

Arrest

nr. 347 206 van 27 mei 2026
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat D. GEENS
Lange Lozanastraat 24
2018 ANTWERPEN

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 23 oktober 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 21 augustus 2025 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met 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 ongegrond wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gezien 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 23 maart 2026 waarbij het sluiten van de debatten wordt bepaald op 1 april 2026.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoeker diende op 14 maart 2024 een verzoek om internationale bescherming in.

Verzoeker dient op 3 juni 2024 een aanvraag tot verblijfsmachtiging in met 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 (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 9 december 2024 neemt de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (hierna: de CGVS) een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. Deze beslissing wordt bevestigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) in zijn arrest nr. 329 681 van 10 juli 2025.

Op 21 augustus 2025 wordt de verblijfsaanvraag van verzoeker door de gemachtigde van de minister van Asiel en Migratie ongegrond verklaard, aan verzoeker ter kennis gebracht op 24 september 2025. Dit is de bestreden beslissing, waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 03.06.2024 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*O., J. (R.R.: (...))
nationaliteit: Nigeria
geboren te Benin City op (...)
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, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 06.01.2025, deel ik u mee dat dit verzoek 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 O., J. 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, 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.”

Op 22 augustus 2025 neemt de gemachtigde een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten – verzoeker om internationale bescherming (bijlage 13quinquies). Verzoeker heeft tegen deze beslissing ook een beroep ingediend bij de Raad, gekend onder rolnummer 347 142.

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In een enig middel voert verzoeker de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van het zorgvuldigheidsbeginsel, het materiële motiveringsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel.

Ter adstruering van zijn middel, zet verzoeker het volgende uiteen:

“A. ALGEMEEN

*1. In de bestreden beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken van 3 juni 2024 wordt gesteld dat de aangehaalde medische situatie van de verzoekende partij niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter Vreemdelingenwet.
Artikel 9ter Vreemdelingenwet stelt 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.

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België. De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

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

De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.

De gemachtigde verwijst ter onderbouwing van dit besluit naar het gevoerde onderzoek door de arts-adviseur van 9 mei 2023.

B. DE AANVRAAG TOT MACHTIGING VAN VERBLIJF

2. Door de verzoekende partij werd op 3 juni 2024 een aanvraag ingediend op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

De verzoekende partij voegde een standaard medisch attest (onder stuk 2), opgesteld door Dr. B. V. P., toe bij dit schrijven. Dit standaard medisch attest werd opgesteld op 16 mei 2024 en voorzien van de duidelijke identificatiegegevens van verzoeker.

Naast het standaard medisch getuigschrift, voegde verzoeker nog volgende attesten toe:

- Medisch verslag van Dr. N. L. van 7 mei 2024 (onder stuk 3); - Medisch verslag van Dr. A. M. van 27 februari 2024 (onder stuk 4); - Medisch verslag van Dr. E. J. van 24 april 2018 (onder stuk 5).

De ernst van de aandoening van de heer O. blijkt uit de voorgebrachte medische attesten en bijhorende verslagen. Deze laten een grote kwetsbaarheid zien in hoofd van verzoeker. Verzoeker werd gediagnosticeerd met de ziekte van Graves (De ziekte van graves is een zogenoemde auto-immuunziekte, waarbij hyperthyreoïdie optreedt - bij hyperthyreoïdie maakt de schildklier te veel schildklierhormoon) en een discushernia. Daarnaast kampt verzoeker met de gevolgen van een CVA.

Op 18 april 2018 werd verzoeker gediagnosticeerd met een ischemisch CVA pons links, met rechter hemibeeld. Verzoeker kampt tevens met gonartrose aan de linkerkant. Verzoeker is echter nog te jong voor een volledige knieprothese.

De gevolgen van niet aangeboren hersenletsel door een herseninfarct, cva, hersenbloeding, ziekte of ongeluk op het leven van de getroffen zijn erg verschillend. Hoewel er overeenkomsten zijn, ervaart niet iedereen deze op dezelfde manier. Zo zijn de gevolgen van een cva links heel anders dan de gevolgen van een cva rechts. Dit maakt het signaleren ingewikkeld.

CVA is de afkorting van cerebro vasculair accident: een ongeluk (accident) in de bloedvaten (vasculair) van de hersenen (cerebro). Een CVA noemt men ook wel een beroerte. Een CVA kan ontstaan door een herseninfarct, waardoor er tijdelijk te weinig bloed wordt aangevoerd, of door een bloeding in de hersenen.

