

Arrest

nr. 352 091 van 31 augustus 2026
in de zaak RvV X / II

Inzake: 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 24 maart 2026 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 10 februari 2026 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt.

Gezien titel I bis, hoofdstuk 2, afdeling IV, onderafdeling 2, oud, 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 28 april 2026, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 mei 2026.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. MAES.

Gehoord de opmerkingen van advocaat G. VALDRIN, die loco advocaat R. GREENLAND verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat S. VAN ROMPAEY, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 4 december 2026 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 10 februari 2026 verschaftte de ambtenaar-geneesheer het volgende medisch advies:

“(…) (R.N. …)

Mannelijk

Nationaliteit: Ghana

Geboren op (...)1983

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 04.12.2024.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u mededelen:

Medische Attesten :

- 1. Standaard Medisch Getuigschrift – 01/11/2024 – Dr. (...)*
- 2. Medisch getuigenschrift – 01/11/2024 – Dr. (...)*
- 3. Consultatieverslag cardiologie – 28/11/2023 – Dr. (...)*
- 4. Laboresultaat – 07/01/2025*
- 5. Laboresultaat – 16/01/2025*

Actuele Aandoeningen:

- 1. Cardiomyopathie met hartfalen – aandoening van de hartspier*
- 2. Hypertensie – hoge bloeddruk*
- 3. Stress- en angstklachten*
- 4. Diabetes mellitus - suikerziekte*

Actuele Behandeling:

- 1. Bisoprolol – bètablokker, behandeling hartfalen en hoge bloeddruk*
- 2. Amlodipine – calciumkanaalblokker, behandeling hoge bloeddruk*
- 3. Dapagliflozine – SGLT2-inhibitor, behandeling diabetes*
- 4. Spironolactone – kaliumsparend diureticum, behandeling hartfalen*
- 5. Sacubitril + valsartan – neprilysine inhibitor + angiotensine II-receptorantagonist , behandeling hartfalen*

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. Bisoprolol (...)
Availability Available
(...)

2. Amlodipine (...)
Availability Available
(...)

3. Dapagliflozine (...)
Availability Available
(...)

4. Spironolactone (...)
Availability Available
(...)

5. Sacubitril + valsartan (...)
Availability Available
(...)

Vermits deze medcoi bron al enkele jaren oud is, werd er ook naar meer recentere informatie gezocht over de beschikbaarheid. Onderstaande website toont aan dat deze momenteel nog steeds beschikbaar is.
(...)

<https://alphadeltapharmacy.com/product-category/heartfailuretreatmentarni/>

6. *Opvolging cardioloog (...)*

Availability Available

(...)

7. *Opvolging endocrinoloog (...)*

Availability Available

(...)

8. *Opvolging huisarts (...)*

Availability Available

(...)

9. *Opvolging psycholoog (...)*

Availability Available

(...)

10. *Opvolging psychiater (...)*

Availability Available

(...)

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

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de 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.

Het Ministerie voor Gezondheid speelt een centrale rol in de organisatie van de gezondheidszorg in Ghana. Zo superviseert het Ministerie een 23tal 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 is bij de NHIS.

Het hoofddoel van de NHIS is het bekomen van een gezonde Ghanese bevolking en te komen tot een universele dekking van de ziektekosten via de ziekteverzekering. Om te kunnen genieten van de ziekteverzekering moet men zich registreren via een lidmaatschap. Normaal wordt er een jaarlijkse bijdrage gevraagd van 30 Ghanese cedi, maar het lidmaatschap staat ook open voor kwetsbare mensen die dit niet kunnen betalen. Zo behoren er ruim 1,4 miljoen Ghanezen tot een groep die in aanmerking komt voor een gratis NHIS kaart.

Het is overigens niet onwaarschijnlijk dat betrokkene in Ghana nog familie, vrienden of kennissen heeft waarop hij eventueel zou kunnen terugvallen bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen. Betrokkene verbleef immers meer dan 33 jaar in Ghana 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).

Betrokkene legt geen attest van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer, voor. Er zijn geen elementen waaruit blijkt dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst. In die hoedanigheid kan betrokkene dan ook zelf bijdragen tot de eventuele kosten die gepaard zouden gaan bij het bekomen van de noodzakelijk geachte zorgen.

Het feit dat een behandeling moeilijk toegankelijk zou zijn omwille van logistieke, praktische of geografische redenen is op zich geen doorslaggevend element (arrest 46553/99 van 15 februari 2000 van het EHRM, de zaak SCC vs Zweden of arrest 17868/03 van 22 juni 2004 van het EHRM, de zaak Ndangoya vs Zweden).

De advocaat verwijst naar enkele bronnen om een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen aan te tonen. Er is echter geen enkele indicatie dat de aangehaalde, algemene informatie, die geen enkele persoonlijke link bevat met betrokkene, ook van toepassing zou zijn op de specifieke, individuele situatie van betrokkene.

