Raad voor Vreemdelingenbetwistingen

Arrest

nr. 353 383 van 22 september 2026
in de zaak RvV X / II

In zake: **X**

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

tegen:

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

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Zimbabwaanse nationaliteit te zijn, op 27 april 2026 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de minister van Asiel en Migratie van 19 maart 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 ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

Er is toepassing gemaakt van de bepalingen over het taalgebruik, vervat in boek 3 van de wet betreffende de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: “RvV-wet”).

Gezien de beschikking tot de vaststelling van de kosten van 28 april 2026 met refertenummer 138318.

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 2.44 van de RvV-wet.

Gelet op de beschikking van 20 augustus 2026 waarbij het sluiten van de debatten wordt bepaald op 31 augustus 2026.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De verzoekende partij, met Zimbabwaanse nationaliteit, betreedt het Belgische grondgebied op 5 september 2024 in bezit van haar nationaal paspoort en een Spaans C – visum geldig vanaf 23 augustus 2024 tot 21 september 2024.

Op 9 september 2024 meldt zij zich aan bij de gemeente Dinant en wordt in bezit gesteld van een bijlage 3 geldig tot 20 september 2024.

Op 24 september 2024 dient de verzoekende partij een aanvraag tot verlenging in voor medische redenen.
Op 8 oktober 2024 beslist de verwerende partij het dossier te onderzoeken en geeft instructies aan de burgmeester van Dinant om een medische vragenlijst te laten betekenen aan de verzoekende partij, wat gedaan wordt op 10 oktober 2024.

Op 17 oktober 2024 verstrekt de verzoekende partij de gevraagde medische gegevens.

Op 14 november 2024 wordt aan de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) afgeleverd en betekend op 18 november 2024.

Tegen deze beslissing wordt er geen beroep ingesteld.

Op 22 november 2024 wordt de verzoekende partij uitgenodigd om een ICAM begeleidingstraject te starten met een eerste ontmoeting op 5 december 2024 waar ze niet komt opdagen wegens ziekte zodat een nieuw ontmoeting wordt gepland op 23 januari 2025.

Op 24 december 2024 dient de verzoekende partij een verzoek in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen van 15 december 1980 (hierna: de Vreemdelingenwet), die ontvankelijk werd verklaard door de verwerende partij per beslissing van 25 februari 2025 betekend aan verzoekende partij op 18 maart 2025.

Op 23 januari 2025 besloot verwerende partij het ICAM-begeleidingstraject te schorsen omwille van de hangende 9ter-aanvraag.

De ambtenaar-geneesheer besloot op 17 maart 2026 dat de verzoekende partij actueel niet lijdt aan een ziekte die een imminent gevaar oplevert voor haar leven of haar fysieke integriteit waardoor zij niet in staat zou zijn om te reizen en dat er geen reëel risico bestond op een onmenselijke of vernederende behandeling aangezien de nodige behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Zimbabwe.

Vervolgens werd de aanvraag ongegrond bevonden op 19 maart 2026.

Het betreft de eerste bestreden beslissing.

Tevens op 19 maart 2026 wordt aan de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) afgeleverd. Het betreft de tweede bestreden beslissing.

Op 21 april 2026 wordt verzoekende partij uitgenodigd om een ICAM begeleidingstraject te starten met een ontmoeting op 5 juni 2026.

De eerste bestreden beslissing is als volgt gemotiveerd:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 24.12.2024 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:
C., C. (R.R.: (…))
nationaliteit: Zimbabwe
geboren te Makoni op (…)1952
adres: (…)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijft 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 25.022025, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

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

Redenen

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 werden medische elementen aangehaald door C. C. die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur d.d. 17.03.2026)

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.

Het attest van immatriculatie dat werd afgegeven in het kader van de procedure op basis van genoemd artikel 9ter dient te worden ingetrokken. Gelieve betrokkene tevens af te voeren uit het Vreemdelingenregister omwil;e van "verlies van recht op verblijf'.

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan C. C. te willen overhandigen."