Na een CVA kun je uiteenlopende uitvalsverschijnselen en klachten krijgen. De aard, duur en uitgebreidheid van deze klachten is afhankelijk van het gebied in de hersenen waar het CVA plaatsvond en de grootte van het CVA.

Een CVA in de rechter hersenhelft geeft uitval aan de linkerkant van het lichaam en andersom. Daarnaast geeft een CVA in de rechter hersenhelft andere klachten dan in de linker hersenhelft, omdat sommige functies links of rechts in de hersenen zitten. Bij een CVA in de rechter hersenhelft kan voorkomen:

- verlamming van de linker lichaamshelft*
- uitval van het gezichtsveld aan de linkerkant van beide ogen;*
- onduidelijke spraak (afasie)*

- niet reageren op mensen of dingen aan de linkerkant van je lichaam of het verwaarlozen van de linkerkant (neglect)
- problemen met ruimtelijke waarneming
- moeite met waarnemen en denken. Hierdoor kunnen problemen ontstaan met begrijpen, zien, voelen, spreken, plannen maken, lezen, rekenen, puzzelen, emoties uiten en gedrag.

De kwetsbaarheid van verzoeker is blijvend van aard. Slechts middels een professionele ondersteuning en de uitbouw van een netwerk kan worden verwacht dat hij kan stabiliseren. Verzoeker dient te worden opgevolgd en de nodige medicatie te verkrijgen om zijn situatie in te hand te houden.

Verzoeker is in opvolging voor zijn fysieke problematiek. Hij neemt gespecialiseerde medicatie, zoals vermeld op het standaard medisch getuigschrift.

C. HET OORDEEL VAN DE ARTS-ADVISEUR OVER DE ZIEKTE VAN VERZOEKER

3. Door de arts-adviseur werd vervolgens een advies verstrekt op 21 augustus 2025, waarna het verzoek tot machtiging van verblijf op grond van artikel 9ter Vreemdelingenwet ontvankelijk, doch ongegrond wordt verklaard op 21 augustus 2025.

De bestreden beslissing is, luidens de bewoordingen ervan, volledig opgehangen aan het medisch advies van 21 augustus 2025.

Door de arts-adviseur worden de verschillende overgemaakte (medische) documenten opgesomd op pagina 1 van zijn advies. De arts-adviseur geeft hiermee een overzicht van de documenten dewelke hij ter beschikking heeft.

Het is vervolgens aan de arts-adviseur om deze te beoordelen, zoals verplichtend gesteld door artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet:

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 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.

De arts-adviseur dient bijgevolg volgende elementen te beoordelen:

- *of de vreemdeling lijdt aan een ziekte en dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling;*
- *wat de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft zijn;*
- *van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte;*
- *haar graad van ernst;*
- *en de noodzakelijk geachte behandeling.*

Al deze elementen dienen beoordeeld tot worden door de arts-adviseur. Dit volgt rechtstreeks uit artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet. De formele motiveringsverplichting geeft vervolgens aan de betrokken vreemdeling de garantie dat deze beoordeling kenbaar moet worden gemaakt in de genomen beslissing.

4. De verzoekende partij moet vaststellen dat de arts-adviseur de aandoening van verzoeker wel beschrijft in het opgestelde advies, maar dat door de arts-adviseur geen oordeel wordt gevormd over de graad van ernst van de ziekte van verzoeker.

Verzoeker kan hierdoor niet nagaan hoe ernstig de arts-adviseur de medische situatie inschat (de graad van ernst van de ziekte van verzoeker, zoals weerhouden door de arts-adviseur).

De beoordeling van de graad van ernst van de aandoening van verzoeker en de noodzakelijk geachte behandeling is te onderscheiden van de beoordeling van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte en de noodzakelijk geachte behandeling.

Artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet stelt: “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”; eigen accentuering). Het komt de arts-adviseur dan ook toe om deze, van elkaar te onderscheiden, elementen te beoordelen.

Al deze elementen dienen beoordeeld tot worden door de arts-adviseur. Dit volgt rechtstreeks uit artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid bovendien de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS nr. 154.954 van 14 februari 2006; RvS nr. 167.411 van 2 februari 2007; RvS nr. 43.735 van 25 mei 2010). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratieve overheid bij het nemen van de beslissing moet steunen op alle gegevens van het betreffende dossier en met alle daarin vervatte dienstige stukken (RvV. NR. 43.735 van 25 mei 2010; RvV nr. 28.599 van 11 juni 2009).