Wij stellen ook: "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 daarom 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 doorverwezen naar de nodige diensten en instellingen, zoals de GHS en NHIS.¹⁰ De IOM beschikt ook over een re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomens-generende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

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"

Op 10 februari 2026 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 04.12.2024 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

(...) (R.R.: ...)

nationaliteit: Ghana

geboren te K. op (...)1983

adres: (...) ANTWERPEN

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 31.03.2025, 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 (...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 10.02.2026 (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.

Gezien de asielprocedure nog lopende is of er nog geen bijlage 13qq afgeleverd werd na het afsluiten van de asielprocedure, verzoek ik u het attest van immatriculatie dat werd afgegeven verder te verlengen tot nadere berichtgeving over de asielprocedure. Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkene terug in het Wachtregister in te schrijven."

2. Over de rechtspleging

Ingevolge artikel 5.12. §3 van de wet van 17 juni 2026 betreffende de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen verloopt de onderhavige procedure overeenkomstig de bepalingen die van toepassing waren vóór de inwerkingtreding van deze wet.

3. Onderzoek van het beroep

Verzoeker voert onder meer de schending aan van het zorgvuldigheidsbeginsel en artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Hij licht het middel onder meer toe als volgt:

(...)

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 verschillende levensdreigend problemen en heeft een nood aan een combinatie van medicatie, behandeling en onderzoek. 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 noch betaalbare medicaties.

3. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht(...).

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 (...).

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

Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet vloeit 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 en behandeld moet worden. Een plotse onderbreking van het genot van deze Belgische faciliteiten ernstige gevolgen zou genereren voor verzoeker.

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 among patients.....

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 follow-up. 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 Hinnah 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 en specialisten.

Er zijn onvoldoende specialisten: verzoeker dient onderzocht te worden door een cardioloog. De arts, Dr. (...) meent dat er sprake is van chronische hartfalen die levensdreigend zijn. Hij is van overtuigd dat hij onmiddellijk nood heeft aan behandeling door een cardioloog.

Dit gaat onmogelijk zijn.

6. (...)

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. Hij moest voor zijn hartproblemen de volgende medicatie innemen: bisoprolol fumeraat 5mg, amlodipine 5mg, dapagliflozine 10mg, spironolacton 25mg, sacubitril 97mg. Zijn volgende afspraak was op 18.10.2024 doch omwille van zijn detentie was hij niet in de mogelijkheid om naartoe te gaan. Zij medicatie werd geüpdatet conform de informatie op het medische getuigschrift.

Verweerster verwijst naar de beschikbaarheid van de medicatie in Ghana doch dit is niet realistisch noch up to date:

Sacubatril kan toegankelijk zijn maar één tablet kost meer dan de minimum loon voor twee dagen werk in Ghana. Dit is bijzonder duur en niet realistisch een optie voor verzoeker.

Als men alle medicatie optelt zit men rond de prijs van de minimumloon voor een week.

Men kan niet verwachten dat iemand anders deze kosten voor dhr. Mensah zouden kunnen betalen, het is te duur en er is niemand die in staat is om dit te doen. Het is onredelijk en onzorgvuldig om te beweren dat ‘iemand’ het zou kunnen doen, zonder weet te hebben van zo een persoon.

Als men de opzoeken doet bij de websites door verweerster gekozen, ziet men dat veel van de medicaties ‘out of stock’ zijn, niet beschikbaar dus.

Men weet dat overlijden een gevolg is van de stopzetting van zijn behandeling.

Het is imperatief dat hij zijn medicatie inneemt en onmiddellijk behandeling is noodzakelijk. Hij heeft een nood aan permanente controle voor zijn hartfalen.

8. (...)

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.

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 (...).” (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 lower-middle-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)

Deze informatie is meer recent dan de bronnen van verweerster die dateren van 2020 en zijn ook heel selectief. (...)

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>)

Een opname zou nodig kunnen zijn. Dit zou, volgens het advies van de arts-adviseur, 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.

Verweerster schrijft slechts in hypothesen.

10. (...)

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. (...)

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 en onzorgvuldig besluit genomen.

De vordering van verzoeker tot schorsing en annulatie van de beslissing dient dan gegrond verklaard te worden."

Beoordeling

Aangaande de opgeworpen schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, wijst de Raad erop dat voornoemd beginsel de overheid de verplichting oplegt haar beslissing op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411, RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Het zorgvuldigheidsbeginsel wordt beoordeeld in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Deze bepaling luidt als volgt:

"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 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."

