tot medische regularisatie naar het rapport "Barriers to chronic Hepatitis B treatment and care in Ghana: A qualitative study with people with Hepatitis B and healthcare providers" - Adjei. C. A., Stutterheim, S. E., Naab, F. & Ruiter. R., 2019, 16p:

"We used an exploratory qualitative design. The exploratory design was appropriate because little is known about barriers to treatment and care for PWHB (People With Hepatitis B) in Ghana.

(...)

Although Ghana has a resilient national health insurance scheme (NHIS), Hepatitis B treatment and laboratory investigations including viral load are not covered under the NHIS.

Typically, the average cost of Hepatitis B treatment per annum for Tenofovir medication is about Ghc 3600 (\$ 670) (personal communication with a physician specialist) compared to an average annual income of about Ghc 9,600 (SI, 778)."

Eigen vertaling en onderlijning :

"We gebruikten een verkennend kwalitatief ontwerp. De exploratieve opzet was geschikt omdat er weinig bekend is over barrières voor behandeling en zorg voor PMHB in Ghana.

(...)

Hoewel Ghana een veerkrachtig nationaal ziekteverzekeringsstelsel (NHIS) heeft, worden de behandeling van hepatitis B en laboratoriumonderzoeken, waaronder virale belasting, niet door de NHIS gedekt.

De gemiddelde kosten van een Hepatitis B-behandeling voor Tenofovir-medicatie bedragen ongeveer 3600 Ghc (670 dollar) per jaar (persoonlijke communicatie met een arts-specialist), vergeleken met een gemiddeld jaarinkomen van ongeveer 9.600 Ghc (1.778 dollar).

Verder, p 10:

"The high cost of chronic Hepatitis B management was widely reported by PWHB as an important barrier to treatment and care. The cost of the services spanned from laboratory investigations to prescription drugs. A participant with chronic Hepatitis B recounted her challenge:

"One major problem is money because the labs involve a lot. The recent one I just did is about Ghc582 [\$112]. It sometimes prevents you from coming for the review. I am wondering the fee for those on treatment. " (PWHB, South- IDI17)

In addition, concerns about lost income due to appointments were reported. This was particularly the case among participants who had to miss work in order to come to a physician's appointment.

"Since 2014 up to date, nothing has been done for me. I have been doing tests only. Since I came here it has been the same thing. Only that I am spending money. I am supposed to be at work but I have to stop and be here. " (PWHB, South- IDI 5)

The challenge posed by the high costs for the management of chronic Hepatitis B reported by PWHB was also confirmed by a physician specialist.

"For those who come in with Hepatitis B, if they can be treated the issue is cost. The drug is quite expensive for a number of patients. " (Physician Specialist, South-IDI 15)

Unlike other conditions such as hypertension, malaria, and HIV, where treatment is provided free of charge in Ghana, Hepatitis B services have fees. Some participants expressed concern about the exclusion of Hepatitis B drugs from the national health insurance scheme and requested for its inclusion.

"What I would advise is if the health insurance can do something so that at least people with such conditions can enjoy their medications being covered by the health insurance. " (HCP, North-FGD 21)

Eigen vertaling en onderlijning:

"De hoge kosten van de behandeling van chronische hepatitis B werden door de PWHB op grote schaal gemeld als een belangrijke belemmering voor behandeling en zorg. De kosten van de diensten varieerden van laboratoriumonderzoeken tot voorgeschreven geneesmiddelen. Een deelnemer met chronische hepatitis B vertelde over haar uitdaging:

"Een groot probleem is geld, omdat de laboratoriumonderzoeken veel kosten. De recente test die ik heb gedaan kost ongeveer Ghc582 [\$112]. Dat weerhoudt je er soms van om voor een onderzoek te komen. Ik vraag me af wat het tarief is voor mensen die onder behandeling zijn. " (PWHB, Zuid-IDI17)

Daarnaast werd bezorgdheid gemeld over gederfde inkomsten als gevolg van afspraken. Dit was met name het geval bij deelnemers die hun werk moesten missen om naar een afspraak met een arts te komen.