Hierdoor wordt artikel 9ter §1 van de Vreemdelingenwet geschonden, evenals het zorgvuldigheidsbeginsel.

D. HET OORDEEL VAN DE ARTS-ADVISEUR OVER DE BESCHIKBAARHEID EN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE NOODZAKELIJKE ZORGEN

5. Na het oordeel van de arts-adviseur over de ziekte van verzoeker, oordeelt de artsadviseur vervolgens dat de opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zou zijn in Albanië.

De ambtenaar-geneesheer is gehouden een individueel onderzoek te voeren naar zowel het bestaan van de zorgen in het land van herkomst (de beschikbaarheid) als de daadwerkelijke mogelijkheid voor de aanvrager om er in zijn individuele geval toegang toe te hebben (dit is de daadwerkelijke toegankelijkheid). Dit onderzoek van beide criteria dient geval per geval te gebeuren, rekening houdende met de individuele situatie van de aanvrager (RvV 19 november 2013, nr. 225.522).

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS nr. 154.954 van 14 februari 2006; RvS nr. 167.411 van 2 februari 2007; RvS nr. 43.735 van 25 mei 2010). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratieve overheid bij het nemen van de beslissing moet steunen op alle gegevens van het betreffende dossier en met alle daarin vervatte dienstige stukken (RvV. NR. 43.735 van 25 mei 2010; RvV nr. 28.599 van 11 juni 2009).

6. Door verzoeker werd in de aanvraag tot machtiging van verblijf op grond van artikel 9ter Vreemdelingenwet gewezen op zijn persoonlijke situatie en het gebrek aan zowel de beschikbaarheid als toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen in Nigeria.

In antwoord hierop wordt door de arts-adviseur slechts in algemene termen verwezen naar de gezondheidszorg in Nigeria. Er wordt onder meer verwezen naar de organisatie van de zorgverlening en verzekeringen.

Derhalve wordt door de arts-adviseur slechts verwezen naar de theoretische mogelijkheden (op papier) inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nigeria.

Er wordt eveneens niet nagegaan of verzoeker werkelijk toegang . Verzoeker behoort als 53-jarige man (zonder werk) immers niet tot de zogenaamde “kwetsbare groepen”, waardoor er geen tussenkomst is van overheidswege.

Verzoeker diende zijn land van herkomst bovendien meer dan tien jaar geleden te verlaten in augustus 2015. Het is dan ook ongefundeerd om te stellen dat het “niet onwaarschijnlijk” is dat verzoeker steun zou kunnen verkrijgen van “familie, vrienden of kennissen” in Nigeria om in zijn behoeften te voorzien. Dit is louter speculatief, zonder enige gefundeerde onderbouwing. Dat verzoeker voorheen in Nigeria heeft gewoond weegt temeer niet op tegen zijn langdurige afwezigheid gedurende meer dan tien jaar uit Nigeria.

De beoordeling van de arts-adviseur is hierom onzorgvuldig en in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, evenals het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.

7. Verzoeker wees in zijn aanvraag tot machtiging van verblijf naar de problemen die zich stellen in de praktijk, waaruit blijkt dat er een kloof is inzake de werkelijke toegankelijkheid en beschikbaarheid van de noodzakelijke zorgen voor verzoeker.

Het is deze kwetsbaarheid - of beter: het gebrek aan toegankelijkheid en beschikbaarheid van de noodzakelijke zorgen - die verzoeker belichtte in zijn aanvraag tot machtiging van verblijf.

Nigeria heeft daarnaast een tekort aan artsen. Hoewel Chris Ngige, een arts en minister van Arbeid van Nigeria, in een tv-interview op 24 april beweerde dat Nigeria "meer dan genoeg" artsen heeft, heeft het land in werkelijkheid slechts 3,8 artsen per 10.000 mensen - of 0,38 artsen per 1.000 mensen. Volgens de aanbevelingen van de Global Goals, een reeks doelstellingen die de Verenigde Naties in 2015 hebben vastgesteld, moeten landen streven naar minimaal 1 arts per 1.000 mensen. Dit zou betekenen dat Nigeria minstens 200.000 artsen nodig zou hebben om zijn 200 miljoen mensen voldoende te kunnen verzorgen.