Uit het neergelegde standaard medisch getuigschrift (hierna: het SMG) van 10 februari 2026 blijkt dat verzoeker lijdt aan cardiomyopathie met hartfalen, hoge bloeddruk, stress- en angstklachten en suikerziekte. De ambtenaar-geneesheer heeft deze aandoeningen ook weerhouden. Verder leest de Raad in het SMG als antwoord op de vraag welke de gevolgen en complicaties zouden zijn van een eventuele beëindiging van de behandeling "décompensation en insuffisance cardiaque globale + décès", of ("decompensatie tot algemene hartinsufficiëntie + overlijden" (eigen vertaling)). Wat betreft de vraag aangaande de specifieke behoeften inzake medische opvolging, leest de Raad "contrôle permanent du bon fonctionnement cardio-vasculaire par le cardiologue et adaptation appropriée des médicaments en fonction de l'évolution de la maladie" (of

“voortdurende controle van de hart- en bloedvatenfunctie door de cardioloog en een passende aanpassing van de medicatie op basis van het ziekteverloop”) (eigen vertaling).

Uit het voorgaande blijkt dat de behandelende arts het overlijden van verzoeker mogelijk acht als de behandeling zou worden stopgezet. Verder acht hij een voortdurende controle van de hart- en bloedvatenfunctie door een cardioloog noodzakelijk. Dit wordt niet tegengesproken door de ambtenaar-geneesheer in het advies. Hij komt evenwel tot de conclusie dat verzoeker niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling in geval van terugkeer, aangezien de adequate behandeling daar beschikbaar en toegankelijk is.

In diens aanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet had verzoeker, conform de vereiste dat hij alle nuttige en recente inlichtingen over moet maken aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in Ghana, op verschillende bronnen gewezen in het licht van onder meer de toegankelijkheid van de vereiste zorg in Ghana. Zo verwees hij onder meer naar het artikel van *‘the Ghana heart initiative – a health system strengthening approach as index intervention model to solving Ghana’s cardiovascular disease burden’*, uit Front Public Health van april 2024’. Hierin wordt onder meer aangekaart dat studies in Ghana een stijging hebben aangetoond in de prevalentie van hoge bloeddruk in epidemische proporties en de grote impact op en de aanzienlijke invloed ervan op de morbiditeit en mortaliteit door beroertes in de afgelopen vier decennia. Bovendien volgt tot wel 70% van de personen bij wie hypertensie is vastgesteld geen behandeling en is bij slechts 13% van de mensen met hypertensie de bloeddruk adequaat onder controle. (...) Het artikel vervolgt dat de last van hart- en vaatziekten in Ghana groot blijft en dat er slechts beperkte, nationaal gecoördineerde inspanningen geleverd zijn om de resultaten van de zorg voor hart- en vaatziekten in Ghana te verbeteren. Wat de zorg voor hart- en vaatziekten in Ghana betreft, vertonen alle zes bouwstenen van het WHO-gezondheidszorgsysteem tekortkomingen.

De Raad stelt vast dat wat betreft de beschikbaarheid van de volgens de ambtenaar-geneesheer en behandelende arts nodige medicatie, de ambtenaar-geneesheer zich gesteund heeft op recente bronnen, meer bepaald van 2025. Hij heeft zich ook, wat betreft het medicijn sacubitril + valsartan, nadat hij heeft vastgesteld dat de MedCOI-bron van 2023 was, de moeite getroost om een bijkomende bron te consulteren. Hij motiveert in het advies dan ook *“vermits deze medcoi bron al enkele jaren oud is, werd er ook naar meer recentere informatie gezocht over de beschikbaarheid. Onderstaande website toont aan dat deze momenteel nog steeds beschikbaar is (...).”*

Wat betreft de toegankelijkheid daarentegen, blijkt dat de ambtenaar-geneesheer zich in zijn advies van 10 februari 2026 enkel heeft gesteund op een bron van 2020, nl. de Fact Finding Mission Report Ghana. Nochtans had verzoeker in zijn aanvraag uitgebreid geciteerd uit een veel recentere en eveneens betrouwbare bron van april 2024, die kritisch is aangaande de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling, waarin onder meer wordt gesteld dat 70% van de personen bij wie hypertensie is vastgesteld geen behandeling krijgt en bij slechts 13% van de mensen met hypertensie de bloeddruk adequaat onder controle is. Verzoeker kan in zijn betoog dan ook gevolgd worden waar hij stelt dat die informatie recenter is dan de bron van de arts-adviseur, die dateert van 2020.

