



Arrest

nr. 345 331 van 23 april 2026
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat R. GREENLAND
Veerledorp 23
2431 VEERLE

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 Ghanese nationaliteit te zijn, op 7 september 2025 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de Minister van Asiel en Migratie van 24 augustus 2025 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.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 15 januari 2026, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 17 februari 2026.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. MAES.

Gehoord de opmerkingen van advocaat R. GREENLAND, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. ASSELMAN, die loco advocaat T. SCHREURS verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoeker verklaart de Ghanese nationaliteit te hebben.

Op 27 januari 2023 legde verzoeker een verklaring van wettelijke samenwoning af met de Belgische M. B.

Op 13 april 2023 werd ten aanzien van verzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten genomen (bijlage 13).

Op 25 mei 2023 werd de registratie van de wettelijke samenwoning geweigerd. Tegen deze beslissing diende verzoeker een beroep in bij de familierechtbank.

Op 8 februari 2024 oordeelde de familierechtbank dat de vordering van verzoeker tot registratie van de wettelijke samenwoning ongegrond was. Verzoeker ging in beroep tegen dit vonnis en bij arrest van 11 december 2024 verklaarde het hof van beroep van Antwerpen het beroep ongegrond.

Op 11 maart 2025 deed verzoeker een huwelijksaangifte met M. B.

Op 3 mei 2025 nam de gemachtigde van de minister van Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) een bevel om het grondgebied te verlaten met vasthouding met het oog op verwijdering (bijlage 13septies). Tegen deze beslissing diende verzoeker, wat betreft de vordering tot schorsing, bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) reeds een beroep in om bij wijze van voorlopige maatregelen de versnelde behandeling te vorderen. Dit beroep werd door de Raad bij arrest nr. 342 584 van 9 maart 2026 verworpen wegens laattijdigheid. Ook het beroep ten gronde werd verworpen bij arrest nr. 345 260 van 22 april 2026.

Op 25 juli 2025 diende verzoeker een aanvraag in om een machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 21 augustus 2025 bracht de arts-adviseur het volgende advies uit:

"(...)

Geachte Heer,

P., C. A. (R.N. ...)

Mannelijk

Nationaliteit: Ghana

Geboren op 06.01.1978

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 25.07.2025.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Medische Attesten :

- 1. Standaard Medisch Getuigschrift – 22/07/2025 – Dr. P.D.G.*
- 2. Medisch Rapport – 03/06/2025 – Dr. P.D.G.*

Actuele Aandoeningen :

- 1. Arteriële hypertensie*
- 2. Astma*
- 3. Kniepijn (waarvoor pijnstilling) – geen ernstige aandoening, wordt verder niet weerhouden*

Actuele Behandelingen :

- 1. Opvolging Cardiologie*
- 2. Aldactone (Spironolactone) – kaliumsparend diureticum, behandeling hypertensie*
- 3. Coveram (Perindopril + amlodipine) – ACE inhibitor + calciumantagonist, behandeling hypertensie*
- 4. Triplexan (Perindopril + amlodipine + Indapamide) + diureticum, behandeling hypertensie*
- 5. Monoxidine (Moxonidine) – centraal werkend antihypertensiva*
- 6. Puffer voor astma, verder niet gespecificeerd. We stellen een LABA + Inhalatiecorticoïd voor. Astma kan opgevolgd worden door een huisarts.*

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

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 is1:*

- Aanvraag MedCOI van 02.07.2025 met het unieke referentienummer 19471
- Aanvraag MedCOI van 22.07.2025 met het unieke referentienummer 19528
- Aanvraag MedCOI van 21.07.2025 met het unieke referentienummer 19558
- Aanvraag MedCOI van 21.11.2024 met het unieke referentienummer 18713
- Aanvraag MedCOI van 11.12.2024 met het unieke referentienummer 18750
- Aanvraag MedCOI van 06.11.2024 met het unieke referentienummer 18640
- Aanvraag MedCOI van 03.03.2025 met het unieke referentienummer 18971

1. *Opvolging Cardiologie*

(...) inpatient treatment by a cardiologist

Availability Available

(...) outpatient treatment and follow up by a cardiologist

Availability Available

2. *Opvolging huisarts*

(...) outpatient treatment and follow up first line doctor; eg family doctor, general practitioner

Availability Available

3. *Spironolactone*

(...)

Type Current medication

Availability Available

4. *Perindopril*

(...)

Type Current medication

Availability Available

5. *Amlodipine*

(...)

Type Current medication

Availability Available

6. *Indapamide*

(...)

Type Current medication

Availability Available

7. *Moxonidine*

(...)

Type Current medication

Availability Available

8. *Beclometason + formoterol*

(...)

Type Current medication

Availability Available

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

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

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

In Ghana werken ook NGO's rond gezondheidszorg. Deze hebben zich verenigd in de GCNH (Ghana Coalition of NGO's in Health). Dit orgaan werd opgericht in 2000 en coördineert alle activiteiten van de geregistreerde NGO's werkzaam in de gezondheidssector. Zij werken onder meer rond promotie van de gezondheidssector 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.⁸

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 Ghanезen tot een groep die in aanmerking komt voor een gratis NHIS kaart.

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

Bovendien legt betrokkene geen attest van arbeidsongeschiktheid voor. Er zijn ook geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij mits het uitvoeren van (eventueel aangepaste) arbeid niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en opvolging.

De advocaat van betrokkene verwijst naar een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen in Ghana. Hiervoor worden een aantal algemene bronnen aangehaald. Hier dient ook te worden gesteld: "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, Müslim/Turkije, § 68)."

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 reïntegratie 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 man van 47 jaar uit Ghana met onder andere arteriële hypertensie. Hij wordt hiervoor in België behandeld. Ons onderzoek toont aan dat deze behandeling in Ghana 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 zijn leven of zijn 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.

(...)"

p 24 augustus 2025 verklaarde de gemachtigde van de minister van Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) de aanvraag ontvankelijk, doch ongegrond.

Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

"(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 25.07.2025 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

P., (...) (R.R.: (...))

nationaliteit: Ghana

geboren te (...) op (...)1978

adres: (...) MERKSPLAS

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 P., (...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 21.08.2025 (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, 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.
(...)"

Op 22 september 2025 diende verzoeker een verzoek om internationale bescherming in. Op 29 oktober 2025 nam het commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (hierna: het CGVS) een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. Bij arrest nr. 336 731 van 27 november 2025 verwierp de Raad dit beroep.