Ten tweede kampt de gezondheidszorg in Nigeria met een ernstig gebrek aan financiële middelen. Ondanks een verklaring uit 2001 van Afrikaanse staatshoofden - bekend als de Verklaring van Abuja - om ten minste 15% van hun nationale begrotingen aan gezondheidszorg toe te wijzen, hebben opeenvolgende Nigeriaanse regeringen sindsdien consequent minder dan 10% van hun budget aan gezondheidszorg toegewezen. In 2019 was Nigeria verantwoordelijk voor 20% van alle moedersterfte wereldwijd en heeft het slechts ongeveer 24.000 ziekenhuizen. In 2018 worstelde het Nigeria Center for Disease Control (NCDC) met een overheidsbudget van minder dan \$ 4 miljoen. Ter vergelijking: het budget van de Amerikaanse CDC in hetzelfde jaar bedroeg \$ 11 miljard. De berekening komt op minder dan 0,02 cent per Nigeriaan per jaar, vergeleken met de \$ 33 per Amerikaan van de CDC.

Ten derde wordt het zorgpersoneel in Nigeria schromelijk onderbetaald. Sinds de pandemie van COVID-19 toesloeg, zijn Nigeriaanse gezondheidswerkers minstens twee keer in staking gegaan, met een nieuwe staking op 14 september. Sommige van de grieven die de artsen hebben, omvatten onduidelijke informatie over de risicovergoeding (50% van het basissalaris) die is aangekondigd door de Nigeriaanse minister van Volksgezondheid, Dr. Osagie Ehanire, om degenen die in gevaarlijke omstandigheden werken te ondersteunen; en het niet uitvoeren van een van de beloofde welzijnspakketten aan gezondheidswerkers. "Er werd gesteld dat gezondheidswerkers een extra vergoeding zouden krijgen: 50% van het basissalaris plus 20% extra voor eerstelijns werkers. Maar een specifiek bedrag werd niet in het nieuws vermeld door de minister van Volksgezondheid en er is niets uitgevoerd", stelt Segun Adediji, een apotheker in een openbaar ziekenhuis in Lagos, in juni aan Global Citizen. Bovendien emigreerden tussen 2018 en 2019 meer dan 1.000 Nigeriaanse artsen naar het Verenigd Koninkrijk op zoek naar een betere beloning voor hun vaardigheden – een probleem dat ook bijdraagt aan de lage verhouding tussen werkende artsen en de Nigeriaanse bevolking.

Ten vierde zijn meer dan 70% van de uitgaven voor gezondheidszorg in Nigeria door de betrokkenen zelf te betalen. Van de uitgaven voor gezondheidszorg in Nigeria is 77% Nigeria door de betrokkenen zelf te betalen, volgens de laatste gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 2017. Dit betekent dat de meeste Nigerianen geen enkele zorgverzekering hebben en de armste Nigerianen extreem beperkte toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg. Volgens een publicatie van januari 2020 van het Journal of Public Health: "Beleidsmakers en politieke actoren moeten een einde maken aan de grote afhankelijkheid van contante uitgaven voor gezondheidszorg als middel om het Nigeriaanse gezondheidssysteem te financieren door de openbare gezondheidsuitgaven te verhogen." Ondertussen waren er in 2018 slechts 52 Health Management Organizations (HMO's) vermeld op de website van de National Health Insurance Scheme (NHIS), wat wijst op een gebrek aan ziekteverzekeringsopties en dekking voor Nigerianen.

Tot slot is ook het verzamelen en bijhouden van gegevens erbarmelijk. Nigeria heeft geen uitgebreid sociaal register en bijna de hele Nigeriaanse gezondheidszorg vertrouwt nog steeds op analoge methoden voor het bijhouden van gegevens en het verzamelen van gegevens. De meeste gegevens die zijn verzameld over het Nigeriaanse gezondheidszorgsysteem worden gedaan door wereldwijde organisaties zoals UNICEF, internationale non-profitorganisaties en de WHO. Dit maakt alles moeilijker te volgen binnen het systeem. Er zijn vaak verschillen in aantallen die door de overheid en institutionele instanties worden gepubliceerd, en er is geen centrale of holistische database met Nigeria's gezondheidsindicatoren bekend. Patiëntgegevens gaan vaak verloren, verkeerde diagnoses komen vaak voor en veel registraties worden meestal herhaald. Er zijn ook geen uitgebreide registers van medische apparatuur en bloedbankgegevens zijn beperkt. Hoewel er startups zijn zoals Helium Health en LifeBank die technologie proberen te gebruiken om deze situatie te veranderen, gaat de acceptatie en schaal vrij langzaam.