"Sinds 2014 tot op heden is er niets voor mij gedaan. Ik heb alleen tests gedaan. Sinds ik hier ben, is het hetzelfde. Alleen dat ik geld uitgeef. Ik hoor op mijn werk te zijn maar ik moet stoppen en hier zijn. " (PWHB, Zuid- IDI5)

De door de PWHB gemelde uitdaging van de hoge kosten voor de behandeling van chronische Hepatitis B werd ook bevestigd door een arts-specialist.

"Voor degenen die binnenkomen met hepatitis B, als ze behandeld kunnen worden, is het probleem de kosten. Het medicijn is voor een aantal patiënten vrij duur. " (Specialist, Zuid-IDI 15)

In tegenstelling tot andere aandoeningen zoals hoge bloeddruk, malaria en HIV, waar de behandeling in Ghana gratis is, moet er voor Hepatitis B betaald worden. Sommige deelnemers uitten hun bezorgdheid over het feit dat hepatitis B-medicijnen niet onder het nationale ziektekostenverzekeringsstelsel vallen en vroegen of ze in het stelsel konden worden opgenomen.

"Wat ik zou willen adviseren is dat de ziektekostenverzekering iets kan doen, zodat mensen met dergelijke aandoeningen in ieder geval kunnen profiteren van de dekking van hun medicijnen door de ziektekostenverzekering. (HCP, Noord-FGD 21) "

En ook:

"A third individual level barrier found was that formal care does not meet PWHB's expectations. A number of the PWHB reported that they feel that some health facilities are unable to meet their health needs. Specifically, there were disappointed because they expected physicians to prescribe drugs for them on their first visit. Those whose expectations were perceived to be unmet tended to lose confidence in the hospital-based management and thus often opted for alternative treatment, usually herbal medicine. One person with chronic Hepatitis B said,

" When I come, they won't give me medicine, they won't give me injection. They keep saying that I have to be monitored to see whether the virus will start reacting. Is just like something is lying down. You just see that this is a scorpion and is lying down but it is not biting you. Why can't it be killed since it is known to be dangerous. That is what they are doing in my case. They are saying I should come to be monitored to see when it will start reacting before they arrest it. " (PWHB, South-IDI 18)

(...)

Participants who lacked an understanding of the processes involved in the management of HBV felt that their physicians lacked the expertise needed to effectively manage their condition. "I think the doctors don't know what to do for me. When I come they tell me they are still observing me. The story is still the same, even today. " (PWHB, North-IDI 16) "

Vertaling:

"Een derde belemmering op individueel niveau was dat de formele zorg niet aan de verwachtingen van de gehandicapten en zorgbehoevenden voldoet. Een aantal PWHB meldde dat ze het gevoel hebben dat sommige gezondheidsvoorzieningen niet in staat zijn om aan hun gezondheidsbehoeften te voldoen. Ze waren met name teleurgesteld omdat ze verwachtten dat artsen hen bij hun eerste bezoek medicijnen zouden voorschrijven. Degenen wier verwachtingen niet werden ingelost, verloren vaak het vertrouwen in het ziekenhuismanagement en kozen daarom vaak voor een alternatieve behandeling, meestal kruidengeneeskunde. Een persoon met chronische hepatitis B zei,

"Als ik kom, willen ze me geen medicijnen geven, geen injectie. Ze blijven zeggen dat ik in de gaten moet worden gehouden om te zien of het virus begint te reageren. Het is net of er iets ligt. Je ziet gewoon dat het een schorpioen is en dat hij ligt. maar hij bijt je niet. Waarom kan het niet gedood worden als het bekend is dat het gevaarlijk is. Dat is wat ze in mijn geval doen. Ze zeggen dat ik in de gaten moet worden gehouden om te zien wanneer hij begint te reageren voordat ze hem stoppen. " (PWHB, Zuid-IDI 18)

(...)

Deelnemers die geen inzicht hadden in de processen die betrokken zijn bij de behandeling van HBV, vonden dat hun artsen niet de deskundigheid hadden die nodig is om hun aandoening effectief te behandelen. "Ik denk dat de artsen niet weten wat ze voor mij moeten doen. Als ik kom, zeggen ze me dat ze me nog steeds observeren. Het verhaal is nog steeds hetzelfde, zelfs vandaag." (PWHB, Noord-IDI 116)

Dat uit de bestreden beslissing niet blijkt dat rekening werd gehouden met dit rapport hoewel het werd aangehaald in de aanvraag medische regularisatie van verzoeker.