2. Over de rechtspleging

Verzoeker heeft ter zitting een "aanvullende nota" voorgelegd met een bijkomend stuk "certificat médical" van dr. L.F. van 9 oktober 2025, waarin de arts eerst algemene informatie geeft, waaronder het feit dat verzoeker verklaarde twee broers en twee zussen in Ghana te hebben, en een "anamnese" waarin de arts onder meer verklaart dat de laatste bloedanalyse normaal is, hij wijst op een cardiologisch onderzoek in het Sint-Elisabeth ziekenhuis van Turnhout met een overzicht van de eerdere en actuele medicinale behandeling, op een overzicht van verzoekers symptomen en een conclusie, waarin onder meer wordt herhaald dat verzoeker een ernstige hoge bloeddruk heeft, resistent aan de behandeling, die actueel niet onder controle is. De arts wijst er verder ook op dat de hoge bloeddruk verbonden is aan de stress die wordt veroorzaakt door zijn onzekere toekomst. Wat betreft deze "aanvullende nota" met bijkomend medisch certificaat, waarvan de raadvrouw stelt dat ze dit beschouwt als een actualisatie van verzoekers situatie, zoals door de Raad verzocht, kan de Raad niet volgen. De Raad vraagt standaard bij de oproeping van de zitting het volgende: "de Raad [vraagt] aan beide partijen om met toepassing van artikel 39/62 van de Vreemdelingenwet, alle inlichtingen en bescheiden over te maken (...) met betrekking tot de actuele situatie van de verzoekende partij, die mogelijks een gevolg kunnen hebben voor de behandeling van het huidig beroep, meer bepaald of de verzoekende partij zich nog op het Belgische grondgebied bevindt en of zij ondertussen desgevallend het voorwerp heeft uitgemaakt van een statuutwijziging." Hieruit blijkt aldus duidelijk dat de 'inlichtingen en bescheiden' betrekking moeten hebben op zaken die een gevolg kunnen hebben voor de behandeling van het beroep. Verzoeker kan bijgevolg in dit kader geen nieuw medisch stuk voorleggen, dat dateert van na de bestreden beslissing en waarmee de gemachtigde of de arts-adviseur geen rekening heeft kunnen houden. Het bepaalde in artikel 39/62 van de Vreemdelingenwet doet met andere woorden geen afbreuk aan de ex tunc-bevoegdheid van de Raad in de annulatieprocedure.

De Raad volgt verweerder ter zitting dan ook dat deze aanvullende nota uit de debatten moet geweerd worden.

3. Onderzoek van het beroep

Verzoeker voert de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van artikel 4 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie van 7 december 2000 (hierna: het Handvest), van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van het redelijkheidsbeginsel en van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Hij licht het middel toe als volgt:

"(...)

1. De weigeringsbeslissing maakt een schending van artikel 3 EVRM uit.

Artikel 3 EVRM: "Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen."

Deze bepaling bekrachtigt één van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv.

EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, 218).

2. Verzoeker is overtuigd dat als zijn machtiging tot verblijf geweigerd wordt en als gevolg dat zijn behandelingen stopgezet worden dat hij in gevaar komt. Verzoeker lijdt aan hartproblemen en heeft een nood aan een combinatie van medicatie en onderzoek is nodig. Dit was het advies van een cardioloog, die slechts telefonisch advies kon geven aangezien verzoeker in een gesloten centrum verblijft. Zijn arts bevestigt dat een stopzetting van zijn behandelingen hem in gevaar zal brengen.

In Ghana er is niemand die verzoeker kan verzorgen en er zijn geen beschikbare behandelingen noch toegankelijk en betaalbare medicaties.

3. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is Uw Raad bevoegd om na te gaan of de overheid bij deze beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen.

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). Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht, onderzoekt Uw Raad 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.

Het redelijkheidsbeginsel legt aan de bestuurlijke overheid de verplichting op om bij de uitoefening van haar wettelijke bevoegdheid redelijk te werk te gaan. Een schending van het redelijkheidsbeginsel kan slechts worden vastgesteld wanneer men op zicht van de opgegeven motieven zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot een bepaalde beslissing is kunnen komen. Het redelijkheidsbeginsel staat Uw 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).

De schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van de toepasselijke bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, §1, eerste lid van de Vreemdelingenwet luidt als volgt: "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."

4. Concreet houdt deze bepaling in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen.

Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Artikel 9ter, §1, laatste lid van de Vreemdelingenwet bepaalt verder: "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 verschafft. 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 dan 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.

5. Over de ernst van de ziekte en de beschikbare behandelingen in Ghana:

Verzoeker lijdt aan een hartaandoening die ernstig is en die nog verder onderzocht moet worden. Een plotse onderbreking van het genot van deze Belgische faciliteiten ernstige gevolgen zou genereren voor verzoeker, onder meer de risico op een hartinfarct of een beroerte (zie medisch attest, Dr. D. G.).

De nodige medische en sociale hulpverlening in Ghana zijn niet beschikbaar.

Verzoeker verwijst naar een zeer recent en grondig analyse van de zorgsector omtrent hartproblemen in Ashante, het gebied van waar verzoeker in Ghana afkomstig is:

“Conclusion: Our findings highlight critical barriers to hypertension service delivery and providers’ abilities to provide quality services. Health facilities should build on ongoing innovations in hypertension screening, task-shifting strategies, and patient self-management to improve hypertension control. In Ghana and other countries, policies to equip healthcare systems with the resources needed for hypertension management could lead to a high improvement in hypertension outcomes.....

In Ghana, 27% of adults have hypertension and only 6% have achieved controlled BP [6]. Similarly to many other SSA countries, more than 60% of people with hypertension in Ghana are yet to be screened and roughly 80% are to be initiated on treatment [6]. In 2014, the Pan-African Society of Cardiology (PASCAR) identified ten steps to achieve 25% hypertension control by 2025 [7]. The 10 steps addressed significant known barriers to hypertension management, including making hypertension management a national priority and funding allocation to facility-level activities such as availability of essential medications, treatment guidelines, and provider training [7]. These steps addressed population-based hypertension management interventions to minimize salt consumption. To ensure objectivity, the 10 steps recommended instituting a monitoring and evaluation system for all the above activities [7]. Nonetheless, a recent study in Ghana reported poor adherence to PASCAR recommendations and noted that there remains a long way to go before achieving the goal of 25% hypertension control [8].

This study was conducted in Kumasi, the capital city of the Ashanti Region of Ghana. According to the 2021 population census, Kumasi had a population of approximately 3,490,000 people [12] and was served by 263 health facilities. Of all the health facilities, 224 were privately owned, 18 were quasi-governmental, 16 were government-owned, and 5 were owned by the Christian Health Association of Ghana (CHAG) [13]. Together with a local cardiologist and research expert (FSS), we purposively identified and recruited 25 health facilities that offered hypertension screening, diagnosis, treatment, or patient followup. Health facilities were at different levels of the health system and had varied ownership. After recruitment, 15 leaders of health facilities signed the Memorandum of Understanding, accepting to join the study. The study population comprised of health facility leaders and clinicians.