Door de arts-adviseur werd hiermee evenwel geen rekening gehouden in de opgestelde advies, door dit af te doen als "algemene informatie". Verweerder is nochtans gehouden hiermee rekening te houden, aangezien ze rechtstreeks betrekking hebben op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Nigeria. Dit is, ten onrechte, niet gebeurd.

De beoordeling van de arts-adviseur is hierom onzorgvuldig en in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, evenals het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting."

2.2 De Raad is bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is bij de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij haar beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624; RvS 28 oktober 2002, nr. 111.954).

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 overheid is onder meer verplicht om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk te onderzoeken, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (cf. RvS 28 juni 2018, nr. 241.985).

De keuze die een bestuur in de uitoefening van een discretionaire bevoegdheid maakt, schendt slechts het redelijkheidsbeginsel wanneer men op zicht van de opgegeven motieven zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot het maken van die keuze is kunnen komen. Met andere woorden, om het redelijkheidsbeginsel geschonden te kunnen noemen, moet men voor een beslissing staan waarvan men ook na lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk genomen is.

De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht, het zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Artikel 9ter, §1, eerste lid van de Vreemdelingenwet, op grond waarvan de bestreden beslissing is genomen, bepaalt dat een machtiging tot verblijf 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."

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 verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen."

De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de arts-adviseur behoren en het de Raad niet toekomt de (medische) beoordeling van de arts-adviseur te betwisten (cf. RvS 15 januari 2014, nr. 10.218).

In casu wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond verklaard omdat de aangehaalde medische problemen niet kunnen weerhouden worden. Er wordt hierbij verwezen naar een medisch advies opgesteld door de arts-adviseur op 21 augustus 2025, dat luidt als volgt:

"Geachte Heer,

O., J.(R.N. (...))

Mannelijk

Nationaliteit: Nigeria

Geboren op (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 03.06.2024.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Medische Attesten :

1. *Standaard Medisch Getuigschrift – 16/05/2024 – Dr. B.V.P.*
2. *Consultatieverslag Pijnkliniek – 07/05/2024 – Dr. N. L.*
3. *Consultatieverslag Endocrinologie – 27/02/2024 – Dr. A. M.*
4. *Opnameverslag Inwendige ziekten – 24/04/2018 – Dr. H. E. J.*

Actuele Aandoening :

1. *CVA met rechter hemibeeld in 2018. Er zijn geen nieuwe attesten toegevoegd die dit probleem bespreken. Uit Vorige aanvragen (aanvraag van 05/10/2022) weten we dat er een goede recuperatie is met enkele discrete restletsels.*
2. *Ziekte van Graves*
3. *Rug klachten, mogelijks door discushernia. Volgens het verslag van de pijnkliniek kan deze infiltratie eventueel herhaald worden. Dit wordt niet tot in het oneindige gedaan, aangezien dit van mei 2024 is zullen infiltraties verder niet worden weerhouden. Opvolging door pijnkliniek wel.*
4. *Diabetes Mellitus type 2*
5. *Arteriële Hypertensie*
6. *Gonartrose – dit wordt nergens verder besproken. Dit lijkt geen actueel probleem met een actuele behandeling te zijn*

Actuele Behandeling :

1. *Opvolging endocrinologie*
2. *Opvolging pijnkliniek*
3. *Asaflow (acetylsalicylzuur) – Anti-aggregantia, bloedverdunner*
4. *Triplixiam (Perindopril + indapamide + Amlodipine) – ACE inhibitor + Diureticum + Calciumantagonist, behandeling hypertensie*
5. *Atorvastatine – Statine, verlaagt cholesterol*
6. *Metformine – Behandeling diabetes*
7. *Strumazol (Thiamazol) – Thyreostatica, behandeling ziekte van Graves*
8. *L-Thyroxine (levothyroxine) – substitutietherapie schildklierhormoon*

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 08.05.2025 met het unieke referentienummer 19265*
 - *Aanvraag MedCOI van 25.07.2023 met het unieke referentienummer 17083*
 - *Aanvraag MedCOI van 08.07.2025 met het unieke referentienummer 19491*
 - *Aanvraag MedCOI van 06.06.2024 met het unieke referentienummer 18215*
 - *Aanvraag MedCOI van 29.07.2025 met het unieke referentienummer 19578*
 - *Aanvraag MedCOI van 16.05.2025 met het unieke referentienummer 19324*
 - *Aanvraag MedCOI van 23.04.2025 met het unieke referentienummer 19224*
 - *Aanvraag MedCOI van 22.07.2025 met het unieke referentienummer 19576*

1. *Opvolging endocrinologie*

[...]

