



Arrest

nr. 342 084 van 2 maart 2026
in de zaak RvV X / II

Inzake: X

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

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 24 oktober 2025 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Asiel en Migratie van 1 september 2025 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond 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 beschikking tot de vaststelling van het rolrecht van 28 oktober 2025 met referentnummer X.

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 5 februari 2026 waarbij het sluiten van de debatten wordt bepaald op 16 februari 2026.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekende partij dient op 13 augustus 2024 een aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet) in.

1.2. Op 1 september 2025 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ontvankelijk doch ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 13.08.2024 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

F., T. S. (..) (R.R.: xxxxxxxxxxxx)

nationaliteit: Nigeria

geboren te Lagos op (...)1994

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 F., T. S. (...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 25.08.2025 (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, Nigeria.

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."

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoekende partij zet een eerste – en enig – middel als volgt uiteen in het verzoekschrift:

"2.1. Eerste middel : schending van de artikelen 9ter 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, artikel 7 §1 van het KB van 17 mei 2007 en van de algemene rechtsbeginselen, inzonderheid de motiveringsplicht, het zorgvuldigheidsbeginsel en de rechten van verdediging

2.1.1.

Dat de bestreden beslissing motiveert dat er in casu niet kan worden afgeleid dat verzoekster lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of zij 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. 25.08.2025, die motiveert dat uit het medisch dossier niet kan worden vastgesteld dat verzoekster actueel lijdt aan een ziekte die een imminent gevaar oplevert voor haar leven of zijn fysieke integriteit waardoor verzoekster niet in staat zou zijn om te reizen.

Evenmin zou uit het dossier blijken dat verzoekster lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling bij een terugkeer naar het herkomstland aangezien een adequate behandeling aldaar beschikbaar en toegankelijk zou zijn.

Dat de bestreden beslissing evenwel enkel de beschikbaarheid van de medische zorgen heeft onderzocht, doch geenszins de (financiële) toegankelijkheid ervan, terwijl ook dit onderdeel van het onderzoek in het kader van een aanvraag 9ter Vw. dient uit te maken.

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van artikel 9ter Vw.

2.1.2.

Immers, de arts-adviseur heeft vooreerst de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in Nigeria onderzocht (zie advies arts-adviseur p.2 e.v.)

Dat de arts-adviseur de aanwezigheid van de nodige medische zorgen en medicatie voor verzoekster onderzocht heeft door exclusief gebruik te maken van informatie verkregen via de niet publieke MedCOIdatabank.

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

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

Een dergelijke informatie is dan ook niet accuraat, nu het perfect mogelijk is dat slechts in één gezondheidsinstelling in Nigeria 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 Nigeria is dan ook niet correct.

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

Bijgevolg is het zeer goed mogelijk dat de in de MedCOI-databank beschreven behandeling/medicatie enkel financieel toegankelijk is voor de rijke toplaag van de Nigerianen (met medische privéverzekeringen), doch voor gewone burgers volledig onbetaalbaar is.

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

Voorts wordt in het medisch advies verwezen naar informatie bekomen van lokale artsen die in het land van herkomst werken, doch waarvan de identiteit niet wordt meegedeeld (zie advies arts-adviseur p.2), zodat ook deze informatie dus onmogelijk gecontroleerd en geverifieerd kan worden.

Het is immers niet ondenkbaar dat deze artsen in Nigeria – een land waar de corruptie welig tiert en de overheid zelf op verschillende vlakken corrupt is – werken voor de overheid en dus geen correct beeld weergeven van de medische toestand van het land.

(...) A recent report from Transparency International – a global coalition against corruption – highlights corruption as a barrier to effective healthcare delivery globally and indicates that \$500 billion is lost to the problem annually. Nigeria ranks 140 out of 180 in its Corruption Perceptions Index, reflecting its pervasive nature within the country's institutions. In healthcare, corruption manifests in many ways, including organ trafficking and unethical transplants, counterfeit drugs and the diversion of humanitarian aid.

(...) In another concerning account at a community health centre in Lagos, one anonymous healthcare worker told Index that contracted health workers who were paid to immunise young children had recorded discarded oral polio vaccinations as “administered”. This distortion not only alters public health data but also places entire communities at risk of preventable diseases. There was also alleged misuse of resources, with the source reporting that solar-powered lights intended for use in healthcare centres were installed in the homes of local politicians instead.

(...) “Whistleblowers in Nigeria’s healthcare system often encounter retaliation, including threats, suspension or sacking, and even physical harm. These actions create a toxic atmosphere where human rights violations thrive, and potential whistleblowers are discouraged from coming forward.

(Index on censorship, Corruption in Nigeria silences healthcare whistleblowers, 23 mei 2025, zie <https://www.indexoncensorship.org/2025/05/corruption-nigeria-silences-healthcare-whistleblowers/>).

“The majority of the study participants both agreed that corruption exists in the medical profession and also stated the various dimensions of these corrupt practices. It is evident from the study that not all medical practitioners are qualified for the positions they occupy. This is the evident outcome if persons who by training and legal obligations are charged with promoting the health status of the citizens are the very ones undermining it. This outcome from the current study resonates with the findings of Mabadeje, Taylor, and Ibrahim (1999), who discovered that unqualified staff were chiefly in charge of pharmaceutical outlets in many parts of Nigeria, a situation which, according to them, was responsible for poor treatment of patients and more expenditure on the part of the patients since the diseases they suffer from eventually developed resistance over time, requiring a different drug regime to deal with it.

(...) Our study also discovers that medical directors and government at all levels were the leading perpetrators of corruption in the medical profession. This was also the finding of Ayoola’s study in 2008, in which he stated that government officials aid corruption on a daily basis while expecting the media to work wonders.

(...) The call for proper monitoring of the health sector, prosecution of medical practitioners found guilty of corrupt practices, and removal of quacks from the system were all suggested remedies to medical corruption, with serious emphasis on the important role of the media in making government officials and medical doctors accountable to the people by putting the spotlight on the corrupt practices and their perpetrators”.

(Qeios, Corruption in the Medical Field: Facts from Nigeria, 8 januari 2024, zie <https://www.qeios.com/read/EDBF6P.2>)

Dat, voor wat betreft Nigeria, dan ook geenszins gebruik kan gemaakt worden van informatie verkregen van anonieme artsen, nu - wegens hun anonimiteit – de onafhankelijkheid van deze artsen onmogelijk kan worden gecontroleerd.

Dat verweerder dan ook gebruik heeft gemaakt van informatie die niet kan worden gecontroleerd wegens enerzijds het niet-publieke karakter van de MedCOI databank en anderzijds wegens de anonimiteit van de artsen die hun medewerking verlenen aan de MedCOI-databank.

Dat de arts-adviseur zich bovendien uitsluitend gebaseerd heeft op informatie vanuit de MedCOldatabank en geen andere bronnen geraadpleegd heeft, zodat de neutraliteit en correctheid van deze informatie door verzoeker niet kan worden geverifieerd.

Dat dit een schending uitmaakt van verzoekers rechten van verdediging.

Dat daarenboven geenszins louter op basis van een niet-publieke bron, wiens informatie enkel afkomstig is van anonieme artsen, geconcludeerd kan worden dat de medische zorgen en medicatie die verzoekster behoeft, beschikbaar zijn in Nigeria.