Theme 1: The financial, geographic, and situational accessibility of hypertension services

Participants described the high cost of care as a major factor in low healthcare utilization and loss to follow-up among patients with hypertension. In addition to paying annual health insurance premiums, patients are required to pay additional fees (often called “top-ups”) for insurance-covered services, medical procedures, or products. Clinicians and facility leaders indicated that there are antihypertensive medications that are not covered by the National Health Insurance Scheme (NHIS), and when these are the only available medications at the health facility, patients are required to pay the full out-of-pocket cost. Similarly, clinicians noted that regularly prescribed laboratory examinations and imaging procedures were not covered by NHIS. Despite the high cost of care, there is no financial support system for patients who cannot afford it.

Geographically, hypertensive services are not readily accessible. The participants reported that the screening was mainly held at health facilities and that only one or two days a week were dedicated to hypertension care. Patients who travel long distances often struggle to receive care and sometimes come to the health facility, spend all day, and are still not seen by specialists. Additional geographic accessibility challenges result from inconsistent referrals and patient follow-up systems.

The thing is, some come from different regions, so sometimes we don’t get to attend to them because of the place they are coming from. That one too is a factor in my facility. Some leave there around 10 pm, by that time too, the cardiologist will say I am tired. I must go. So, they wouldn’t even see the cardiologist.

— Registered Nurse

Theme 2: Facilities struggle to maintain the stock of antihypertensive medications and providers perceive government insured medications to be of suboptimal quality

The participants' descriptions of the availability of antihypertensive medications were entangled with the reimbursement by the main payor, NHIS; the main supplier of medications for government health facilities is the regional medical store, whereas private health facilities receive their medications from private suppliers. Clinicians rarely reported running out of stock for antihypertensive medications, but leaders reported a challenging process in maintaining optimal quantities of essential antihypertensive medications and other key supplies in the pharmacy.

You stock the medicines, and if reimbursements are also much delayed, then you have to find means of getting money to stock more of the medicines to supply the clients.

— Physician and leader of a private health facility

An additional challenge is the perceived suboptimal quality of antihypertensive medication. Clinicians have reported that medications insured by the NHIS are often cheap and associated with numerous adverse effects.

Most of the insurance drugs, because of the low quality it has, patients, most of them react to it, its adverse effect.

— Hypertension Clinic Registered Nurse

Theme 3: The shortage of clinicians especially physicians and the nurses' plea for training and additional roles in hypertension management

The common theme across focus group discussions with clinicians and health facility leaders is that the number of healthcare providers, especially physicians and specialists, is extremely inadequate compared to the number of patients they serve, and that this has a negative impact on the quality of hypertension care services. Clinicians are forced to rush their encounters with patients without taking sufficient time to understand the patient's history or acquire a clearer picture of the patient's condition before assigning a diagnosis and treatment or renewing a prescription for antihypertensive medication. This situation is frustrating for both the patients and clinicians.

Sometimes, because of the number of people you must see in a day, there are some people who just come, and you ask if there are any complaints. Some of our colleagues will just take it as if they [patients] came for a refill of their medication without having a critical look at the BP of the patient.

—Physician

While participants reported using clinical meetings and ward rounds as opportunities for learning and sharing knowledge about hypertension care, regular training opportunities on the latest advances in hypertension management are scarce...

Currently, hypertension care in Ghana is primarily centralized at district-level health facility settings with very limited hypertension education, screening, and treatment in the community. Even wellness clinics, a novel strategy of hypertension screening, are run at health facilities.....

Health facilities struggle to maintain the quality of hypertension care services because of a shortage of healthcare providers, especially physicians.....

While clinicians reported that the supply of antihypertensive medications is not a big issue, facility leaders and previous literature pointed this to be a critical challenge for patients with hypertension. A study conducted in the largest referral hospital in Ghana reported that only 15% of patients with hypertension reported receiving their medications from a hospital pharmacy [25]. Another study conducted at five hypertension and diabetes specialty clinics, including Komfo Anokye Teaching Hospital in Kumasi, reported that 23% of patients with elevated BP experienced problems obtaining antihypertensive medications; the main challenge being the unavailability of the medications at the point of care [26]. In our study, health facility leaders often pointed to the lack of supplies at Regional Medical Stores and the delayed reimbursement by the NHIS as the root cause of the problem with medication supply.

Apart from antihypertensive medications, clinicians and health facility leaders voiced major concerns regarding the overall high cost of hypertension care. The high cost of care creates a barrier to hypertension service accessibility, which negatively affects the BP outcomes. Studies in Ghana have reported similar issues with the high cost of hypertension care essentially driven by the high out-of-pocket spending from “top-ups” on medications, laboratory investigations, and transport, including among patients covered by NHIS ...

We explored the health system barriers and facilitators of hypertension care in Ghana. Overall, we found accessibility challenges related to hypertension screening, diagnosis, treatment, and a lack of funding for patient follow-up. We also found that health facility leaders struggled to maintain medication storage, and there was a shortage of physicians.” (Ann Glob Health, National Library of Medicine, 4 juli 2024, Healthcare system barriers and facilitators to hypertension management in Ghana, Samuel Byiringiro 1, Thomas Hinneh 1, Joylline Chepkorir 1, Tosin Tomiwa 2, Yvonne Commodore-Mensah 1,3, Jill Marsteller 3, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11229483/#>)

Het is zeer duidelijk dat de behandelingen voor hypertensie problematisch zijn door een gebrek aan medische diensten, specialisten, zeker in gebieden buiten de steden, zoals in casu voor verzoeker.

Er zijn onvoldoende specialisten: verzoeker dient onderzocht te worden door een cardioloog. Dit gaat onmogelijk zijn.

6. Medicatie is ook niet gratis. Dit moet zelf bekostigd worden.

Verzoeker zal slechts beperkt beroep kunnen doen op de publieke gezondheidszorg en zal zich voornamelijk moeten richten op de publiek en private zorg, waardoor de kosten voor de behandeling van zijn hartproblemen hoogstwaarschijnlijk nog hoger zullen liggen.

7. Dr. D. G. heeft een lijst gemaakt van de huidige medicatie van verzoeker.

Men somt de behandelingen op als volgt:

[...]

Wat men hier schrijft is een selectieve interpretatie van het lijst van dr. D. G.

“Hij spreekt over een eventuele opname voor het onderzoek. Hypertensie: men begon hem met Coveram te behandelen op 05.05.2025 maar aangezien de tensie nog steeds te hoog was werd een behandeling van Triplexan opgestart op 19.05.2025. Ondanks deze twee behandelingen was de hypertensie zeer duidelijk. Bovenop deze twee behandelingen, werd Monoxidine op 30.05.2025 toegevoegd.

Tijdens de consultatie in Merksplas was de tensie van verzoeker nog steeds 170/105mm Hg zodat zijn dokter genoodzaakt werd om een cardioloog telefonisch te raadplegen. Hij heeft de volgende bevolen: een onmiddellijk opstart van Aldactone 25mg/dag, bloedafnames, een volledig cardiologisch onderzoek, eventueel ziekenhuisopname te organiseren.