Aangaande dit gegeven in de aanvraag leest de Raad in het advies van de ambtenaar-geneesheer enkel: *“De advocaat verwijst naar enkele bronnen om een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen aan te tonen. Er is echter geen enkele indicatie dat de aangehaalde, algemene informatie, die geen enkele persoonlijke link bevat met betrokkene, ook van toepassing zou zijn op de specifiek, individuele situatie van betrokkene. Wij stellen ook: “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).”*

De Raad moet evenwel vaststellen dat het betoog van verzoeker steunt op recentere informatie en specifiek ingaat op toegang tot een behandeling voor mensen die lijden aan hypertensie, en specifiek ingaat op de controle van de bloeddruk van mensen met die specifieke aandoening. Dit terwijl de motivering van de ambtenaar-geneesheer wat betreft de toegankelijkheid van de zorgen en opvolging weliswaar uitgebreid is, doch zeer algemeen ingaat op onder meer het Ministerie voor Gezondheid, de rol van het Ghana Health Service, het National Health Insurance Scheme, the Christian Health Association Ghana, het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire zorg, de rol van de private gezondheidszorg, etc. Deze informatie is relevant maar er wordt niet gemotiveerd over de pertinente vraag hoe het staat met de toegang in Ghana tot zorg die betrekking heeft op cardiovasculaire aandoeningen, dit terwijl verzoeker daaromtrent in de aanvraag wel informatie had voorgelegd.

De Raad kan dan ook niet vaststellen dat de ambtenaar-geneesheer op zorgvuldige wijze heeft rekening gehouden met deze informatie uit een recentere betrouwbare bron die door verzoeker in de aanvraag werd aangehaald. Er kan in casu ook niet redelijkerwijs gevolgd worden dat die informatie van verzoeker te algemeen zou zijn en geen enkele persoonlijke link zou bevatten met verzoeker zelf, nu deze informatie specifiek ingaat op mensen met een gelijkaardige aandoening als verzoeker. In elk geval blijkt dat de bron die verzoeker heeft geciteerd in de aanvraag, en thans opnieuw in het verzoekschrift, minder algemeen is dan de motieven in het advies aangaande de toegankelijkheid van de ambtenaar-geneesheer zelf. Waar de ambtenaar-geneesheer ook nog verwijst naar rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in het licht van artikel 3 van het EVRM, is het weinig relevant in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Het is ondertussen vaste rechtspraak van de Raad van State dat de bescherming geboden onder artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ruimer is dan de bescherming geboden onder artikel 3 van het EVRM (o.a. RvS 19 juni 2013, nr. 223.961; RvS 28 november 2013, nr. 225.633; RvS 5 november 2014, nr. 229.072). De Raad volgt uiteraard wel de ambtenaar-geneesheer waar hij motiveert dat het er niet om gaat zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van het systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat, omdat die vergelijking tot gevolg zou 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 is inderdaad niet in overeenstemming met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in het land van herkomst of het land waar de betrokken vreemdeling verblijft toegankelijk is voor de aanvrager. Echter nu niet kan blijken dat de ambtenaar-geneesheer zorgvuldig heeft rekening gehouden met de geciteerde recentere bron in de aanvraag van verzoeker aangaande de toegang tot bijvoorbeeld adequate controle van de bloeddruk, gegeven waarvan de ambtenaar-geneesheer niet betwist dat het noodzakelijk is voor verzoeker, is het zorgvuldigheidsbeginsel geschonden.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet wordt aangenomen. Nu de bestreden beslissing uitdrukkelijk steunt op het advies van de ambtenaar-geneesheer, is die beslissing eveneens met een onzorgvuldigheid behept.

In de nota met opmerkingen gaat verweerder enkel in op de vastgestelde beschikbaarheid van de nodige zorg in Ghana middels de Medcoi-databank waarbij die uittreksels inderdaad dateren van 2025, in die zin dat kon worden vastgesteld dat de arts-adviseur zelfs de zorgvuldigheid heeft gehad om wat betreft het ene uittreksel van 2023, nog recentere informatie op te zoeken en weer te geven. Echter die redenering gaat niet op wat betreft het onderzoek naar de toegankelijkheid, waarbij de gemachtigde enkel steunde op een bron uit 2020 en de website van IOM. Verweerder stelt aangaande het zorgvuldigheidsbeginsel dat alle elementen die ter kennis waren van de overheid ook daadwerkelijk beoordeeld werden. De Raad kan echter niet volgen dat wat betreft de toegankelijkheid tot de nodige zorgen, de ambtenaar-geneesheer op zorgvuldige wijze de inhoud van de in de aanvraag aangehaalde bron van recentere datum daadwerkelijk heeft beoordeeld. De bron en het citaat in de aanvraag was verschillende jaren recenter en specifiek pertinent voor de aandoening van verzoeker, terwijl de motivering aangaande de toegankelijkheid in het advies juist beperkt is tot een algemene analyse uit 2020.

Het verweer in de nota met opmerkingen doet geen afbreuk aan het voorgaande.

Het middel is in de aangegeven mate gegrond.

4. Korte debatten

Verzoeker heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp. 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:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de Minister van Asiel en Migratie van 10 februari 2026 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op eenendertig augustus tweeduizend zesentwintig door:

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

R. VAN DAMME, griffier.

De griffier, De voorzitter,

R. VAN DAMME

A. MAES