Temeer daar de MedCOI-datbank zelf uitdrukkelijk stelt dat de aanwezigheid van medische zorgen in één zorginstelling in het land reeds voldoende is om te besluiten tot de beschikbaarheid van medicatie en medische zorgen in het gehele land.

Dat verweerder bovendien ook niet heeft aangetoond dat de levensnoodzakelijke hemodialyse en medicatie die verzoekster dagelijks moet nemen, ononderbroken beschikbaar zijn in Nigeria, aangezien deze van levensbelang voor verzoekster zijn.

De behandelende arts van verzoekster stelt immers duidelijk dat een stopzetting van haar behandeling zal leiden tot haar dood (zie SMG p.2).

Dat de motivatie van de bestreden beslissing dan ook niet kan gevolgd worden en dan ook geenszins door verweerder op een controleerbare werd aangetoond dat de voor verzoekster levensnoodzakelijke hemodialyse, niertransplantatie en medicijnen en medische behandeling ononderbroken aanwezig zijn in Nigeria.

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van artikel 9ter Vw. en dient vernietigd te worden.

2.1.3.

Dat verzoekster daarentegen in haar verzoek aanvraag artikel 9ter Vw. duidelijk heeft aangetoond dat er amper ziekenhuizen in Nigeria aanwezig zijn en er een groot tekort is aan medicijnen, materiaal, dokters en specialisten en amper 5% van de Nigerianen een ziekteverzekering kan bekostigen, waardoor de gemiddelde Nigeriaan zich helemaal geen medische zorgen kan veroorloven en sterft aan perfect behandelbaar ziektes :
(...) Apart from, perhaps, a few top private hospitals, the majority of hospitals in Nigeria are no more than mere consulting rooms, lacking in everything. Even empathy is in short supply, with the poor bearing the brunt of ill-treatment from health workers, overwhelmed themselves by the daily throng of patients needing care. With patients required to meet the full cost of treatment, Nigeria's healthcare system has literally priced out access for over 100 million citizens living in poverty.

(...) Some have described Nigeria's hospitals, perhaps too harshly, as where people go to die. With a public health system characterised by a shortage of drugs, equipment and medical specialists, Nigerians seem to have resigned themselves to the possibility of an early death, if unfortunate to be struck by any serious illness. The shortage of specialist medical personnel is further compounded by the mass migration abroad of Nigerian trained health professionals, due to poor conditions of service and worsening insecurity in the country.

(...) A recent study in the BMC Public Health showed that since the launch of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in 2005, less than 5 per cent of Nigerians have taken up health insurance, whilst the rest of the population continue to finance their healthcare needs through out-of-pocket expenditure. With dwindling public finances, there is a need for the government to consider compulsory universal health insurance, as a means of funding the health sector, as well as improving access for the millions of citizens who are unable to afford healthcare" (Premium Times, Nigeria : a health sector in crisis, 6 augustus 2021, zie Nigeria: A health sector in crisis, By Emmanuel Nwachukwu (premiumtimesng.com)

Daarnaast heeft verzoekster in haar aanvraag 9ter Vw. melding gemaakt van het feit dat slechts 2% van de patiënten die aan nierinsufficiëntie lijden, wordt behandeld in Nigeria (!). Bovendien is er een groot tekort aan medisch geschoold personeel. In een land van 200 miljoen inwoners, zijn er slechts 240 nefrologen, 697 dialyse verpleegsters (waarvan 145 naar het Westen gemigreerd zijn) en amper 120 dialyse technici, zodat het bekomen van nierdialyse in Nigeria dan ook – los van de hoge en onbetaalbare kosten – slechts zeer uitzonderlijk is :

(...) Nigeria comprises 36 states and the Federal Capital Territory, with an estimated population of 200 million. (...) only 2% (3000) of Nigerian ESKD patients were receiving hemodialysis in 2018; this situation has not changed much in 2022. Furthermore, there are only 240 nephrologists, 697 registered dialysis nurses (145 of these migrated to Western countries), and 120 dialysis technologists/technicians delivering care to the large population of CKD patients in Nigeria.

(...) Manpower-related challenges include manpower shortage, poor staff motivation, brain drain, and inadequate training. Other factors are unavailability of staff due to incessant strikes, especially in the public sector to protest against unfavorable remuneration, poor work environment, and embargo on employment, among others. Furthermore, Nigeria, like other Sub-Saharan African countries, is experiencing a disproportionately higher disease burden that overwhelms the available nephrology workforce, resulting in suboptimal patient care and outcomes in underserved areas.

Training and education of dialysis staff is inadequate, and training centers are scarce and very competitive. Hemodialysis nurses who are motivated to learn new skills and advance their career cannot afford the opportunities available, and minimal support is provided by their training institutions in terms of financing and

protected training time. Several centers are manned by nurses without nephrology certification assisted by other health workers. Staff motivation is low due to poor remuneration when compared with developed countries, and this is a push factor for brain drain, which has further reduced the available staff in many centers and closure of hemodialysis units in extreme situations”.

(National Library of Medicine, Global Dialysis Perspective: Nigeria, 14 juli 2022, zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9528372/>).

Daarenboven zijn de bestaande dialysecentra totaal inadequaats en is er een gebrek aan voorzieningen, labo's, en apotheken. Daarnaast is de apparatuur vaak verouderd en slecht onderhouden en is er een gebrek aan technici, naast elektriciteitsonderbrekingen. Bovendien moeten patiënten heel vaak grote afstanden afleggen om een dialysecentrum te bereiken :

The hemodialysis infrastructure in Nigeria is inadequate, with centers lacking basic utilities and support services such as side laboratories, pharmacy units, or drug dispensaries. Most centers are in-hospital and thus shared by in- and outpatients—a situation that often results in long waiting times. The availability of hemodialysis centers is disparate, with none in rural areas, few in most urban areas, and several in the megacities. This disparity is because hemodialysis centers are mainly for-profit and so the profit drives location. The implication of this is that many patients have to travel long distances to access hemodialysis, thereby increasing the financial burden in addition to travel safety issues.

Equipment downtime in many centers is a common challenge; machines are old and often poorly maintained, and spare parts are imported, scarce, and costly. The high costs and resultant scarcity stem from the uncertainties in the Nigerian economy since the coronavirus disease 2019 crisis. In addition, there is a dearth of trained technicians to maintain machines. Other problems are frequent power interruptions, with poor and expensive backups.

Access to hemodialysis services in Nigeria remains poor and concerning. The available dialysis units are insufficient, with a number of areas lacking any functional dialysis unit. Out-of-pocket payment is an enormous barrier to equitable dialysis access, and it will require efforts from all stakeholders. The nephrology community needs to continue steadfastly with public education, preventive programs, and advocacy efforts in partnership with other stakeholders to find sustainable solutions to the devastating outcomes of ESKD treatment in Nigeria. Universal NHIS coverage to include kidney care and improved remuneration, incentives, and training for health care workers is strongly recommended to limit the brain drain.

(National Library of Medicine, Global Dialysis Perspective: Nigeria, 14 juli 2022, zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9528372/>).

Dat het advies van de arts-adviseur dat de voor verzoekster levensnoodzakelijke nierdialyse in Nigeria beschikbaar zou zijn (welk advies overigens louter gebaseerd is op info verkregen van MedCoi, die gebruik maakt van anonieme dokters en die duidelijk stelt dat de info slechts gebaseerd is op info vanuit één specifieke zorginstelling) dan ook absoluut niet kan worden gevolgd.