Hij is van overtuigd dat hij onmiddellijk nood heeft aan behandeling door een cardioloog.” (9ter aanvraag)

8. Men weet dat overlijden een gevolg is van de stopzetting van zijn behandeling, ten minste een hartaanval/beroerte.

Verweerster is niet meer specifiek in zijn uitleg over de beschikbaarheden omtrent een opname/ambulante behandeling door een cardioloog. Hij zoekt slechts op omtrent “opvolging”.

Het blijkt duidelijk uit zeer recent empirische informatie dat opnames, consultaties met cardiologen zijn zeer moeilijk te bekomen. Er zijn een beperkte aantal cardiologen in Ghana. De meeste zijn in steden zoals Accra of Kumasi.

Op de website van Reliefweb in een artikel werd de problemen in het gezondheidssysteem in Ghana duidelijk gemaakt:

“Most health centres also lack very basic health care equipment and personnel can be forced to turn away patients. Some health posts are themselves very dilapidated. All these make it challenging for healthcare to reach the region’s most vulnerable. Herbert Appiah - UNOPS Project Manager

The region faces a high burden of communicable diseases such as malaria, tuberculosis and diarrhoea. More than a quarter of children under the age of five are malnourished. Located in the ‘meningitis belt’ of Africa,

young people between the ages of two and 29 who live in Bolgatanga are also more vulnerable to contracting cerebral meningitis.” (WHO Report Ghana, 2023)

Met betrekking tot toegang en adequate diensten voor de behandeling van zijn chronische hartfalen moet men rekening houden met de erbarmelijk toestand in Ghana op dit vlak:

“The Global Burden of Disease Study indicates that ischemic heart disease and Stroke, both CVDs, were the leading causes of death in Ghana in 2017 (1). Hypertension has been described as the leading preventable cause of death worldwide and especially in lowermiddle-income countries such as Ghana (2–4). Hypertension is the single most preventable risk factor for CVD in Ghana/Africa, primarily due to undetected, untreated and undertreated cases. In Ghana, population-based studies have shown an increase in hypertension prevalence reaching epidemic proportions and its significant impact on stroke morbidity and mortality, over the last four decades (5–7). Unfortunately, there is an inadequate level of awareness of hypertension and poor compliance to the therapy when diagnosed (6). In addition, up to 70% of persons identified with hypertension are not on treatment and only 13% of those with hypertension have their blood pressures adequately controlled (8). Nearly half of persons identified with hypertension have end organ damage suggesting that these persons have had long-standing disease without appropriate treatment (6).

The burden of CVDs in Ghana remains high. Unfortunately, there have been limited nationally coordinated effort designed to improve the outcome of CVD care in Ghana. There are weaknesses in all the six WHO health systems building blocks with respect to CVD care in Ghana. An effective national governance system does not exist and the institutions tasked with the responsibility were weak and inactive. There was no national case management and treatment guideline for CVD care in Ghana prior to this intervention. This affected the extent of standardization in case management even in the same or similar health facilities. Moreso, most of the health facilities lacked basic life-saving equipment to provide quality healthcare to patients....” (The Ghana heart initiative – a health system strengthening approach as index intervention model to solving Ghana’s cardiovascular disease burden, Front Public Health, April 2024)

Bovendien, de raadgevende arts van verweerster spreekt over een beschikbaarheid van de medicijnen die momenteel aan verzoeker worden voorgeschreven.

Consultatie bij het lijst van medicijnen in Ghana op de “medicine list” in Ghana, beschikbaar op de website van the National Health Insurance <https://www.nhis.gov.gh/medlist> toont aan dat Monoxidine niet beschikbaar is. Er is een schending van de materiële motiveringsplicht.

9. Over de toegankelijkheid van de nodige behandelingen

De kosten van de behandelingen, de medicatie, de opnames zijn niet binnen de mogelijkheden van de gemiddelde persoon. Uit recent onderzoek blijkt dat:

“The average cost of CVD hospitalization is over a hundred times the daily minimum wage of the average Ghanaian. A greater emphasis on primordial and primary prevention is warranted to curtail the economic burden of CVDs in developing economies such as Ghana.”(Cost and outcomes of acute cardiovascular disease hospitalizations in a tertiary hospital in Ghana, Lambert Tetteh Appiah, Alexandria Journal of Medicine, Volume 59, 2023, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20905068.2023.2222474?scroll=top&needAccess=true#abstract>)

Het staat vast in het standard medisch getuigschrift dat een volledig cardiologisch onderzoek noodzakelijk is, en dat een eventueel opname nodig is. Dit zou, volgens het advies van de artsadviseur, beschikbaar zijn. Dit is twijfelachtig op zich, doch meer, het blijkt uit de empirische informatie dat een dergelijke opname niet betaalbaar is. Het zou 100 keer de dagelijkse minimum inkomsten zijn van de gemiddelde persoon in Ghana. Dit is niet betaalbaar voor verzoeker.

Verweerster schrijft over de algemeen systeem van gezondheidszorg in Ghana maar zonder te specificeren hoe dit van toepassing zou zijn voor verzoeker : op het vlak van de geografie in Ghana, maar ook op het vlak van de persoonlijke toestand of leefwereld van verzoeker.

Verzoeker is van M., Ashante. Men geniet niet van de ‘betere’ zorgen zoals er in de steden, zoals in Accra, beschikbaar is.

10. Bovendien men heeft zich niet geïnformeerd over de familiale en sociale situatie van verzoeker in Ghana. Men schrijft op pagina op een algemene manier:

[...]

Verzoeker merkt op dat verweerster eenvoudige veronderstellingen doet, aan de ene kant dat de familie, vrienden of een derde bereid zijn de verzoeker te helpen en aan de andere kant dat zij, als ze zouden bestaan, de financiële middelen zouden hebben om dit te doen. Als gevolg hiervan heeft de medisch adviseur van verweerster geen enkele garantie gegeven dat de verzoeker bij zijn terugkeer naar het land van herkomst op zijn minst toegang zou hebben tot de benodigde medicijnen en behandelingen.

11. Het blijkt dat verzoeker niet gerechtigd is op kosteloze medische hulp in Ghana. Hij hoort niet bij de vrijgestelde categorieën:

“Manual enrolment: To enrol as a member of the NHIS using a manual registration, you will need to visit a District office where you will be interviewed to know which category you belong to determine whether you are registering as:

- a. A member who will contribute annually, or
- b. A member of the exempt group (those who do not pay any fee)

Exempt Group: The following people in the exempt category do not pay any fees:

- i. Pregnant women
- ii. Persons above 70 years
- iii. Indigents
- iv. Categories of differently-abled persons as determined by the Minister responsible for Social Welfare
- v. Persons with mental disorders

If you are registering as a fee-paying member, please note that you will pay a premium (contributions) and / or processing fee every year.” (website van NHIS, <https://www.nhis.gov.gh/membership>)

Verzoeker heeft dan geen recht op gratis medische hulp. Het is dan onduidelijk hoe hij zou voor zijn medische noden kan betalen.