Dat dit rapport nochtans een van de weinige studies over Hepatitis B patiënten in Ghana betreft, zoals het rapport zelf aanhaalt, zodanig dat rekening dient te worden gehouden met de bevindingen ervan.

Dat de bestreden beslissing door geen rekening te houden met deze informatie dan ook geenszins op een pertinente, individuele en zorgvuldige wijze heeft nagegaan of de voor verzoeker levensnoodzakelijke behandeling in Ghana niet alleen aanwezig is, doch in de praktijk ook financieel toegankelijk is.

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

2.1.6. *Dat de arts-adviseur voorts opmerkt dat verzoeker geen attest van arbeidsongeschiktheid voorlegt en dus via het uitvoeren van arbeid zelf ook kan bijdragen bij de kosten van de ziekte, en dat de familie van verzoeker in Ghana ook zou kunnen bijdragen in de kosten.*

Uit de door verzoeker neergelegde stukken bij de medische regularisatie aanvraag blijkt evenwel duidelijk dat verzoeker inderdaad arbeidsgeschikt is, en in Ghana als voltijdse bankbediende een maandloon van 450 GHC (36.68 EUR) verdiende.

Dat verzoeker in zijn medische regularisatie aanvraag bovendien uiteenzet dat de gemiddelde kostprijs voor Tenofiv (de generische versie van Viread) in Ghana ongeveer 300 GHC (zijnde op heden 24.45 EUR) per maand bedraagt.

Dat verzoeker dus heeft verduidelijkt dat dit medicijn hem quasi zijn volledig maandelijks inkomen zou kosten, en dit nog los van de herhaaldelijke kosten van onderzoek en opvolging die noodzakelijk zijn, en dit uiteraard nog los van de gebruikelijke woon en leefkosten (huur, voeding, kledij, vervoer, ontspanning, verzekeringen, andere medicatie....).

Dat de arts-adviseur geen enkele reactie geeft op verzoekers situatie.

Dat een loutere verwijzing naar de aanwezigheid van familie, vrienden of kennissen in het herkomstland onvoldoende is als motivering (RVV nr. 96.043, 29 januari 2013). Door te verwijzen naar de familieleden die de verzoeker heeft in het herkomstland zonder te onderzoeken wat hun financiële situatie is en of ze bereid zijn betrokkene te steunen, toont verweerder niet aan dat hij rekening hield met de individuele toegang tot zorg (RVV nr. 73.792, 23 januari 2012).

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

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

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

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

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

Tweede middel : schending artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn 2008/115/EG, Art 74/13 Wet 15 december 1989, artikel 11 Europees Sociaal Handvest, het motiveringsbeginsel

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

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

Dat in casu verweerder het bevel om het grondgebied te verlaten enkel gemotiveerd heeft op basis van het feit dat aan verzoeker niet over een geldig visum beschikt. Met betrekking tot de gezondheidstoestand van verzoeker stelt verweerder dat er 'geen medische contra-indicatie voor terugkeer naar land van herkomst (adies 14.11.2022)' zijn.

Dat louter wordt verwezen naar het advies van de arts-adviseur, zonder te onderzoeken of verzoeker thans medisch in staat is om dergelijk lange vlucht te doorstaan.

Dat verweerder geen rekening heeft gehouden met de gezondheidstoestand van verzoeker conform artikel 74/13 Vw. bij het afleveren van dit bevel om het grondgebied te verlaten.

Bovendien werd ook een mogelijke schending van artikel 11 ESH niet onderzocht, niettegenstaande verweerder op teneinde de doeltreffende uitoefening van het recht op bescherming van de gezondheid te waarborgen, passende maatregelen dient te nemen om onder andere de oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk weg te nemen;

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn 2008/115/EG, Art. 74/13 Wet 15 december 1989. artikel 11 Europees Sociaal Handvest, het motiveringsbeginsel."