Dat geenszins werd aangetoond dat wanneer verzoekster naar Nigeria zou terugkeren, zij aldaar driemaal per week nierdialyse kan bekomen, noch dat zij aldaar (een levensreddende) niertransplantatie kan bekomen.

Dat verzoekster zeer ernstig ziek is en indien zij niet driemaal per week hemodialyse krijgt, zal doodgaan, zodat er geenszins lichtzinnig kan omgesprongen worden met de vraag of verzoekster inderdaad in Nigeria kan behandeld worden en of de behandeling altijd en ononderbroken beschikbaar is.

2.1.4.

Dat de arts-adviseur m.b.t. het onderzoek naar de toegankelijkheid van de medische zorgen in Nigeria vooreerst een overzicht geeft van de instanties die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg en de 3 niveaus van gezondheidszorg.

Vervolgens wordt verwezen naar het in 2005 gelanceerde National Health Insurance Scheme, die drie programma's heeft, nl. het Formal Sector Health Insurance Programme (FSSHIP), de Voluntary Contributors Social Health Insurance Programmes (VCSHIP) en het National Mobil Health Insurance Programme. Daarnaast verwijst de arts-adviseur nog naar het NHIS voor meer kwetsbaren in de samenleving.

De arts-adviseur geeft vervolgens een theoretische uitleg betreffende deze programma's en gaat er klaarblijkelijk vanuit dat verzoekster wel onder één van deze programma's zal vallen, zonder te specificeren onder welk van deze programma's, noch te onderzoeken of verzoekster in de praktijk daadwerkelijk een ziekteverzekering kan bekomen.

Verzoekster lijdt immers thans aan een zeer ernstige en peperdure (en mogelijks) terminale ziekte, zodat zij geen enkele verzekering bereid zal zijn verzoekster – een peperdure patiënt – te verzekeren. Bovendien gaat het om een vooraf bestaande ziekte, terwijl ziekteverzekeringen normaal gezien vooraf bestaande aandoeningen uitsluiten.

Bovendien wordt het FSSHIP gefinancierd door bijdragen door werkgevers en werknemers en is verzoekster studente, zodat zij zich hierbij niet kan aansluiten.

Door de arts-adviseur werd enkel een theoretische uitleg gegeven betreffende de ziekteverzekeringen in Nigeria, zonder te onderzoeken of verzoekster zich wel effectief kan aansluiten bij een van hen.

Evenmin heeft de arts-adviseur onderzocht hoeveel de behandelingen en medicatie verzoekster kosten en wat de eventuele tussenkomst van een of andere verzekering hierbij is.

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

Bovendien heeft verzoekster aangetoond dat nierdialyse onbetaalbaar in Nigeria en het NHIS nierdialyse niet (terug)betaald en ook de nodige medicatie niet is opgenomen in de NHIS lijst, zodat de nodige behandeling in Nigeria dan ook onbetaalbaar is en slechts 2% van de nierpatiënten dialyse krijgt. De diagnose nierinsufficiëntie betekent in Nigeria meestal dan ook een doodvonnis :

“Despite the high prevalence of ESKD in Nigeria, only 2% of these patients receive hemodialysis, which is the most widely available form of RRT in Nigeria. The overarching reason behind this devastatingly low hemodialysis uptake is out-of-pocket payment for health services in the country. Reports from 2018 revealed that only 3000 patients were receiving hemodialysis nationwide, and 80% of these patients do not sustain treatment beyond 3 months, resulting in repeated hospitalization of ESKD patients, poor quality of life, high morbidity, and premature deaths.

Patient advocacy efforts by nephrology health care professionals under the auspices of the Nigeria Association of Nephrology has not yielded a significant government response. The National Health Insurance Scheme (NHIS) does not fund hemodialysis for patients with CKD, and erythropoietin stimulating agents are not included in the NHIS medicines list; furthermore, <5% of Nigerians utilize the NHIS, mainly due to the elemental benefit packages and general poor health-seeking behavior of Nigerians. Consequently, a diagnosis of ESKD in Nigeria spells doom for the majority.

(...) Dialysis is expensive and unaffordable for most patients in Nigeria. Although Nigeria has the largest economy in Africa, 40% of the population live below the poverty line—a situation worsened by the deep recession experienced in 2020 following the pandemic. The cost of a session of hemodialysis is presently more than the official minimum wage (N30,000) in Nigeria, and many people earn below this figure. The implication of this meager income is that a large proportion of ESKD patients will either not subscribe to hemodialysis or exhaust their earnings and savings and still not be able to sustain hemodialysis beyond 1–3 months.

The resource allocated to health is poor, and there is no meaningful government support for hemodialysis. Consequently, the majority of patients pay out-of-pocket for hemodialysis and most essential medications such as erythropoiesis-stimulating agents”.

(National Library of Medicine, Global Dialysis Perspective: Nigeria, 14 juli 2022, zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9528372/>).

Verzoekster heeft in haar aanvraag tevens melding gemaakt van het feit dat sinds de oprichting van NHIS, slechts 5% van de Nigerianen een ziekteverzekering hebben, zodat de redenering van de arts-adviseur dat verzoekster in Nigeria verzekerd kan worden, geenszins correct is :

(...) A recent study in the BMC Public Health showed that since the launch of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in 2005, less than 5 per cent of Nigerians have taken up health insurance, whilst the rest of the population continue to finance their healthcare needs through out-of-pocket expenditure. With dwindling public finances, there is a need for the government to consider compulsory universal health insurance, as a means of funding the health sector, as well as improving access for the millions of citizens who are unable to afford healthcare” (Premium Times, Nigeria : a health sector in crisis, 6 augustus 2021, zie Nigeria: A health sector in crisis, By Emmanuel Nwachukwu (premiumtimesng.com)

Dat verzoekster in haar verzoek conform artikel 9ter Vw. duidelijk vermeld heeft dat bij de behandeling van een medische regularisatieaanvraag niet enkel de aanwezigheid van de noodzakelijke behandeling dient onderzocht te worden, doch tevens de (financiële) toegankelijkheid ervan.

Dat de bestreden beslissing met de door verzoeksters geciteerde informatie geen enkele rekening heeft gehouden en hierdoor dan ook het zorgvuldigheidsbeginsel geschonden is.

Uit de zorgvuldigheidsplicht bij de feitenvinding vloeit immers voort dat in beginsel geen feiten als bewezen of niet bewezen worden beschouwd zonder bij de betrokkene direct en persoonlijk inlichtingen te vragen of hem in de gelegenheid te stellen de stukken over te leggen die naar zijn oordeel zijn voorstelling van de feiten of van zijn toestand geloofwaardig maken (RvS., THHJS, nr. 24.651, 18 september 1984, R.W., 1984-85, 946; LAMBRECHTS, W. Geschillen van bestuur, 43).

Aangaande de zorgvuldigheidsplicht dient te worden opgemerkt dat dit beginsel van behoorlijk bestuur de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te 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).

2.1.5.

Dat het advies van de arts-adviseur voorts opmerkt dat verzoekster verwezen zou hebben naar de moeilijke toegankelijkheid van de zorgen in Nigeria, doch uit deze ‘algemene informatie’ – die geen elementen zou

bevatten betreffende de specifieke individuele situatie van verzoekster, zou niet kunnen afgeleid worden dat verzoekster geen toegang zou hebben tot de noodzakelijk geachte medische zorgen in haar thuisland.