2. *Opvolging pijnkliniek*

[...]

3. Acetylsalicylzuur

[...]

4. Perindopril + indapamide + amlodipine

[...]

5. Atorvastatine

[...]

6. Metformine

[...]

7. Thiamazol

[...]

8. Levothyroxine

[...]

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 zijn land van herkomst of het land waar hij 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 Programma (FSSHIP), de Voluntary Contributors Social Health Insurance Programmes (VCSHIP) en het National Mobil 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 hij eventueel (tijdelijk) zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen. Zo verblijven de volwassen kinderen van betrokkene nog in het land van herkomst.

Betrokkene verbleef overigens ruim meer dan 40 jaar in Nigeria en zijn verblijf in België, zijn integratie en opgebouwde banden kunnen bijgevolg geenszins vergeleken worden met zijn relaties in het land van herkomst. Temeer daar het feit dat een vreemdeling langdurig in het buitenland verblijft niet impliceert dat dient te worden aangenomen dat de bestaande familiebanden of vriendschapsbanden die gedurende een jarenlang verblijf in het land van herkomst werden opgebouwd, zijn teniet gegaan zijn (RVV arrest 221362 van 05.06.2020).

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 zijn 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 specifieke 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, Müslim/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 man van 53 jaar uit Nigeria met onder andere de ziekte van Graves en diabetes mellitus. Hij 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 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."

Verzoeker diende op 3 juni 2024 een medische verblijfsaanvraag in met toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet waarin hij uiteenzette dat hij lijdt aan de ziekte van Graves; dat hij een discushernia heeft en nog steeds de gevolgen draagt van een CVA. Verzoeker bracht een standaard medisch getuigschrift (hierna: SMG) van 16 mei 2024 bij waarin de behandelend arts van verzoeker de volgende diagnose stelt:

*"- CVA met rechter hemibeeld
- Ziekte van Graves
- Discushernia L4-L5 met compressive zenuwwortel L4 links"*

Zoals blijkt uit artikel 9ter, §1, vierde lid van de Vreemdelingenwet moet de verblijfsaanvraag inderdaad vergezeld gaan van een SMG dat *"de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling"* vermeldt. Ingevolge het vijfde lid van voormeld artikel beoordeelt de arts-adviseur *"de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling"*.

Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet blijkt voorts dat een verblijfsmachtiging om medische redenen enkel kan worden toegestaan indien de aanvrager bewijst dat zijn leven of fysieke integriteit in gevaar is of indien hij in een onmenselijke of vernederende situatie dreigt terecht te komen omdat er in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft geen adequate behandeling bestaat voor zijn gezondheidsprobleem. Het komt enkel aan een door verweerder aangestelde arts toe om het al dan niet bestaan van dit reëel risico te beoordelen.

Concreet houdt artikel 9ter van de Vreemdelingenwet 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).

Uit de inhoud van het advies van de arts-adviseur van 21 augustus 2025 blijkt dat beide toepassingsgevallen in rekening werden genomen. Het advies van de arts-adviseur valt immers uiteen in twee delen. In het advies wordt eerst opgesomd met welke medische problematiek verzoeker kampt en welke medische zorgen noodzakelijk zijn. De arts-adviseur erkent de medische aandoeningen die door de behandelende arts van verzoeker worden geattesteerd in het SMG van 16 mei 2024, met name de ziekte van Graves; de gevolgen van een CVA met rechter hemibeeld en de rugklachten, mogelijk veroorzaakt door een discushernia. Daarnaast weerhoudt de arts-adviseur eveneens diabetes mellitus type 2 en arteriële hypertensie. Na de bespreking van de medische aandoeningen van verzoeker, concludeert de arts-adviseur dat hij kan reizen. Aldus wordt er eerst geantwoord op het eerste toepassingsgeval van artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet. Er is immers nagegaan of verzoeker actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, met name of het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit imminent is en verzoeker daardoor niet in staat is om te reizen, quod non in casu.