Toegang tot medische diensten zijn voor de personen in armoede onmogelijk:

“Economic growth has not been fully inclusive, leading to increased inequality, mainly between the richer south and the poorer north of the country. While Ghana has made progress in gender equality and women’s empowerment, the social norms remain inadequate. The poor are disadvantaged in terms of owning assets and accessing financial institutions and services, quality education, healthcare, and safe water and sanitation facilities. This demographic, particularly women and children, are also disproportionately affected by natural hazards and the adverse effects of climate change. Despite the expansion of publicly supported mitigating measures in the form of social protection programmes, they remain insufficient.” (Ghana 2024-2026 IFRC network country plan July 2024)

12. Het is niet alleen sociale redenen die een invloed hebben op toegang tot de diensten, geografische locatie speelt ook een belangrijke rol met de personen in de steden hebbende het voordeel:

“Timely access to services remains inequitable with respect to healthcare facilities and package of services (preventive, promotive, curative, rehabilitative and palliative). Rural areas are more disadvantaged on account of the generally limited and poor infrastructure and the more acute shortage of health personnel to provide the services. Services are further not appropriately designed for populations with unique needs such as the disabled, aged, persons with genetic disorders, accident victims, people affected by natural and man-made disasters, adolescents, as well as people with mental health vulnerability, (Healthcare provision in Ghana, 2023, pagina 20)”

In de publieke medische systeem om toegang te krijgen tot de basis medische diensten (NHIS) moet men nog steeds een basisbedrag betalen.

Clïënt heeft geen sociale medische verzekering om de kosten te beperken (en hij komt ook niet in aanmerking voor sociale verzekering) en hij zou uiteraard voor privé diensten niet kunnen betalen.

Behandelingen voor hartproblemen zijn uitgesloten van de basisdiensten verschaft na betaling van het basisbedrag. Consultaties en onderzoeken moeten ook toch betaald worden, evenals kosten van medicatie. De kosten van medicatie zijn niet gereguleerd en zijn vatbaar voor fluctuaties. (‘Healthcare provision in Ghana’, 2023)

Clïënt zal geen toegang hebben tot de nodige behandelingen voor zijn hartfalen, ernstige hypertensie.

Besluit: De ziektes van dhr. (...) zijn zodanig dat bij een terugkeer een reëel risico bestaat op een onmenselijk of vernederende behandeling doordat er geen adequate noch toegankelijke behandeling beschikbaar is in zijn land van herkomst, Ghana.

Gelet op het bovenstaande, verwijzend naar het advies van zijn medisch adviseur, blijkt dat verweerster artikel 9 ter van de Wet geschonden heeft en zijn motiveringsplicht heeft verzuimd.

Verzoeker zou in Ghana in zeer ongunstige (levens)omstandigheden terecht komen: hij beschikt er niet over huisvesting en het systeem van gezondheidszorg is er zeer precair. Als neven criterium bij deze tweede maatstaf hanteert het Hof de aanwezigheid van een netwerk van familieleden en verwanten die (mede) voor de opvang en zorg van de zieke vreemdelingen kunnen instaan. Verzoeker heeft niemand in Ghana die hem kan steunen. Zijn ouders zijn overleden.

Overeenkomstig de heersende rechtspraak met betrekking tot artikel 3 EVRM dient de staat mogelijke schendingen te onderzoeken.

Tenslotte dient verwezen te worden naar het absolute karakter van artikel 3 EVRM. Er is duidelijk sprake van een schending van artikel 3 EVRM.

Het zorgvuldigheidsbeginsel en de motiveringsplicht werden geschonden doordat verwerende partij op basis van onvolledige en zelfs foutieve informatie concludeerde dat verzoeker niet in aanmerking komt voor een machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Verweerster heeft dan in de omstandigheden een onredelijk besluit genomen. De vordering van verzoeker tot schorsing en annulatie van de beslissing dient dan gegrond verklaard te worden.”

In het licht van artikel 3 van het EVRM voert verzoeker aan dat het gevolg van de bestreden beslissing is dat zijn behandelingen zullen stopgezet worden en hij in gevaar komt omwille van zijn hartproblemen en de nood aan een combinatie van medicatie en onderzoek. De behandelende arts bevestigt dat een stopzetting van zijn behandelingen hem in gevaar zal brengen. Verzoeker voert aan dat er in Ghana niemand is die hem kan verzorgen en er geen beschikbare, noch toegankelijke behandelingen zijn. Verzoeker geeft vervolgens een theoretische toelichting bij verschillende beginselen van behoorlijk bestuur in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, met verwijzing naar relevante rechtspraak van de Raad van State. Het kan gaan om een vreemdeling voor wie er geen actueel reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen, maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn herkomstland, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling.

Over de ernst van de ziekte en beschikbaarheid van de behandeling wijst verzoeker op een ernstige hartaandoening, die nog verder onderzocht moet worden. Het plots onderbreken van het genot van de Belgische faciliteiten zou ernstige gevolgen genereren voor verzoeker, nl. risico op hartinfarct of beroerte. Verzoeker citeert vervolgens uitgebreid uit een analyse van 4 juli 2024, ‘*healthcare system barriers and facilitators to hypertension management in Ghana*’, dat onder meer ingaat op de zorgsector in de regio van herkomst in Ghana van verzoeker. Hij gaat daarbij onder meer in op (1) de financiële, geografische en situationele toegankelijkheid van zorgverstrekking aangaande hoge bloeddruk, (2) faciliteiten die worstelen om een voldoende stock aan medicatie tegen hoge bloeddruk te behouden en medicatie die door de overheid wordt verstrekt van suboptimale kwaliteit, (3) het tekort aan artsen en verzoek van de verpleegkundigen om opleiding en bijkomende rol in het beheren van hoge bloeddruk.

Verzoeker leidt uit de informatie af dat er een gebrek is aan medische diensten, zeker in de gebieden buiten de steden en dat er onvoldoende specialisten zijn, terwijl hij moet onderzocht worden door een cardioloog, hetgeen volgens hem onmogelijk zal zijn. Wat betreft de medicatie, stipt verzoeker aan dat die niet gratis is, zelf bekostigd moet worden en hij maar op beperkte wijze zal kunnen beroep doen op de publieke gezondheidszorg. Hij zal zich ook tot de private zorg moeten richten, waardoor de kosten voor de behandeling van zijn hartproblemen nog hoger zullen liggen.