Dat verzoekster diverse én recente informatie in haar aanvraag 9ter Vw. heeft voorgelegd waaruit blijkt dat de gezondheidszorg in Nigeria zich in een erbarmelijke toestand bevindt en specifiek betreffende de situatie van nierpatiënten, slechts 2% van hen nierdialyse bekommt, zowel omwille van het feit dat de nodige medicatie/behandeling niet (steeds) aanwezig is en deze minstens onbetaalbaar is.

Dat verzoekster bijgevolg wel degelijk concrete informatie heeft voorgelegd van haar 'individuele situatie', nl. de situatie van nierpatiënten die dialyse behoeven in Nigeria, zodat de bestreden beslissing geenszins op een zorgvuldige wijze genomen werd en tevens niet op een correcte wijze gemotiveerd werd.

Dat er dan ook sprake is van een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en de motiveringsplicht (zie supra en infra).

2.1.6.

Tenslotte wordt in het medisch advies verwezen naar de aanwezigheid van mogelijke familie, vrienden of kennissen die verzoekster zou hebben in het land van herkomst, waarop zij zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijke medische zorgen.

Dat de arts-adviseur geenszins heeft onderzocht wat de familiale situatie van verzoekster is (mogelijks is/zijn haar ouder(s) reeds overleden) en of zij wel degelijk nog levende familieleden heeft die bovendien ook over een bom geld beschikken om de peperdure medische kosten van verzoekster op zich te nemen en die dit ook willen doen.

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

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

Dat de motivering van de arts-adviseur dan ook onvoldoende is en niet kan weerhouden worden.

Dat deze gebrekkige motivering tevens een schending inhoudt van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en het motiveringsbeginsel.

Artikel 2 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen bepaalt dat bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd. Dat dit impliceert dat de beslissing die ter kennis wordt gebracht niet enkel het dictum moet omvatten, maar tevens de redenen moet weergeven op grond waarvan de beslissing werd genomen.

Terwijl artikel 3 van deze wet voorschrijft dat de motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Daarbij moet volgens dit zelfde artikel de motivering afdoende zijn, of met andere woorden dat deze pertinent moet zijn en duidelijk te maken hebben met de beslissing.

Met de term "afdoende" wordt tevens verwezen naar het feit dat de motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn met het belang van de genomen beslissing, dat er dus een verband moet zijn tussen het belang, de aard en het voorwerp van de beslissing, aan de ene kant, en het belang dat wordt gehecht aan de motivering, aan de andere kant. Niet alle bestuurshandelingen zullen in dezelfde mate formeel moeten worden gemotiveerd. Wanneer de overheid beschikt over een discretionaire bevoegdheid, dient haar motivering in extenso en uitgebreider te gebeuren. De beslissingen waarvan de motivering vaag, nietszeggend of loutere stijlformules inhouden, dienen eveneens te worden vernietigd (R.v.St., nr. 52.909 van 14.04.1995; R.v.St., nr. 44.141 van 20.09.1993; R.v.St., nr. 77.502 van 09.12.1998; R.v.St., nr. 77732 van 18.12.1998; R.v.St., nr. 83.771 van 01.12.1997; R.v.St., nr. 86.567 van 04.04.2000; R.v.St., nr. 90.169 van 12.10.2000).

"Wanneer de toepasselijke regelgeving aan het bestuur de vrijheid laat om al dan niet een beslissing te nemen, of de keuze laat tussen verschillende mogelijke beslissing, is het bestuur verplicht zijn keuze te verantwoorden. Ook bij de invulling van vage normen, zal een uitgebreider motivering noodzakelijk zijn. De precieze, concrete motieven moeten uitdrukkelijk en nauwkeurig worden vermeld. Een discretionaire bevoegdheid ontslaat de overheid dus geenszins van de verplichting tot formele motivering, wel integendeel. In dat geval dringt de motiveringsplicht zich nog meer op als niet te verwaarlozen waarborg en zelfs de enige waarborg tegen willekeur" (I. OPDEBEEK en A. COOLSAET, administratieve rechtsbibliotheek – algemene reeks, VII, Formele motivering van bestuurshandelingen, Brugge, Die Keure, 1999, 149, nr. 185).

De belangrijkste bestaansreden van deze uitdrukkelijke 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 beoordeeld heeft 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 (RvS, 30 oktober 2014, nr. 228.963; RvS, 17 december 2014, nr. 229.582).

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve handeling 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 kunnen genomen worden (RvS, 14 juli 2008, nr. 185.388; RvSn 20 september 2011, nr. 215.206; RvS, 5 december 2011, nr. 216.669).

De motivering is niet afdoende als het gaat om vage, duistere of niet terzake dienende uitleg, onduidelijke, onnauwkeurige, ongeldige of niet plausible motiveringen, stereotiepe, geijkte of gestandaardiseerde motiveringen (D. VAN HEULE, "De motiveringsplicht en Vreemdelingenwet", T.V.V.R. 1993, 67).

Dat de bestreden beslissing dan ook dient vernietigd te worden.

2.1.7.

Dat verzoekster in haar aanvraag voldoende heeft aangetoond dat zij in Nigeria 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.

Dat verzoekster immers wekelijks drie maal nierdialyse behoeft en ook dringend een niertransplantatie nodig heeft, zo niet zal zij komen te overlijden.

Dat deze zaken niet beschikbaar, minstens onbetaalbaar zijn in Nigeria, zodat een terugkeer naar Nigeria voor verzoekster een doodvonnis zal inhouden.

"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 artikel 9ter 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 zorgvuldigheidsbeginsel, de motiveringsplicht en de rechten van de verdediging."

2.2. In de nota met opmerkingen repliceert de verwerende partij als volgt:

"Weerlegging

Ten aanzien van het enige middel

1. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen heeft tot doel de burger, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt.

De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. Het afdoende 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, dit wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. Om draagkrachtig te zijn dient de motivering voldoende duidelijk, juist, niet tegenstrijdig, pertinent, concreet, precies en volledig te zijn. De motivering is volledig indien zij een grondslag vormt voor alle onderdelen van de beslissing.

De determinerende motieven die de bestreden beslissing onderbouwen, kunnen op eenvoudige wijze in die beslissing worden gelezen. De in het verzoekschrift geuite kritiek toont overigens aan dat zij de motieven kennen, zodat in casu het voornaamste doel van de formele motiveringsplicht is bereikt. In casu geeft de motivatie van de beslissing aan dat verwerende partij op gedetailleerde en uitgebreide wijze de belangrijkste elementen opgeworpen in de verblijfsaanvraag van verzoekende partij heeft onderzocht, en afdoend en adequaat de motieven heeft uiteengezet waarom zij van oordeel is dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst.

Het gegeven dat verzoekende partij het niet eens is met de redenering van verwerende partij en deze van de arts-adviseur doet geen afbreuk aan de afdoende en pertinente motivering van de beslissing. Er kan geen schending weerhouden van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991.

2. De bepalingen van het artikel 9ter, §1 van de wet stellen dat :

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

(...)