2.2. De verwerende partij repliceert in de nota met opmerkingen als volgt op de argumenten van de verzoekende partij zoals uiteengezet in haar initieel verzoekschrift:

"In het eerste middel wordt de schending aangehaald van artikel 9ter en artikel 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29.07.1991 houdende de uitdrukkelijke motiveringsplicht inzake bestuurshandelingen, van artikel 3 EVRM, van het zorgvuldigheidsbeginsel. Tevens wordt de kennelijke beoordelingsfout ingeroepen. Verzoeker stelt dat er geen rekening werd gehouden met het voorgelegd medisch attest van de gastro-enteroloog dr. W. (...). Daarnaast stelt verzoekende partij dat niet duidelijk is of de referentie-patiënte (die is ingegeven in de Medcoi-databank) zich in een vergelijkbare situatie bevindt als de verzoekende partij. Verzoeker stelt dat niet onderzocht werd of de vereiste medische behandeling nog steeds beschikbaar is wanneer er afwijkende waarden worden vastgesteld bij controles. Verzoeker zou dan naar eigen zeggen immers een biopsie en een CT-scan of MRI moeten ondergaan. Verzoeker stelt dat de vereiste medische behandeling kennelijk maar beschikbaar is in één ziekenhuis in Ghana. Verzoeker stelt dat de gezondheidszorg in Ghana ondermaats is en dat de gemiddelde kostprijs van de vereiste medicatie quasi een volledig maandloon omhelst. De verwerende partij heeft de eer om vooreerst te antwoorden dat uit het verzoekschrift blijkt dat verzoeker de motieven van de eerste bestreden beslissing kent, aangezien hij er inhoudelijk op in gaat en deze tracht te weerleggen. Aldus is voldaan aan de doelstelling van de formele motiveringsplicht. In het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer wordt verzoeker gediagnosticeerd met chronische hepatitis B met opstart van medicatie met gunstige evolutie, opvolging is noodzakelijk. In het standaard medisch attest staat als actuele medicamenteuze behandeling vermeld "Viread 245 mg 1x/dag gedurende minstens 4 jaar, maar vermoedelijk langer." Opvolging bestaat uit bloedafnames en 1 x jaar opvolging met echografie van de lever.

In het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer wordt onder meer gesteld dat uit de Medcoi-databank is gebleken dat laboonderzoek m.b.t. de lever beschikbaar is, dat er hepatologen zijn in Ghana en dat ook elastografie onderzoek er beschikbaar. Ook de medicamenteuze behandeling tenofovir disoproxil (=viread) is beschikbaar in Ghana. Uit de voorgelegde medische attesten van de verzoekende partij blijkt niet dat verzoekende partij zorgen zou behoeven die niet beschikbaar zouden zijn in Ghana: zowel bloedafnames als echografie van de lever zijn beschikbaar en ook de medicamenteuze behandeling, alsook hepatologen zijn beschikbaar. Verzoekende partij geeft bij huidig verzoekschrift aan dat 'gewone' bloedonderzoeken niet zouden volstaan, maar dat er ALT en AST bloedonderzoeken moeten gebeuren. Daargelaten de vaststelling dat dit onderscheid in de bloedonderzoeken niet gemaakt wordt in het standaard medisch attest, moet in iedere hypothese vastgesteld worden dat in de MEDCOI-resultaten ook gewag wordt gemaakt van ALAT en ASAT en het internet wijst uit dat Alanine-aminotransferase staat voor "ALAT" en dat aspartaataminotransferase staat voor "ASAT", hetgeen dus overeenstemt met ALT en AST waarvan melding wordt gemaakt in het verzoekschrift. Kortom, ALT en AST bloedonderzoeken zijn beschikbaar. Verzoeker stelt tevens dat niet blijkt welke fibrotesten en welk soort serologie beschikbaar is, maar er moet vastgesteld worden dat in de medische attesten van verzoekende partij niet vermeld wordt dat er zeer specifieke echografieën of serologieën zouden vereist zijn. Verzoeker maakt dan ook niet aannemelijk dat de vereiste medische zorgen niet beschikbaar zouden zijn in het herkomstland. Een fibroscan is een echo-onderzoek en