Pas na deze vaststelling gaat de arts-adviseur over tot een onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen in Nigeria, waarna wordt geconcludeerd dat *"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”.

Uit het advies van de arts-adviseur blijkt aldus duidelijk – in tegenstelling tot wat verzoeker voorhoudt – dat deze wel degelijk een oordeel heeft gevormd omtrent de graad van ernst van de ziekte. Zo blijkt dat de arts-adviseur van oordeel is dat de medische aandoening van verzoeker niet dermate ernstig is dat deze hem verhindert te reizen maar dat het wel voldoende ernstig is in die zin dat er een noodzaak is tot adequate behandeling, waarvan de arts-adviseur heeft vastgesteld dat deze behandeling ook beschikbaar en toegankelijk is in Nigeria.

Verzoeker is het voorts oneens met de vaststelling dat de door hem benodigde medische zorgen ook beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria.

De Raad wijst er vooreerst op dat uit de objectieve informatie gehanteerd door de arts-adviseur blijkt dat in Nigeria opvolging door een endocrinoloog en opvolging in een pijnkliniek beschikbaar zijn, alsook de medicijnen acetylsalicylzuur; perindopril; indapamide; amlodipine; atorvastatine; metformine; thiamazol en levothyroxine beschikbaar zijn. Met zijn verwijzing naar algemene informatie waar gesteld wordt dat er weinig artsen per inwoners zijn in Nigeria toont verzoeker geenszins aan dat hij in Nigeria niet zou kunnen beschikken over een arts met de door hem benodigde specialisatie, zijnde een endocrinoloog, of dat er geen pijnkliniek voorhanden zou zijn. De Raad benadrukt dat de arts-adviseur zich gebaseerd heeft op objectieve informatie, meer specifiek op de aanvragen uit de MedCOI-databank met referentienummers 19265; 17083; 19491; 18215; 19578; 19324; 19224 en 19576 die dateren uit de periode juli 2023 – juli 2025. Uit de MedCOI-databank komt uitdrukkelijk naar voren dat de opvolging door een endocrinoloog en een opvolging in een pijnkliniek alsook de nodige medicatie in Nigeria beschikbaar is. Uit deze bronnen blijkt geenszins een tekort aan endocrinologen of anesthesisten in Nigeria. Ook de algemene informatie waaruit moet blijken dat de gezondheidszorg in Nigeria ondergefinancierd is, dat er zich stakingen voordoen onder gezondheidswerkers en dat sommige Nigeriaanse artsen emigreerden naar het Verenigd Koninkrijk omwille van een betere verloning, en dat het bijhouden van (patiënten)gegevens vaak ondermaats is, laat evenmin toe afbreuk te doen aan de vaststelling dat verzoeker in Nigeria kan beschikken over een arts met de vereiste specialisatie alsook de nodige medicatie. Daarenboven wijst de Raad er nog op dat, wat betreft het gegeven dat verkeerde diagnoses vaak voorkomen in Nigeria, verzoeker kennis heeft van zijn specifieke diagnose en noodzakelijke medische behandeling zodat niet blijkt dat, eens terug in Nigeria, er ten aanzien van verzoeker een verkeerde diagnose zou gesteld worden.

De Raad benadrukt voorts dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verzoeker aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, een medische zorgverstrekking of opvolging kan genieten die van een zelfde kwalitatief niveau is als deze in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan worden opgestart, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de arts-adviseur vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. De arts-adviseur heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat verzoeker kan reizen en in Nigeria kan beschikken over de nodige medicatie en opvolging door een arts met de vereiste specialisatie. Hij heeft dan ook de in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen. Het loutere gegeven dat er opmerkingen kunnen worden geplaatst bij de kwaliteit van de zorgverlening alsook het aantal zorgverleners in Nigeria toont geenszins aan dat de zorg aldaar dermate ondermaats is dat niet meer kan worden gesproken van een adequate behandeling.