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 getuigschrift 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 de voorbereidende werken voor de wet van 15 september 2006 die het voormelde artikel 9ter invoegde in de wet blijkt dat het begrip adequate behandeling in deze bepaling een gepaste behandeling beoogt die voldoende toegankelijk is in het land van herkomst of verblijf en dat het onderzoek naar deze vraag geval per geval dient te gebeuren rekening houdend met de individuele situatie van de verzoeker. Hieruit volgt dat een behandeling die in de zin van het voormelde artikel 9ter adequaat is niet alleen gepast moet zijn voor het ziektebeeld, maar evenzeer voldoende toegankelijk voor de betrokkene waarbij diens individuele situatie in rekening gebracht dient te worden bij het onderzoek naar de aanvraag.

In casu wordt er door de arts-adviseur opgesomd aan welke aandoeningen verzoekende partij lijdt en welke medische zorgen noodzakelijk zijn, waarna de arts-adviseur vaststelt dat er geen tegenindicatie tot reizen is. Na deze vaststelling gaat de arts-adviseur over tot een onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen in Nigeria, waarop hij besluit dat:

“(..)”

De arts-adviseur toont aan de hand van de MEDCOI uittreksels aan dat de nodige zorgen en behandelingen beschikbaar zijn in Nigeria, waaronder de Hemodialyse én niertransplantatie met inbegrip van alle voor-en nazorgen.

3. Waar verzoeker een grief tracht te putten uit de disclaimer van de MedCOI databank dat stelt dat de geleverde informatie in de databank beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling in slechts één welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling gaat verzoekende partij over tot een onvolledige lezing van de disclaimer. De disclaimer luidt:

“Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstrekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkomst. Dit document heeft immers niet de bedoeling exhaustief te zijn. Er wordt geen informatie verstrekt over de toegankelijkheid van de behandeling. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De EUAA MedCOI Sector stelt in het werk om binnen een beperkt tijdsbestek nauwkeurige, transparante en actuele informatie te verstrekken. Aan de inhoud kunnen geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid, worden ontleend.”

De disclaimer geeft uitdrukkelijk weer niet exhaustief te zijn. Het volstaat dat de zorgen beschikbaar zijn in het land van herkomst. Verweerder stipt aan dat uit de bewoordingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet in beginsel enkel voortvloeit dat een adequate behandeling mogelijk moet zijn in “het land van herkomst” en niet in de regio van herkomst in het betreffende land, evenmin in welk aantal. De verplichting voor de arts-adviseur, die voortvloeit uit artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet, rijkt niet verder dan

a) het onderzoeken of de vreemdeling, die een verblijfsmachtiging aanvraagt, kan reizen en

b) of er een adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar verzoeker verblijft.

Het volstaat dus in beginsel dat de arts-adviseur heeft vastgesteld dat de nodige behandeling beschikbaar en voldoende toegankelijk is in Nigeria en dit steun vindt in het administratief dossier (cf. RvS 15 mei 2019, nr. 13.316 (c))5, quod in casu.

Voor zover verzoeker hypothesen opwerpt dat mogelijk de in de MedCOI-databank beschreven behandeling/medicatie enkel financieel toegankelijk is voor de rijke toplaag van de Nigerianen (met medische privéverzekeringen), of het mogelijk is dat een bepaalde medische behandeling voorhanden is in een specifieke gezondheidsinstelling, doch niet steeds ononderbroken, wegens bv. onvoldoende stock of gebrekkige leveringen van medicijnen of dat het mogelijk is dat de lokale artsen corrupt zijn, beperkt zij zich tot blote hypothesen zonder enig begin van bewijs. Er wordt met geen enkel concreet element dat de behandelingen, zorgen en medicatie waarvan aan de hand van de MEDCOI databank wordt vastgesteld dat deze wel degelijk beschikbaar zijn in het land van herkomst, onderbroken zou worden. Het gaat niet op om de vaststellingen van de artsadviseur louter met blote hypothesen te bestoken.

Herhaaldelijk heeft Uw Raad geopperd dat het MedCOI project geen louter medische gids betreft waarin de namen van de verondersteld beschikbare medicatie opgenomen worden, maar dat het wel degelijk de beantwoording beoogt van precieze vragen ten aanzien van beschikbare medische behandeling in een ziekenhuis of precieze gezondheidsinstelling in een bepaald land.⁶ Hier heeft men tevens uit afgeleid dat de informatie uit deze databank voldoende precies en betrouwbaar is om de beschikbaarheid van de zorgen en de behandeling van ziektebeelden aan te tonen.⁷

Wanneer de arts-adviseur tot de conclusie komt dat de nodige behandeling beschikbaar is in het land van herkomst en wanneer deze vaststelling bevestigd wordt door de antwoorden die in deze zin gevonden werden in de MedCOI databank die met name opgesteld werd in samenwerking met lokale artsen die aldaar hun kunde uitoefenen en dus perfect op de hoogte zijn van de daadwerkelijke beschikbaarheid van een behandeling⁸, kan Uw Raad zich niet in de plaats stellen van de arts-adviseur wiens opdracht vastgelegd werd in de wet en vervolgens in de plaats van deze arts opperen dat de behandeling niet beschikbaar zou zijn⁹ op straffe van het schenden van het geloof dat gehecht dient te worden aan het reeds geciteerde advies en de bronnen waarop dit advies steunt.¹⁰

4. Verzoekende partij kan de vastgestelde beschikbaarheid van de nodige behandeling en zorg in Nigeria middels de MEDCOI-databank niet ontdoen van bewijskracht omdat zij de identiteit van de lokale artsen niet kent.

Het gegeven dat de verwerende partij geen (integrale) kopie van de door de aangestelde arts-adviseur gebruikte bronnen, of van de in een niet-publieke databank teruggevonden documentatie, aangaande de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van medische zorgen of opvolgingsmogelijkheden op specifieke locaties in Nigeria heeft opgenomen of bij deze beslissing heeft gevoegd, laat in casu dan ook niet toe te concluderen dat de motivering van de bestreden beslissing niet afdoende is. Verzoekende partij heeft de nodige informatie om zich te verweren (RvS 26 februari 2021, nr. 14.234 (c)). Voorts lijkt de verzoekende partij met haar betoog voorbij te gaan aan het feit dat de gebruikte MedCOI-informatie grotendeels wordt geciteerd in het medisch advies van 25.08.2025 en verder terug te vinden is in het administratief dossier, zodat de verzoekende partij er kennis van hadden kunnen nemen om de juistheid van de gegeven motieven desgewenst na te gaan (cf. RvS, nr. 15.474 (c) van 4 juli 2023). Verzoekende partij of haar raadsman konden ook conform artikel 32 van de Grondwet inzage vragen in het administratief dossier en dit inkijken op de zetel van de dienst vreemdelingenzaken en kennis nemen van de inhoud teneinde de verdediging te organiseren. Nergens uit het administratief dossier kan blijken dat verzoekende partijen geen gebruik hebben kunnen maken van het inzagerecht met toepassing van de wet van 11 april 1994.

Nu de arts-adviseur de informatie verkregen van deze artsen in het kader van het MedCOI-project waarop hij zich steunt (verkort) heeft opgenomen in het medisch advies, kan de verzoekende partij deze ook toetsen aan de informatie zoals deze haar is gekend of ter beschikking staat. Het staat haar vrij om andere concrete informatie bij te brengen die van aard is om aan te tonen dat de door de arts-adviseur gehanteerde informatie niet correct is, welk zij niet doet. Met loutere blote hypothesen zoals supra weergegeven, waaruit geenszins kan blijken dat de lokale artsen gecorrumpeerd zijn en derhalve verkeerde informatie hebben geleverd, toont verzoekende partij evenwel niet aan dat de door de gecontacteerde artsen aangeleverde informatie incorrect is.