In een volgende onderdeel wijst verzoeker op de passage in het advies van de arts-adviseur waarin de actieve behandelingen worden opgesomd. Volgens verzoeker is dit een selectieve interpretatie van de lijst van dokter D.G., waarbij verzoeker erop wijst dat de arts heeft gesproken over een eventuele opname voor onderzoek, hij een vertaling geeft van een stuk uit het standaard medisch getuigschrift (hierna: SMG) en eraan toevoegt dat de arts ervan overtuigd is dat verzoeker onmiddellijk nood heeft aan een behandeling door een cardioloog. Verzoeker vervolgt dat overlijden het gevolg zal zijn van de stopzetting van de behandeling, minstens zal hij een hartaanval of beroerte krijgen. Volgens verzoeker is de arts-adviseur niet specifiek genoeg over de opname of ambulante behandeling door een cardioloog, nu er slechts sprake is van “*opvolging*”. Wat betreft de informatie over opnames en consultaties met cardiologen, blijkt dat deze moeilijk verkrijgbaar zijn in Ghana door het beperkt aantal cardiologen, waarvan de meeste zich bevinden in Accra of

Kumasi. Verzoeker verwijst daarbij naar een website van Reliefweb en citeert ook uitgebreid uit *“the Ghana heart initiative – a heart system strengthening approach as index intervention model to solving Ghana’s cardiovascular disease burden”*, *Front Public Health* van april 2024. Tot slot werpt verzoeker op dat uit de lijst van medicijnen in Ghana, van de website van de *National Health Insurance*, blijkt dat monoxidine niet beschikbaar is, anders wat in het advies van de arts-adviseur wordt vermeld. Hieruit leidt verzoeker een schending van de materiële motiveringsplicht af.

In een volgend onderdeel gaat verzoeker in op de toegankelijkheid van de nodige behandelingen. Verzoeker voert aan dat de kosten van de behandelingen, de medicatie en de opnames niet binnen de mogelijkheden vallen van de gemiddelde persoon. Verzoeker citeert informatie uit *“cost and outcomes of acute cardiovascular disease hospitalizations in a tertiary hospital in Ghana”* van 2023 waaruit blijkt dat de gemiddelde kost voor een cardiovasculaire hospitalisatie meer dan 100 keer het dagelijks minimumloon van de gemiddelde Ghanees kost. Nu volgens de behandelende arts van verzoeker een volledig cardiologisch onderzoek nodig is en eventueel een opname, stelt verzoeker dat zoiets niet betaalbaar is. De gemachtigde heeft gemotiveerd over het algemeen systeem van gezondheidszorg in Ghana, maar zonder te specificeren hoe dit van toepassing is op verzoeker. Hij stelt concreet afkomstig te zijn van M. in Ashante; daar geniet men niet van de betere zorgen zoals in de hoofdstad Accra. Daarnaast heeft de gemachtigde zich ook niet geïnformeerd over de familiale en sociale situatie van verzoeker. Dat verzoeker nog familie, vrienden en kennissen heeft in Ghana, berust volgens verzoeker louter op veronderstellingen. Er bestaat geen enkele garantie voor verzoeker dat hij in geval van terugkeer toegang zal hebben tot de nodige medicijnen en behandelingen. Volgens verzoeker is hij niet gerechtigd op kosteloze medische hulp in Ghana omdat hij niet hoort bij de vrijgestelde categorieën. Nu verzoeker geen recht heeft op gratis medische hulp, is het onduidelijk hoe hij voor zijn medische noden zou moeten betalen. Verzoeker citeert uit een rapport waaruit blijkt dat personen in armoede moeilijker toegang hebben tot medische diensten. Ook de geografische locatie speelt een rol, nu verzoeker citeert uit een rapport *“Healthcare provision in Ghana 2023”*, waarin wordt bevestigd dat rurale gebieden meer benadeeld zijn. Verzoeker voert aan dat hij ook in het publieke medische systeem moet betalen om toegang te kunnen krijgen tot de basis van de medische diensten. Verzoeker stelt geen sociale medische verzekering te hebben om de kosten te beperken, hij niet in aanmerking komt voor de sociale verzekering en hij niet kan betalen voor de private zorg. De behandeling voor hartproblemen is uitgesloten van basisdiensten die worden verschaft na betaling van het basisbedrag, ook consultaties en onderzoeken moeten betaald worden, evenals kosten van medicatie. Die kosten zijn niet gereguleerd en dus vatbaar voor fluctuaties. Verzoeker concludeert dat hij dus geen toegang zal hebben tot de nodige behandelingen voor zijn hartfalen en ernstige hypertensie. In het licht van het voorgaande besluit hij tot een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en van de motiveringsplicht.

In het licht van artikel 3 van het EVRM wijst verzoeker erop dat hij in Ghana in zeer ongunstige levensomstandigheden zal terechtkomen, hij beschikt er niet over huisvesting en het systeem van gezondheidszorg is zeer precair. Het EHRM hanteert als maatstaf de aanwezigheid van een netwerk van familieleden en verwanten die mee voor de opvang en zorg van zieke vreemdelingen kunnen instaan, verzoeker stelt niemand te hebben in Ghana nu zijn ouders zijn overleden. Verzoeker wijst nog op het absolute karakter van artikel 3 van het EVRM en voert aan dat die verdragsbepaling is geschonden. Ook het zorgvuldigheidsbeginsel en de motiveringsplicht acht verzoeker geschonden, nu op basis van onvolledige en foutieve informatie geconcludeerd wordt dat hij niet in aanmerking komt voor een machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Er is ook sprake van een onredelijke beslissing, aldus verzoeker.

Beoordeling

De Raad kan zich vinden in de theoretische toelichting die verzoeker geeft bij het zorgvuldigheidsbeginsel, de materiële motiveringsplicht en het redelijkheidsbeginsel.

Deze beginselen en plicht worden onderzocht in het licht van artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet.

Deze bepaling luidt als volgt:

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

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

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

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over waarvan het model door de Koning wordt bepaald. 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.”

Wat betreft de ernst van de ziekte, stelt de Raad vast dat in het standaard medisch getuigschrift van 22 juli 2025 de behandelende uroloog P.D.G. melding heeft gemaakt van “HTA” of “hypertension artérielle” of hoge bloeddruk. Ook in het ‘rapport médical’ van dezelfde arts van 12 juni 2025 wordt gewag gemaakt van een ernstige ‘HTA’ en van astma sedert 2017. In de antecedenten wordt ook gewag gemaakt van een pijnlijke knie. Nergens is er bijgevolg sprake van een “hartaandoening”, noch van een “hartprobleem”, noch van “chronisch hartfalen”, zoals verzoeker aanvoert in het verzoekschrift. Er is enkel sprake van een hoge bloeddruk, astma en kniepijn. De arts-adviseur heeft in het advies geoordeeld dat de kniepijn niet ernstig is, en verzoeker heeft dit niet betwist. Nergens komt verzoeker in het verzoekschrift terug op de problematiek van astma, zodat de Raad ook hieruit afleidt dat verzoeker zich neerlegt bij de vaststelling van de arts-adviseur dat een inhalatiecorticoïd en opvolging door een huisarts hiervoor beschikbaar en toegankelijk zijn in Ghana.