Wat betreft de (financiële) toegankelijkheid van de medische zorgen in Nigeria heeft de arts-adviseur er onder meer op gewezen dat in 2005 de National Health Insurance Scheme (NHIS) werd gelanceerd dat zowel voor de publieke als privésector als voor meer kwetsbare bevolkingsgroepen bestaat. In de formele sector zijn er drie programma's:

- Formal Sector Health Insurance Programme (FSSHIP), gefinancierd via bijdragen van werknemers en werkgevers en waarbij een heel pakket van gezondheidszorgen wordt terugbetaald aan diegenen die bijdragen en hun gezin;
- Voluntary Contributors Social Health Insurance Programmes (VCSHIP), gefinancierd via bijdragen van individuen die vrijwillig bijdragen of hun werkgevers en dient voor diegenen die niet gedekt worden door andere programma's van de NHIS en dekt alleen het aangesloten lid dat de bijdrage betaalt;
- National Mobil Health Insurance Programme, staat open voor alle meerderjarige Nigeriaanse burgers die over een geregistreerde mobiele telefoonlijn beschikken.

In de informele sector zijn er ook drie programma's:

- Tertiary Institutions Social Health Insurance Programme (TISHIP), voor studenten;

-Community Based Social Health Insurance Programmes (CBSHIP), non-profit programma dat openstaat voor iedereen die tot de deelnemende gemeenschappen of beroepsmatige groepen behoort;
-Public Private Partnership Social Health Insurance Programmes, wordt de komende jaren verder uitgebouwd.

Tenslotte voorziet de NHIS ook een programma voor meer kwetsbare groepen binnen de samenleving, met name personen die in principe niet kunnen deelnemen aan economische activiteiten. Zij hoeven geen bijdragen te betalen.

De arts-adviseur concludeert dat verzoeker gewag maakt van een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen maar beperkt zich tot algemene informatie, zonder elementen aan te reiken die betrekking hebben op de specifieke, individuele situatie van verzoeker. De arts-adviseur stelt dat uit dergelijke algemene informatie niet kan worden afgeleid dat verzoeker geen toegang zal hebben tot de noodzakelijk geachte medische zorgen. Hij wijst er tevens op dat er geen attest van arbeidsongeschiktheid voorligt. Er mag dus vanuit worden gegaan dat verzoeker – mits aangepast werk – toegang zal hebben tot de arbeidsmarkt in Nigeria. Tevens wijst de arts-adviseur erop dat verzoeker zich ook kan wenden tot IOM in het kader van re-integratiebijstand. Tenslotte argumenteert de arts-adviseur dat het niet onwaarschijnlijk is dat verzoeker nog familie, vrienden of kennissen heeft in Nigeria waarop hij eventueel tijdelijk zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen. De volwassen kinderen van verzoeker verblijven immers nog in Nigeria, het land waar verzoeker zelf ruim meer dan 40 jaar heeft gewoond.

Bijgevolg blijkt dat de arts-adviseur gewezen heeft op verschillende opties die de financiële toegankelijkheid waarborgen. Verzoeker laat na op concrete wijze te betwisten dat hij beroep kan doen op één van de programma's van het NHIS, en/of op zijn familie en/of op IOM. Met zijn algemene verwijzing dat meer dan 70% van de uitgaven voor de gezondheidszorg voorzien wordt door de patiënten zelf, toont verzoeker niet aan dat door één of een combinatie van voormelde opties hij desalniettemin geen toegang zal hebben tot de door hem benodigde medische zorgen. Waar verzoeker bekritiseert dat het motief van het medisch advies dat hij zou kunnen terugvallen op steun van familie, vrienden en kennissen in Nigeria louter speculatief is en niet wordt onderbouwd, moet erop worden gewezen dat de arts-adviseur op goede gronden heeft vastgesteld dat de volwassen kinderen van verzoeker nog steeds in Nigeria wonen. Verzoeker toont met geen enkel concreet element aan dat hij zich niet – minstens tijdelijk – tot zijn kinderen zou kunnen wenden om de noodzakelijk geachte medische zorgen te kunnen bekomen.

Gelet op het voorgaande slaagt verzoeker er niet in afbreuk te doen aan de vaststelling van de arts-adviseur de door hem aangehaalde algemene informatie zoals aangehaald in zijn verblijfsaanvraag, niet aantoont dat de specifieke medische hulp die hij behoeft niet beschikbaar of toegankelijk zou zijn in Nigeria. Verzoeker maakt niet aannemelijk dat de arts-adviseur enig door hem aangebracht element dat een andere beoordeling zou toelaten, veronachtzaamd heeft.

Het enig middel is dan ook ongegrond.

3. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zevenentwintig mei tweeduizend zesentwintig door:

N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

N. MOONEN