daarnaast blijkt uit de Medcoi-resultaten dat er naast hepatologen, onder meer ook pulmonologen en cardiologen beschikbaar zijn. Verzoekende partij maakt niet aannemelijk en voegt ook geen enkel document bij waaruit zou blijken dat de vereiste medische zorgen niet beschikbaar zouden zijn. Verzoeker beweert het een en het ander (zoals bijvoorbeeld de plotse nood aan een biopsie waarnaar geen onderzoek werd gevoerd door de ambtenaar-geneesheer en waarvan de noodzaak ook totaal niet aangegeven wordt in de 9teraanvraag) maar hij onderbouwt of objectieveert zijn stelling geenszins met medische documenten. De verzoekende partij kan niet ernstig voorhouden dat de MedCOIbronnen niet geverifieerd kunnen worden: de bronnen zijn voorhanden in het administratief dossier en niets kan de verzoekende partij beletten na te gaan of deze zorgverleningen niet zouden bestaan of beperkt zouden werken. Waar verzoekende partij stelt dat de vereiste medische zorgen slechts in één ziekenhuis in Ghana beschikbaar zouden zijn, dient geantwoord dat de verkregen informatie uit de MEDcoi-databank niet exhaustief is, hetgeen ook uitdrukkelijk wordt vermeld in het Medcoi-attest zelf. (zie ook RVV nr. 275 248 van 13 juli 2022). Zelfs indien zou moeten aangenomen worden dat de vereiste zorgen slechts in één ziekenhuis in ACCRA beschikbaar zouden zijn, verduidelijkt verzoekende partij niet waarom zij zich niet in ACCRA zou kunnen vestigen. De verwerende partij wenst te vervolgen dat er in het medisch advies uitvoerig gemotiveerd wordt over de toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst. Er wordt onder meer gemotiveerd dat het publieke gezondheidssysteem wordt aangeboden op drie niveaus, met name de primaire, de secundaire en de tertiaire zorg. Een van de belangrijkste agentschappen is de GHS (Ghana Health Service), dit is een autonoom uitvoerend orgaan dat verantwoordelijk is voor de implementatie van het nationaal beleid inzake gezondheidszorg. Er wordt gesteld dat er in Ghana ook NGO's werken rond gezondheidszorg. Er is tevens een ziekteverzekeringssysteem NHIS (National Health Insurance Scheme), dat dekking verleent inzake gezondheidskosten en sommige zorgen zelfs gratis voorziet. Tevens wordt gemotiveerd dat er specifiek voor hepatitis een nationaal programma bestaat dat nog geïmplementeerd moet worden. In weerwil van de kritiek van verzoeker, is het niet zo dat de vereiste medische zorgen niet toegankelijk zouden zijn omdat dit programma nog niet geïmplementeerd werd. In de bestreden beslissing wordt immers ook gemotiveerd dat verzoeker geen attest van arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dat hij dus via het uitvoeren van arbeid zelf ook kan bijdragen bij de kosten die gepaard zouden gaan bij de noodzakelijk geachte zorgen. Bovendien heeft verzoeker nog ouders, vijf broer en drie zussen die in Ghana verblijven zodat het niet kennelijk onredelijk is om te oordelen dat verzoeker zou kunnen terugvallen op een familiaal, sociaal netwerk voor het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen. Daarnaast kan verzoeker ook beroep doen op het IOM en kan hij via het IOM ook worden doorverwezen naar diensten en instellingen zoals de GHS en de NHIS. Verzoeker betwist niet dat hij arbeidsgeschikt is en dat hij kan terugvallen op een sociaal en familiaal netwerk en daarnaast gaat hij in zijn kritiek over de toegankelijkheid van de medische zorgen in Ghana volledig voorbij aan de aanwezigheid van de NHIS en de tussenkomst van de ziekteverzekering in de kosten m.b.t. gezondheidszorg. Verzoeker maakt niet aannemelijk dat de vereiste medische zorgen vanuit financieel oogpunt niet toegankelijk zouden zijn. De verwerende partij wenst te vervolgen dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verwerende partij aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De arts-adviseur stelde vast dat dit het geval is. De door verzoeker aangehaalde bepalingen en beginselen worden niet geschonden. Het eerste middel is niet gegrond. In het tweede middel wordt de schending aangehaald van artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn, van artikel 74/13 Vw., van artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest en van het motiveringsbeginsel. Verzoekende partij stelt dat er bij het nemen van een verwijderingsmaatregel onvoldoende rekening werd gehouden met de gezondheidstoestand. De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat het bevel om het grondgebied te verlaten gepaard gaat met een ongegrondheidsbeslissing inzake een 9ter-aanvraag. Bovendien is er een evaluatie gemaakt in het licht van artikel 74/13 Vw., waarin onder meer wordt vastgesteld dat uit het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt dat er geen tegenaanwijzing is om te reizen en dat de noodzakelijke medische behandeling beschikbaar is in het land van herkomst. Verzoeker kan niet beweren dat er geen rekening werd gehouden met zijn gezondheidstoestand. Het tweede middel is niet gegrond."