Verweerder benadrukt voorts nog dat het financiële toegankelijkheidsonderzoek gebaseerd is op de bronnen Country Fact Sheet, Access to Healthcare: Nigeria van 2017 en op informatie van European Union Agency For Asylum, Medical Country Report of Origin Information Report – Nigeria van 2022 zodat haar betoog dat geen informatie wordt gegeven over de financiële toegankelijkheid niet dienstig is.

5. Inzake de toegankelijkheid wordt omstandig het gezondheidssysteem toegelicht en verder:

“(..)”

Verzoekende partij is een volwassen vrouw van 31 jaar die in 2023 naar België is gereisd om een masterstudie te voltooien. Zij geeft zelf in haar motivatieschrijven van 31.07.2025 aan dat zij in januari 2023 werd gediagnosticeerd met chronisch nierfalen. Dit betekent dat verzoekende partij quasi een jaar behandeling en zorgen heeft genoten in haar land van herkomst vooraleer zij in december 2023 naar België reisde in het kader van een masterstudie marine Biology. Het betoog van verzoekende partij alsof zij niet onder een ziekteverzekering kan vallen maakt abstractie van de objectieve elementen van het dossier, namelijk dat zij 29 jaar in haar land van herkomst heeft verbleven, zich in de mogelijkheid bevond aldaar hogere studies te doen, en quasi een jaar na haar diagnose chronisch nierfalen in Nigeria behandeling en zorg moet hebben genoten voor haar komst naar België.

De verzoekende partij toont dan ook niet aan dat de arts-adviseur op kennelijk onredelijkwijze motiveert dat:
“..”

6. Het weze herinnerd dat het aan verzoekende partij toekomt om te bewijzen dat zij voldoet aan de voorwaarden om tot het afleveren van een machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter te kunnen overgaan.¹¹ Het komt niet toe aan de administratieve overheid om met de vreemdeling een debat aan te gaan over het bewijs van de omstandigheden waaruit deze meent te kunnen afleiden dat het onmogelijk is om terug te keren naar haar land van herkomst.¹²

In deze zin herinnert verwerende partij aan de onderrichtingen van de vaststaande administratieve rechtspraak waaruit volgt dat het aan de aanvrager toekomt om de bevoegde overheid in te lichten van elk element waarvan zij meent dat dit een invloed zou kunnen hebben op het onderzoek of de uitkomst van de aanvraag.¹³ De verplichtingen van de overheid dienen daarentegen op een redelijke wijze geïnterpreteerd te worden vermits de overheid anders eventueel in de onmogelijkheid gesteld zou worden om binnen een redelijke termijn gevolg te geven aan de herhaaldelijke aanvragen waarmee zij geconfronteerd wordt.

Krachtens de wet beschikt verwerende partij over een uitgebreide beoordelingsbevoegdheid die haar op basis van artikel 9ter wordt voorgelegd. Bijgevolg is Uw Raad in het kader van de wettigheidscontrole niet bevoegd om diens oordeel in de plaats te stellen van de administratieve overheid die de bestreden beslissing

nam. Deze controle dient zich inderdaad te beperken tot het nagaan of deze overheid geen feiten al bewezen heeft beschouwd die blijken uit het administratief dossier en of zij aan deze feiten, zowel in de materiële als formele motivering van haar beslissing, geen interpretatie gegeven heeft die volgen uit een manifeste beoordelingsfout, quod non in casu.

Bovendien stelt verwerende partij vast dat de verzoekende partij in het geheel niet ingaat op het onderdeel van het medisch advies dat betrekking heeft op een mogelijk verschil in kwaliteitsniveau van het systeem in België en het systeem in het land van herkomst, zodat zij aan de in dit kader gemaakte vaststellingen geen afbreuk doet¹⁴

7. De arts-adviseur heeft omstandig aangetoond dat de zorgen en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst. Dienaangaande beklemt voortvererende partij dat verzoekende partij geen voldoende nauwkeurige, gedetailleerde en medisch onderbouwde bewijzen voorlegt die aantonen dat zij zich in een uitzonderlijke situatie zou bevinden waarin de bestreden beslissing zou leiden tot een inbreuk op artikel 3 van het EVRM.

Er wordt door het EHRM een hoge drempel gehanteerd met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in hun land van terugkeer, waarbij het EHRM oordeelt dat enkel "in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn", een schending van artikel 3 EVRM aan de orde kan zijn¹⁵

Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat daarbij allereerst dient vast te staan dat het een medische aandoening betreft die een voldoende ernst heeft, met name een ernstige, van oorsprong natuurlijke fysieke of mentale ziekte die lijden, pijn en een verminderde levensverwachting kan veroorzaken. Het EHRM heeft in zijn arrest Paposhvili t. België van 13 december 2016 (Grote Kamer) verder verduidelijkt dat deze "zeer uitzonderlijke gevallen" zich niet enkel kunnen voordoen wanneer er sprake is van een imminente dood, zoals in de zaak D t. het Verenigd Koninkrijk, maar ook in die gevallen waarin bij uitwijzing van een ernstig zieke vreemdeling er substantiële gronden zijn om aan te nemen dat hij of zij, hoewel er geen imminent levensgevaar is, bij gebrek aan beschikbaarheid of toegankelijkheid van een adequate behandeling in het ontvangende land dreigt te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang in zijn of haar gezondheidstoestand die resulteert in intens lijden of een ernstige beperking van de levensverwachting.

In casu toont verzoeker dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan. Zij weerlegt de vaststellingen in het medisch advies niet dat verzoekster kan reizen en dat zij arbeidsgeschikt is. Verzoekende partij maakt zelf op 26.08.2025, na het advies van de arts-adviseur van 25.08.2025, aan de Dienst Burgerzaken haar reischema over, waar zij aangeeft voor haar studies van 03.09.2025 tot december 2025 in Faro te zullen verblijven. Verwerende partij dient vast te stellen dat het relaas in termen van verzoekschrift, enigszins tegenstrijdig voorkomt met de gedragingen van verzoekster.

De verzoekende partij maakt, rekening houdende met de voorliggende stukken en de vaststellingen door de arts-adviseur, niet aannemelijk dat de voorhanden zijnde gezondheidszorgen niet adequaat zouden zijn en evenmin dat er noemenswaardige financiële hinderpalen zouden spelen voor een effectieve toegang tot de vereiste gezondheidszorgen.

Er kan geen risico op schending van artikel 3 EVRM weerhouden.

8. Verzoekende partij beperkt zich door te stellen dat verwerende partij onzorgvuldig is geweest bij het nemen van haar beslissing. Dit beginsel legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.¹⁶ Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

In deze omstandigheden en gelet op hetgeen voorafgaat, namelijk feit dat alle elementen die ter kennis waren van de overheid ook daadwerkelijk beoordeeld werden, kan men verwerende partij niet serieus een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel verwijten.

9. Geenszins toont verzoekende partij aan dat verwerende partij kennelijk onredelijk of onzorgvuldig zou hebben gehandeld. De verzoekende partij maakt derhalve met het voorgaande niet aannemelijk dat de bestreden beslissing werd genomen op grond van onjuiste gegevens, op kennelijk onredelijke wijze of met overschrijding van de ruime bevoegdheid waarover de verwerende partij beschikt. Deze vaststelling volstaat om de bestreden beslissing te schragen.