De betwisting betreft aldus of voor de ernstige vorm van hoge bloeddruk de nodige medicatie en behandeling beschikbaar en toegankelijk is voor verzoeker in Ghana.

De arts-adviseur heeft zich gebaseerd op actuele MedCOI-informatie, die zich ook in het administratief dossier bevindt, waaruit bleek dat opvolging door een cardioloog in een ziekenhuis en ook buiten een hospitaal beschikbaar is, evenals opvolging door een huisarts. Daarnaast bleek ook dat de door verzoeker genomen medicatie allemaal beschikbaar is in Ghana. In het verzoekschrift haalt verzoeker aan dat het niet correct is dat het medicijn ‘moxonidine’ beschikbaar is in Ghana. Hij verwijst daarvoor naar de “*medicine list*”, beschikbaar op de website van *the National Health Insurance*. De Raad stelt inderdaad vast dat het voormelde medicijn niet op deze lijst voorkomt, doch dit houdt niet in dat dit medicijn niet beschikbaar is in Ghana. Uit het rapport waarop de arts-adviseur zich baseert van de *fact finding mission* in Ghana 2020 blijkt dat die lijst de essentiële medicijnenlijst betreft, die wordt terugbetaald als men is aangesloten bij de NHIS. Het voormelde medicijn blijkt uit de medCOI-informatie van de gemachtigde in het administratief dossier wel degelijk beschikbaar (bijvoorbeeld in 2024 in de “*Hale Pharmacy Achimota*” in Accra), maar is dus niet terugbetaald door de NHIS. Een schending van de materiële motiveringsplicht kan de Raad bijgevolg niet aannemen. Waar verzoeker verder ook aanhaalt dat de medicatie niet gratis is en dit zelf bekostigd moet worden, geldt dit inderdaad voor bepaalde medicijnen, maar wijst de Raad erop dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet niet aan elke vreemdeling waarborgt dat hij een verblijfsmachtiging kan krijgen indien hij in het herkomstland moet betalen voor de noodzakelijke behandeling en medicatie. In die zin motiveert de gemachtigde op redelijke wijze dat het gaat om een systeem dat de aanvrager in staat moet stellen om de vereiste zorgen te bekomen. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet gaat niet om het 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.

Waar verzoeker specifiek focust op de informatie over Kumasi, de hoofdstad van de Ashanti-regio, blijkt dat die stad over 263 gezondheidsfaciliteiten beschikte, waarvan 25 werden geïdentificeerd die specifieke screening deden van hoge bloeddruk, diagnoses stellen, behandeling en follow-up van patiënten.

Waar verzoeker ook ingaat op de hoge kost van bepaalde medische diensten, of de grotere afstand die moet afgelegd worden om bij de juiste faciliteiten de nodige medicatie te verkrijgen, heeft dit betrekking op de toegankelijkheid die infra zal worden besproken.

Verzoeker gaat ook in op een tekort aan beschikbare cardiologen en een tekort aan stock van de nodige medicijnen. De Raad stelt inderdaad vast dat wordt gewag gemaakt van het feit dat cardiologen soms zeer

snel patiënten moeten ontvangen, gezien de hoeveelheid patiënten en dat deze situatie zowel voor de arts als de patiënt frustrerend kan zijn. Ook al kan de Raad aannemen dat die situatie niet ideaal is, leest de Raad niet dat hierdoor een reële kans bestaat dat verzoeker geen toegang zou hebben tot een cardioloog, indien nodig.

Wat betreft het tekort aan stock, blijkt dat de informatie van verzoeker tegenstrijdig is, nu zowel wordt gesteld dat klinici aangaven dat de beschikbaarheid van bloeddrukverlagende medicijnen geen groot probleem vormt, terwijl leidinggevend van zorginstellingen en andere literatuur erop wezen dat dit wel een cruciale uitdaging is voor patiënten met hoge bloeddruk. Uit een ander door verzoeker aangehaald onderzoek, uitgevoerd in vijf gespecialiseerde klinieken voor hoge bloeddruk en diabetes, waaronder het *Komfo Anokye Teaching Hospital* in Kumasi, bleek dat 23% van de patiënten met verhoogde bloeddruk problemen ondervond bij het verkrijgen van antihypertensiva; de grootste uitdaging was de onbeschikbaarheid van de medicijnen op de zorglocatie. Er bleek vaak een gebrek aan voorraad bij de regionale medische magazijnen en een vertraagde vergoeding door het NHIS als de hoofdoorzaak van het probleem met de medicijnvoorziening.

Hieruit leidt de Raad af dat uit het onderzoek in die 5 gespecialiseerde klinieken 77% van de patiënten, en dus een ruime meerderheid, geen problemen ondervond bij het verkrijgen van de nodige medicatie tegen de hoge bloeddruk. Opnieuw lijkt het probleem vaak veeleer gelinkt aan een 'zorglocatie', hetgeen de toegankelijkheid betreft.

Verder kan de Raad verzoeker niet volgen waar deze aanvoert dat de arts-adviseur in de opsomming van de actuele behandelingen in het advies een selectieve interpretatie zou gemaakt hebben van de lijst van de behandelende arts. De behandelende arts heeft inderdaad in het SMG melding gemaakt van een eventuele opname of eventueel te plannen interventie, hetgeen inderdaad kan begrepen worden onder 'opvolging cardiologie'. Er blijkt immers uit het medisch advies dat de arts-adviseur ook onderzoek heeft gevoerd naar "*inpatient treatment by a cardiologist*", hetgeen ook opname veronderstelt, en beschikbaar bleek. Waar verzoeker stelt dat de behandelende arts ervan overtuigd is dat verzoeker onmiddellijk nood heeft aan een behandeling door een cardioloog, leest de Raad dat niet als zodanig in de voorgelegde medische stukken. De behandelende arts acht wel "*un bilan cardiologique complet*" en een adequate behandeling voor de hoge bloeddruk nodig. Nergens is er in het SMG sprake van een overlijden in geval van stopzetting van de behandeling, zoals verzoeker aanhaalt. Wel van een groot risico op een beroerte of herseninfarct.

Uit het voorgaande blijkt dat verzoeker niet kan gevolgd worden dat de arts-adviseur op onzorgvuldige, verkeerde of kennelijk onredelijke wijze de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling in Ghana heeft onderzocht.