2.3. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze.

Het afdoend karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

De belangrijkste bestaansreden van deze uitdrukkelijk motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan binnen de perken van de redelijkheid tot haar beslissing is gekomen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 30 oktober 2014, nr. 228.963; RvS 17 december 2014, nr. 229.582).

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 redelijkheidsbeginsel staat de Raad niet toe het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te bevinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat doordat de door het bestuur geponeerde verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

Artikel 9ter, § 1 van de Vreemdelingenwet luidde op het ogenblik van de aanvraag van de verzoekende partij 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.”

Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet vloeit voort dat het onderzoek tweeledig is. Ten eerste dient te worden aangetoond dat de aanvrager lijdt aan een ziekte en ten tweede dient te worden aangetoond 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 land van verblijf. De ziekte moet aldus voldoende ernstig zijn en een reëel risico inhouden voor de fysieke integriteit wanneer er geen behandeling mogelijk is.

De ambtenaar-geneesheer adviseerde als volgt over de behandelings- en opvolgingsmogelijkheden en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen in het land van herkomst:

"Geachte Heer,

D., A. (...) (R.N. xxxx)

Mannelijk

Nationaliteit Ghana

Geboren op (...)

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 21.10.2022.

Aangeleverde documenten:

- *SMG d.d. 06-09-2022 van Dr. W. (...), gastro-enteroloog*
o diagnose van chronische hepatitis B in december 2021, actueel onder Viread
- *attest d.d. 06-09-2022 dat betrokkene lijdt aan chronische hepatitis B waarvoor nood aan Viread en opvolging*
- *raadpleging 27-07-2022*
- *echografie: geen steatose of cirrose F3 fibrose*
- *attest d.d. 08-03-2022 dat betrokkene in behandeling is*
- *consultatie 18-11-2022*
- *uitgebreid bloedonderzoek*
- *geschreven nota*

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen dat het hier een man betreft, actueel 36 jaar, afkomstig uit Ghana. Recent werd de diagnose van chronische hepatitis B gesteld met opstarten van medicatie namelijk Viread= Tenofovir disoproxil met gunstige evolutie. Opvolging is noodzakelijk.

Betrokkene kan reizen.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst: Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene): Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:

-aanvraag MedCOI van 30.03.2022 met het unieke referentienummer 15661

Availability of medical treatment

Source

Information Provider AVA 15661 International SOS

Priority Normal (14 days)

Request Sent 18/03/2022

Response Received 30/03/2022

Gender Female

Age 32

Country of Origin Ghana

Required treatment according to case description inpatient treatment by a hepatologist

Availability Available

Required treatment according to case description outpatient treatment and follow up by a hepatologist
Available Available

Required treatment according to case description laboratory research of HBV DNA testing in case of Hepatitis B
Available Available

Required treatment according to case description laboratory research of Hep B serology

Required treatment according to case description laboratory research Liven Fibrotest; incl 6 serum markers: alpha-2-macroglobulin, haptoglobin, apolipoprotein A I, I gamma GT total bilirubin, ALAT
Available Available

Required treatment according to case description [laboratory research liven Fibrotest; incl 6 serum markers: alpha-2-macroglobulin, haptoglobin, apolipoprotein A I, gamma GT, total bilirubin, ALAT
Available Available

Required treatment according to case description diagnostic research: transient elastography: test for liver fibrosis (eg Fibroscan)
Available Available

Medication tenofovir disoproxil
Medication Group Infections: antivirals: Hepatitis B
Type Alternative Medication
Available Available

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de behandeling en opvolging in kader van de hepatitis B beschikbaar is in Ghana.

Vanuit het standpunt van beschikbaarheid van de zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar Ghana.