Verwerende partij meent dat voor zover het middel uw Raad uitnodigt zijn appreciatie in de plaats van deze van de overheid te stellen, het middel verworpen dient te worden.¹⁷

10. Het beroep is ongegrond"

2.3. Waar verzoekende partij inhoudelijke argumenten ontwikkelt tegen de bestreden beslissing, voert zij de schending aan van de materiële motiveringsplicht. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad niet bevoegd om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de totstandkoming van de bestreden beslissing is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet op kennelijk onredelijke wijze tot haar besluit is gekomen (RvS 7 november 2001, nr. 101.624).

2.4. De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht wordt onderzocht in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door “(d)e in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft.”

Het medisch advies van de arts-adviseur van 25 augustus 2025 in hoofde van verzoekende partij vermeldt het volgende:

“F., T. S. (..) (R.N. xxxxxxxxxxxx)

Vrouwelijk

Nationaliteit: Nigeria

Geboren op (..)1994

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 13.08.2024.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Medische Attesten :

1. Standaard Medisch Getuigschrift – 16/07/2024 – Prof. Dr. S. (..)
2. Opnameverslag Nefrologie – 25/06/2024 – Dr. L. W. (..)

Actuele Aandoeningen :

1. Systemische Lupus Erythematosus (imuran onderbroken van leukopenie)
2. Nierinsufficiëntie vanwege lupus nefritis waarvoor hemodialyse (In 2024 peritonitis bij peritoneale dialyse)
3. Anemie vermoedelijk renaal
4. Hartfalen met bewaarde ejection fractie, chronisch verlengd QTc segment
5. Depressieve stoornis
6. Arteriële hypertensie
7. Hyperparathyroïdie met hypocalciëmie

Bij een opname in het ziekenhuis in 2024 werden nog enkele acute problemen vastgesteld die opgelost werden bij de opname, zoals de peritonitis.

Actuele Behandeling :

1. Opvolging nefrologie
2. Chronische hemodialyse
3. Amlodipine – Calciumantagonist, behandeling hypertensie
4. Aranesp (Darbepoëetine alfa) – Epoëetine, behandeling renale anemie
5. Burinex (Bumetanide) – Lisdiuretica, behandeling hypertensie
6. Coversyl (Perindopril) – ACE inhibitor, behandeling hypertensie
7. D-cure (Colecalciferol) – Vitamine D, supplement bij tekort
8. Dafalgan (Paracetamol) – pijnstiller
9. Litical (Alizapride) – anti emetica, behandeling misselijkheid
10. Movicol (Macrogolzouten) – Osmotisch laxativa, behandeling obstipatie
11. Omeprazole – PPI, vermindert maagzuursecretie
12. Plaquenil (Hydroxychloroquine) – DMARD, behandeling systemische lupus
13. Prednisolone – Corticosteroïde
14. Sertraline – SSRI, antidepressiva
15. Spironolactone – Diuretica, behandeling hypertensie
16. Steovit (Calcium + colecalciferol) – supplement bij tekort
17. Trazodone – Antidepressivum

Indien de betrokkene een volwassene in de beroepsleeftijd is: arbeidsgeschiktheid

In de voorgelegde medische documenten is geen actuele contra-indicatie aangaande arbeidsgeschiktheid geformuleerd door een arts bevoegd op dit gebied.

Indien nodig: Mogelijkheid tot reizen

Betrokkene kan reizen en heeft geen nood aan mantelzorgen

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 19.04.2025 met het unieke referentienummer 19187
 - Aanvraag MedCOI van 07.11.2024 met het unieke referentienummer 18663
 - Aanvraag MedCOI van 27.05.2024 met het unieke referentienummer 18194
 - Aanvraag MedCOI van 29.07.2025 met het unieke referentienummer 19571
 - Aanvraag MedCOI van 08.05.2025 met het unieke referentienummer 19265

- Aanvraag MedCOI van 22.10.2024 met het unieke referentienummer 18581
- Aanvraag MedCOI van 06.06.2024 met het unieke referentienummer 18215
- Aanvraag MedCOI van 06.09.2022 met het unieke referentienummer 16045
- Aanvraag MedCOI van 21.03.2023 met het unieke referentienummer 16628
- Aanvraag MedCOI van 21.05.2025 met het unieke referentienummer 19293
- Aanvraag MedCOI van 01.08.2025 met het unieke referentienummer 19614

1. Opvolging nefrologie

[...]

2. Chronische Hemodialyse

(..)

3. Niertransplantatie

[...]

4. Opvolging cardiologie

[...]

5. Opvolging psychiatrie/psychologie

[...]

6. Amlodipine

[...]

7. Darbepoëtine alfa

[...]

8. Bumetanide

[...]

9. Perindopril

[...]

10. Colecalciferol

[...]

11. Paracetamol

[...]

12. Alizapride

Er is geen informatie op medcoi beschikbaar over deze medicatie. Alizapride is geen levensnoodzakelijke medicatie. We kunnen wel de beschikbaarheid van een ander anti-emetica opzoeken zoals Domperidone

[...]

13. Macrogolzouten

[...]

14. Omeprazole

[...]

15. Hydroxychloroquine

[...]

16. Prednisolone

[...]

17. Sertraline

[...]

18. Spironolactone

[...]

19. Calcium + colecalciferol

[...]

20. Trazodone

[...]

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de nodige behandeling beschikbaar is.

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 haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De gezondheidszorg in Nigeria is georganiseerd op primair, secundair en tertiair niveau. Het systeem van de gezondheidszorg is heel gefragmenteerd, met maar een klein deel ervan dat georganiseerd wordt vanuit de centrale overheid. De hoofdrolspelers binnen de gezondheidszorg in Nigeria zijn de centrale overheid, de deelstaten en de lokale besturen. De beleidsontwikkeling en het reguleren ervan zijn naast het voorzien van het tertiaire niveau opdrachten voor de centrale overheid. Het secundaire niveau wordt geregeld op niveau van de deelstaten terwijl de lokale besturen verantwoordelijk zijn voor de primaire zorgen. Het gezondheidssysteem is opgedeeld in een publiek en privaat luik. In de private sector zijn de voorzieningen beter gestructureerd maar is er ook een grotere kost aan verbonden. In een poging om de infrastructuur van de gezondheidszorg te verbeteren, opteren de federale overheid en de deelstaten voor een partnerschap tussen de overheid en de private sector. In 1990 werd de National Drug Policy gelanceerd. Sinds dit beleid werd geïmplementeerd, werd er een bescheiden progressie geboekt op farmaceutisch gebied met onder meer een publicatie van een lijst met essentiële geneesmiddelen en de controle over de procedures rond het verstrekken van medicijnen.

Op het gebied van sociale zekerheid werd in 2005 de National Health Insurance Schema (NHIS) gelanceerd. Dit systeem bestaat er voor zowel de publieke als privé sector, als ook voor meer kwetsbare bevolkingsgroepen. Het huidige systeem heeft voor wat betreft de formele sector drie programma's, namelijk het Formal Sector Health Insurance Programme (FSSHIP), de Voluntary Contributors Social Health Insurance Programmes (VCSHIP) en het National Mobile Health Insurance Programme.