Wat betreft de toegankelijkheid, kan verzoeker gevolgd worden dat uit de door hem aangehaalde informatie blijkt dat de mogelijkheid tot opname en consultaties met cardiologen beter te verkrijgen is in steden als Accra of Kumasi. Verzoeker licht evenwel nergens toe waarom hij zich niet in een van die steden zou kunnen vestigen. Verzoeker verklaart afkomstig te zijn uit de Ashanti-regio en Kumasi is daarvan de hoofdstad, volgens de door hem voorgelegde informatie. Bijkomend vereist het onderzoek in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet dat wordt nagegaan of de noodzakelijke behandeling in het herkomstland beschikbaar en toegankelijk is. De relevante wetsbepaling vereist dus niet dat die noodzakelijke behandeling ook in de regio van afkomst beschikbaar is. Ten overvloede blijkt uit de procedure in het kader van verzoekers internationaal beschermingsverzoek dat verzoeker zelf reeds verklaarde aan het CGVS dat hij zich gedurende vijf maanden in Accra heeft gevestigd alvorens Ghana te verlaten.

Waar verzoeker verder ingaat op adequate diensten voor de behandeling van chronisch hartfalen, heeft de Raad supra reeds gesteld dat geen van de voorgelegde medische attesten van verzoeker gewag maakt van chronisch hartfalen. Er is vooralsnog enkel sprake van een ernstige hoge bloeddruk en een risico op een hersenberoerte. Vele informatie die verzoeker citeert, heeft ook betrekking op niet-gedeteteerde gevallen van hoge bloeddruk, evenals het zich niet houden aan een aangepaste levensstijl (minder zout), of het niet respecteren van de opgelegde therapie. Dat alles is evenwel op verzoeker niet van toepassing. Evenmin als de passages die betrekking hebben op malaria, TBC, ondervoeding bij kinderen beneden de vijf jaar of het risico op cerebrale meningitis.

Wat betreft de kostprijs voor een hospitalisatie voor een cardiovasculaire aandoening, blijkt inderdaad volgens de informatie van verzoeker dat deze honderd maal het dagelijks minimumloon van de gemiddelde Ghanee kan bedragen. Maar zoals verzoeker terecht aanstipt, is er vooralsnog enkel van een eventuele opname sprake. Het SMG stelt dat verzoeker ook in België nooit werd gehospitaliseerd. Verder gaat verzoeker ook niet in op het motief van de arts-adviseur, dat hij geen attest van arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dus niet blijkt dat verzoeker geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in Ghana teneinde voor de kosten van de noodzakelijke hulp in te staan. Verzoeker komt verder opnieuw terug op het feit dat hij in Ghana geen recht heeft op kosteloze medische hulp en niet valt onder de vrijgestelde categorieën. Onder

de opgesomde categorieën leest de Raad echter onder meer “*indigents*”. Verzoeker verklaart niet waarom, indien hij zich werkelijk in een staat van behoeftigheid zou bevinden, hij niet onder deze categorie zou kunnen vallen. Hoe dan ook blijkt niet waarom verzoeker niet zou kunnen werken, teneinde diens jaarlijkse bijdrage te betalen aan de NHIS. Verzoeker maakt voor de Raad niet aannemelijk waarom hij zich niet zou kunnen aansluiten bij deze vorm van medische verzekering. De Raad stelt vast dat hij reeds in zijn arrest nr. 336 731 van 27 november 2025 tot een gelijkaardige conclusie kwam: “*door louter te stellen dat hij steeds in de agricultuur heeft gewerkt, geen andere beroepsbezigheid kent, medische problemen heeft waardoor veel beroepen zijn uitgesloten en verhuis naar Accra met financiële ondersteuning is uitgesloten, toont verzoeker nog steeds [niet aan] waarom het niet mogelijk zou zijn om voor hem, desnoods aangepast, werk te zoeken buiten de landbouw. (...) verzoeker brengt echter geen enkel medisch attest bij (...) die aantonen [sic] dat hij geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is.*”

Zoals de arts-adviseur ook verder heeft gemotiveerd, is het aannemelijk dat verzoeker nog familie, vrienden of kennissen heeft in het herkomstland, waarop hij eventueel zou kunnen terugvallen bij het verkrijgen van de noodzakelijk geachte zorgen. Verzoeker stelt dat de gemachtigde zich daarover niet heeft geïnformeerd, doch ook al blijkt uit het administratief dossier dat verzoeker inderdaad heeft verklaard dat zijn ouders zijn overleden, heeft hij ten overvloede thans zelf een stuk vorgelegd waaruit blijkt dat hij aan de arts L.F. heeft verklaard nog twee broers en twee zussen in Ghana te hebben. Ook blijkt eveneens ten overvloede uit verzoeker zijn verklaringen aan het CGVS in het kader van zijn internationaal beschermingsverzoek dat hij aan zijn broer in Ghana vroeg om stukken te laten opmaken om het asielrelaas te ondersteunen. Ook wat betreft de hulp van kennissen blijkt dat het CGVS motiveerde in de beslissing dat uit verklaringen van verzoeker van 14 maart 2023 ten overstaan van de stad Antwerpen, dienst Schijn- en Afgedwongen relaties, blijkt dat verzoeker aan kennissen die naar Ghana reizen vroeg om hem vanuit Ghana medicatie mee te brengen. De Raad volgt dan ook om meerdere redenen het betoog van verzoeker in het verzoekschrift niet dat hij ‘niemand’ in Ghana zou hebben die hem kan steunen.

De Raad concludeert dan ook dat eveneens, wat betreft de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling, geen onzorgvuldige, foutieve noch kennelijk onredelijke vaststellingen in hoofde van de arts-adviseur kunnen blijken.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, redelijkheidsbeginsel of de materiële motiveringsplicht in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet blijkt niet.

Ten slotte wijst de Raad erop dat wat betreft de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in zijn arrest nr. 41738/10 in de zaak Paposhvili t. België van 13 december 2016 in zijn § 183 het volgende heeft gesteld inzake verwijdering van vreemdelingen die lijden aan een ernstige ziekte: het gaat om “*situaties die de verwijdering inhouden van ernstig zieke vreemdelingen waar ernstige aanwijzingen voorliggen dat zij, ook al ligt geen imminent risico op overlijden voor, een reëel risico loopt in geval van afwezigheid van een gepaste behandeling in de ontvangende staat of het gebrek aan toegang tot een dergelijke behandeling, op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van zijn of haar gezondheidstoestand resulterend in een intens lijden of in een betekenisvolle vermindering van de levensverwachting (eigen vertaling)*”. De Raad ontkent niet dat uit de medische attesten en het standpunt van de arts-adviseur blijkt dat verzoeker aan een ernstige vorm van hoge bloeddruk lijdt en dat het stopzetten van de behandeling inderdaad kan aanleiding geven tot een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van zijn of haar gezondheidstoestand. Echter, er zijn thans geen ernstige aanwijzingen dat een terugkeer naar Ghana dit gevolg zou hebben, nu niet op onzorgvuldige, noch kennelijk onredelijke wijze werd vastgesteld dat de noodzakelijke behandeling voor verzoeker beschikbaar en toegankelijk is in Ghana.

Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt niet aangenomen.
Het middel is ongegrond.

4. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

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

A. MAES, wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

K. VERKIMPEN, griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

A. MAES