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.⁴ 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.⁵ 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 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 en 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.⁶ 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 Ghaneren tot een groep die in aanmerking komt voor een gratis NHIS kaart.⁷ Betrokkene lijdt aan hepatitis. Ghana heeft een nationaal programma dat nog geïmplementeerd dient te worden. Stel dat betrokkene toch dient te betalen voor bepaalde zorgen kunnen we stellen dat betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voorlegt en hij dus via het uitvoeren van arbeid zelf ook kan bijdragen bij de kosten die gepaard zouden gaan bij de noodzakelijk geachte zorgen. In zijn asielinterview gaf betrokkene ook dat hij zijn studies aan de universiteit heeft afgerond en ook graag wilde werken.¹⁰ Overigens verblijft er nog veel familie van betrokkene (zijn ouders, vijf broers, drie zussen) in het land van herkomst. Dit veronderstelt toch de aanwezigheid van een familiaal, sociaal netwerk waarop betrokkene eventueel zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen.

De advocaat van betrokkene haalt aan dat betrokkene omwille van zijn aandoening ook het slachtoffer van stigmatisering zou zijn in het land van herkomst. De Ghanese overheid is zich hiervan bewust en probeert dit met bewustwordingscampagnes en gezondheidsstrategieën aan te pakken.

Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat betrokkene 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 hoofdstad Accra. De medewerkers van dit kantoor zorgen ervoor dat personen die terugkeren correct worden door verwezen 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 baggage.

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)."

Het is niet betwist, en dit blijkt bovendien uit de eerste bestreden beslissing, dat de ambtenaar-geneesheer heeft besloten dat de pathologie van de verzoekende partij, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Ghana. Om die reden is er volgens de ambtenaar-geneesheer vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Ghana.

De verzoekende partij betwist in haar eerste middel onder meer de financiële toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen in Ghana. Zij verwijst daarvoor naar een rapport dat zij bij haar aanvraag voegde, namelijk "Barriers to chronic Hepatitis B treatment and care in Ghana (...)". Volgens de verzoekende partij heeft de ambtenaar-geneesheer met dit door de verzoekende partij bij haar aanvraag gevoegde stuk geen rekening gehouden. Bovendien blijkt volgens de verzoekende partij uit dit stuk dat er enorm hoge kosten verbonden zijn aan de behandeling van hepatitis B in Ghana, en dat deze kosten niet gedekt worden door NHIS, in tegenstelling tot wat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies lijkt te insinueren. De verzoekende partij benadrukt verder dat de ambtenaar-geneesheer terecht aanhaalt dat zij kan werken in Ghana, maar stelt ook dat zij bij haar aanvraag stukken voegde waaruit blijkt dat zij als voltijdse bankbediende een maandloon van 36,68 euro ontving, terwijl zij in diezelfde aanvraag uiteenzette dat de gemiddelde kostprijs voor Enofiv (de generische versie van Viread) in Ghana ongeveer 24,45 euro per maand bedraagt. De verzoekende partij heeft daarmee volgens haar verduidelijkt dat dit medicijn haar quasi haar volledige maandelijkse inkomen zou kosten, en dit nog los van de herhaaldelijke kosten van onderzoek en opvolging die noodzakelijk zijn, en dit uiteraard nog los van de gebruikelijke woon- en leefkosten. De ambtenaar-geneesheer noch de verwerende partij zelf geeft hierop volgens de verzoekende partij enige reactie.

De Raad kan vooreerst vaststellen dat het rapport waarnaar de verzoekende partij verwijst, namelijk "Barriers to chronic Hepatitis B treatment and care in Ghana (...)", zich inderdaad in het administratief dossier bevindt, en bovendien betwist de verwerende partij niet dat de verzoekende partij het bij haar aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voegde. Uit de stukken van het administratief dossier zelf blijkt overigens ook dat de verzoekende partij dit stuk bij haar aanvraag van 21 oktober (door de verzoekende partij zelf gedateerd op 19 oktober) 2022 voegde. Zij verwijst er in haar aanvraag bovendien expliciet naar en citeert er ook uit. In die aanvraag haalde de verzoekende partij bovendien ook de hoge kostprijs van de noodzakelijke medicatie aan, en het feit dat zij dit met haar maandloon niet zou kunnen betalen, evenals het feit dat de kosten niet gedekt worden door het NHIS. De Raad stelt verder vast dat de vermeldingen die de verzoekende partij uit dit rapport opneemt in haar verzoekschrift inderdaad letterlijk in dit rapport terug te vinden zijn. De argumenten van de verzoekende partij zoals hierboven weergegeven vinden aldus steun in voormeld rapport.