De FSSHIP wordt gefinancierd door contributies bijgedragen door werknemers en werkgevers en dekt de publieke sector, de georganiseerde private sector van meer dan 10 werknemers, het leger, politie,.... Een heel pakket van gezondheidszorgen wordt op die manier terugbetaald voor degene die de bijdrage betaalt, zijn/haar echtgeno(o)t(e) en 4 kinderen onder de 18 jaar.

De VCSHIP is een vrijwillige verzekering betaald door individuen of hun werkgevers (op voorwaarde dat ze niet meer dan 10 mensen tewerkstellen). Dit systeem werd opgericht voor hen die niet gedekt worden door andere programma's van de NHIS en dekt alleen het aangesloten lid die zijn bijdrage betaalt.

De National Mobile Health Insurance Programme staat open voor Nigeriaanse burgers ouder dan 18 jaar en over een geregistreerde mobiele telefoonlijn beschikt.

Wat de informele sector betreft zijn er volgens de website van de NHIS 3 programma's: het Tertiary Institutions Social Health Insurance Programme (TISHIP), de Community Based Social Health Insurance Programmes (CBSHIP) en de Public Private Partnership Social Health Insurance Programmes. Het TISHIP is er voornamelijk voor studenten en dus niet van toepassing voor betrokkene.

De CBSHIP is een non-profit programma voor individuele personen en huishoudens dat open staat voor iedereen die tot de deelnemende gemeenschappen of beroepsmatige groepen behoort. Lidmaatschap zorgt voor een vast bedrag dat maandelijks wordt uitbetaald. Het pakket zorgen omvat zowel preventieve als curatieve componenten van de gezondheidszorg. Het partnerschap tussen private en publieke sector is iets wat de komende jaren nog verder uitgebouwd dient te worden.

Tot slot voorziet de NHIS ook een programma voor de meer kwetsbare groepen binnen de samenleving, personen die in principe niet kunnen deelnemen aan economische activiteiten. Zo zijn er onder meer programma's voorzien voor mensen met een fysieke beperking, kinderen jonger dan 5 jaar, vluchtelingen en slachtoffers van mensenhandel, zwangere vrouwen en weeskinderen, en oudere mensen. Deze groepen hoeven geen bijdragen te betalen, hun lidmaatschap wordt bekostigd door de verschillende overheden en andere partners.

Er zijn ook verschillende private verzekeringsmaatschappijen waar een gezondheidsverzekering kan afgesloten worden.

De afgelopen jaren heeft de federale regering de sociale zekerheid uitgebouwd. Kinderbijslag, gezinstoelagen en werkloosheidsuitkeringen zijn nog niet beschikbaar in het land. De sociale zekerheid komt wel tussen bij arbeidsongeschiktheid, pensioenen, minimumloon en andere armoedebestrijdingsmaatregelen.

Het National Agency for Food and Drug Administration regelt en controleert de productie en verspreiding van de medicatie. Medicijnen voor bepaalde ziekten worden gratis verstrekt in publieke gezondheidsinstellingen. De prijzen van medicijnen variëren tussen de noordelijke en zuidelijke regio's door de extra kosten van distributie van de zuidelijke naar de noordelijke regio's.¹²

Overigens is het niet onwaarschijnlijk dat betrokkene nog familie, vrienden of kennissen heeft in het land van herkomst waarop zij eventueel (tijdelijk) zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen.

In het dossier is er tevens geen sprake van attesten van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene, eventueel via het uitvoeren van aangepast werk toegang heeft tot de arbeidsmarkt in haar land van herkomst.

In de aanvraag verwijst de advocaat van betrokkene naar een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen. Uit deze aangebrachte algemene informatie, die overigens geen elementen bevat met betrekking tot de specifiek individuele situatie van betrokkene, kan niet worden afgeleid dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de noodzakelijk geachte, medische zorgen.

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

Niets verhindert 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. Ook beschikt de IOM over een re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van 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:

Betrokkene is een vrouw van 30 jaar uit Nigeria met een terminale nierinsufficiëntie vanwege lupus nefritis. Ze wordt hiervoor in België behandeld. Ons onderzoek toont aan dat deze behandeling in Nigeria kan worden verdergezet. Derhalve kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden vastgesteld dat betrokkene actueel lijdt aan een ziekte die een imminent gevaar oplevert voor haar leven of haar fysieke integriteit waardoor de betrokkene niet in staat zou zijn om te reizen.

Uit het voorgelegd medisch dossier kan ook niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling bij terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft aangezien de adequate behandeling daar beschikbaar en toegankelijk is.”

2.5. Verzoekende partij betoogt onder meer dat de arts-adviseur dan wel stelt dat de benodigde medische zorgen financieel toegankelijk zijn, maar zij wijst erop dat niet blijkt dat zij zich kan beroepen op enige ziekteverzekering waarnaar de arts-adviseur verwijst. Zij wijst op de blijkens algemene informatie hoge kost van de door haar benodigde medische behandeling in Nigeria en meent dat niet is aangetoond dat de door haar benodigde medische zorgen wel degelijk financieel toegankelijk zijn.

2.6. De Raad stelt vast dat het aan de Raad overgemaakte elektronisch administratief dossier de bronnen waarop de arts-adviseur zich onder meer steunt met betrekking tot het toegankelijkheidsonderzoek, met name “*Country Fact Sheet – Access to Healthcare: Nigeria, 2017*” en “*European Union Agency for Asylum, Medical Country Report of Origin Information Report – Nigeria, 2022*”, niet bevat. Bij gebrek aan een volledig administratief dossier kan de Raad niet nagaan of de arts-adviseur bij het verlenen van het hierboven geciteerde advies is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of hij die correct heeft beoordeeld en of hij op grond daarvan niet op kennelijk onredelijke wijze tot zijn besluit is gekomen. Bijgevolg kan evenmin worden nagegaan of de bestreden beslissing rust op een deugdelijke motivering. Daar de administratie deze essentiële en determinerende informatie niet ter beschikking van de Raad heeft gesteld, maakt ze de wettigheidcontrole op haar beslissing onmogelijk (RvS 17 februari 1998, nr. 71.867).

De Raad wijst erop dat wanneer, zoals te dezen, een verzoekende partij concreet betwist dat een beslissing op juiste feitelijke motieven berust, het aan de overheid toekomt om via het administratief dossier het bestaan van de in haar beslissing vermelde motieven en de deugdelijkheid ervan aan te tonen (cf. RvS 30 juni 2011, nr. 214.282). De bestreden beslissing schendt de materiële motiveringsplicht aangezien de formeel in de bestreden beslissing en het bijbehorende medisch advies tot uiting gebrachte motieven, bij gebreke aan een volledig administratief dossier, niet op hun juistheid kunnen worden gecontroleerd.

Voormelde vaststellingen volstaan om te besluiten tot de vernietiging van de bestreden beslissing. Het verweer in de nota met opmerkingen kan hieraan geen afbreuk doen.

3. Kosten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van van de minister van Asiel en Migratie 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 verklaard wordt van 1 september 2025, wordt vernietigd.

Artikel 2

De kosten van het beroep, begroot op 251 euro, komen ten laste van de verwerende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twee maart tweeduizend zesentwintig door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. R. VAN DAMME,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

R. VAN DAMME

S. DE MUYLDER