Kernvraag is nu of de ambtenaar-geneesheer, en de verwerende partij met hem, met deze informatie rekening hebben gehouden bij het nemen van de eerste bestreden beslissing.

In de eerste bestreden beslissing wordt als volgt gemotiveerd over de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen:

"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.⁴ 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.⁵ 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 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 en 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.⁶ 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. Betrokkene lijdt aan hepatitis. Ghana heeft een nationaal programma dat nog geïmplementeerd dient te worden. Stel dat betrokkene toch dient te betalen voor bepaalde zorgen kunnen we stellen dat betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voorlegt en hij dus via het uitvoeren van arbeid zelf ook kan bijdragen bij de kosten die gepaard zouden gaan bij de noodzakelijk geachte zorgen. In zijn asielinterview gaf betrokkene ook dat hij zijn studies aan de universiteit heeft afgerond en ook graag wilde werken.¹⁰ Overigens verblijft er nog veel familie van betrokkene (zijn ouders, vijf broers, drie zussen) in het land van herkomst. Dit veronderstelt toch de aanwezigheid van een familiaal, sociaal netwerk waarop betrokkene eventueel zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen.

De advocaat van betrokkene haalt aan dat betrokkene omwille van zijn aandoening ook het slachtoffer van stigmatisering zou zijn in het land van herkomst. De Ghanese overheid is zich hiervan bewust en probeert dit met bewustwordingscampagnes en gezondheidsstrategieën aan te pakken.

Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat betrokkene 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 hoofdstad Accra. De medewerkers van dit kantoor zorgen ervoor dat personen die terugkeren correct worden door verwezen 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.”

Het is duidelijk dat de ambtenaar-geneesheer op geen enkele manier de informatie die de verzoekende partij heeft voorgelegd bij haar aanvraag en die heel specifiek betrekking heeft op de zeer hoge kosten voor medische behandelingen van hepatitis B in Ghana, in overweging heeft genomen. De ambtenaar-geneesheer beperkt zich in hoofdzaak tot een overzicht van de gezondheidszorg in Ghana, en specificeert verder specifiek voor de verzoekende partij dat Ghana een nationaal programma heeft dat nog geïmplementeerd dient te worden, dat zij voor eventuele kosten zelf kan werken en kan terugvallen op haar familie in het land van herkomst. Gezien de concrete informatie die de verzoekende partij bij haar aanvraag heeft voorgelegd en die betrekking heeft op de zeer hoge kosten van de medische behandeling, het feit dat deze kosten niet worden gedekt door NHIS, en het feit dat nagenoeg haar volledige inkomen als voltijds bankbediende naar de medicatie zou gaan, maakt de verzoekende partij aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer en met hem de verwerende partij deze informatie minstens had moeten meenemen in haar motivering. Uit de motieven van de eerste bestreden beslissing blijkt niet dat zij dit heeft gedaan.

De verwerende partij repliceert op dit punt helemaal niet in de nota met opmerkingen.

De verzoekende partij maakt een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet in samenhang met de motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel aannemelijk.

Het eerste middel is in de besproken mate gegrond.

Aangezien de eventuele gegrondheid van andere middelen niet tot een ruimere vernietiging kan leiden, dienen deze niet meer te worden onderzocht (RvS 18 december 1990, nr. 36.050; RvS 24 oktober 2002, nr. 111.881).

Het gegeven dat de beslissing tot ontvankelijkheid doch ongegrondheid van de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet dient te worden vernietigd, leidt in voorliggende zaak tot de bijkomende conclusie dat ook de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten niet rechtsgeldig werd genomen. De gemachtigde kan in casu immers geen bevel om het grondgebied te verlaten betekenen aan de verzoekende partij zonder eerst op een zorgvuldige wijze te hebben nagegaan of haar aanspraak op een recht op verblijf om medische redenen al dan niet kan worden ingewilligd. Dit is des te meer het geval nu de ambtenaar-geneesheer concludeerde dat de verzoekende partij lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt voor haar leven of fysieke integriteit wanneer in het land van herkomst de noodzakelijke medische zorgen niet beschikbaar of toegankelijk zouden zijn.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

De beslissingen van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 17 november 2022 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 wordt verklaard en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, worden vernietigd.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zesentwintig april tweeduizend drieëntwintig door:

mevr. J. CAMU,

kamervoorzitter,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

J. CAMU