De tweede bestreden beslissing is als volgt gemotiveerd:

"ORDRE DE QUITTER LE TERRITOIRE
BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN ANNEXE 13 BIJLAGE 13
Il est enjoint à
Madame, De mevrouw nom/naam: C. prénom/voornaam: C.
date de naissance / geboortedatum: (…)1952
lieu de naissance/geboorteplaats: Makoni
nationalité/nationaliteit: Zimbabwe

de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des Etats qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen², sauf s'il (si elle) possède les documents requis pour s'y rendre, ou si une demande d'asile est actuellement pendante dans un de ces états
wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen², tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, of er actueel een asielaanvraag hangende is in een van deze staten

dans les 30 jours de la notification de décision
binnen 30 dagen na de kennisgeving

MOTIF DE LA DECISION:
REDEN VAN DE BESLISSING

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :pas en possession d'un visa valide
Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: betrokkene is niet in bezit van een geldig visum

Motivation art. 74/13
1. Unité de la famille et vie familiale: l'intéressée est célibataire
2. Intérêt supérieur de l'enfant : pas d'enfants mineurs
3. Etat de santé :avis médicale d.d. 17.03.2026

Motivatie art. 74/13
1. Gezins- en familieleven: betrokkene is alleenstaand.
2. Hoger belang van het kind: geen minderjarige kinderen
3. Gezondheidstoestand: besproken medisch advies d.d. 17.03.2026

Si l'intéressée ne se conforme pas à l'ordre de quitter le territoire dans le délai imparti, ou si cet ordre n'est pas prolonge parar rol'Office desles étrangers, ou s'il ne remplit pas son obligation de coopérer, les services de police compétents peuvent se rendre à l'adresse de l'intéressé(e). Is pourront alors vérifier et établir si la personne concernée a effectivement quitté le territoire dès l'expiration du délai de l'ordre de quitter le territoire ou de sa prolongation. Si la personne reste toujours à l'adresse, cela peut conduire à un transfert au commissariat de police ete à une détention en vue.
Indien betrokkene geen gevolg geeft aan dit bevel om het grondgebied te verlaten binnen de voorziene termijn, of indien dit bevel niet verlengd wordt op instructie van de Dienst Vreemdelingenzaken of indien hij/zij zijn/haar verplichting tot medewerking niet nakomt, kunnen de bevoegde politiediensten zich naar het adres van betrokkene begeven. Zij zullen dan kunnen controleren en vaststellen of betrokkene daadwerkelijk controleren en vaststellen of betrokkene daadwerkelijk vertrokken is van zodra de termijn van het bevel om het grondgebied te verlaten of de verlenging ervan verstreken is. Indien betrokkene nog bevel om bet grondgebied te verlaten of steeds op het adres verblijft, kan dit leiden tot overbrenging naar het politiecommissariaat en vasthouding met het oog op verwijdering."

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1. In een eerste middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (hierna: het EVRM), van artikel 7, § 1 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007, van de motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de rechten van verdediging.

De verzoekende partij licht haar eerste middel toe als volgt:

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

Dat een dergelijke beslissing genomen werd op basis van het advies van de arts-adviseur dd. 17 maart 2026 die motiveert dat uit het medisch dossier niet kan worden vastgesteld dat verzoekster actueel lijdt aan een ziekte die een imminent gevaar oplevert voor haar leven of haar fysieke integriteit waardoor zij niet in staat zou zijn om te reizen.

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

Dat de bestreden beslissing echter op een onzorgvuldige en gebrekkige wijze de beschikbaarheid van bepaalde medische zorgen heeft onderzocht, geen rekening heeft gehouden met de afstand tussen de woonplaats van verzoekster en de medische instelling waar de zorgen zouden voorhanden zijn en tevens op een onzorgvuldige en gebrekkige wijze de financiële toegankelijkheid ervan heeft onderzocht, terwijl ook dit onderdeel van het onderzoek in het kader van een aanvraag 9ter Vw. dient uit te maken.
Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van artikel 9ter Vw.

2.1.2.
Dat de arts-adviseur vooreerst de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in Zimbabwe heeft onderzocht (zie advies arts-adviseur p.2 e.v.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"The key informants interviewed revealed that there is a mass migration of qualified health workers from government or local council clinics to private sector institutions or outside the country creating a vacuum in the sector. In some cases, public health sector workers are dividing their time between the public and private sectors. This inevitably leads to certain forms of corruption such as bribery, absenteeism, illegal referrals, moonlighting and selling of government posts. Similarly, the respondents reveal a long and growing catalogue of corrupt practices which highlights how badly the public health sector has been exposed to corruption.

(…) Petty forms of corruption such as bribery or facilitation fees reveal structural problems in the health care system which include but are not limited to over-regulation, low salaries, inefficient or lack of rules and regulations, lack of accountability and inadequate services.

(…) Petty corruption in the health sector continues to affect the quality-of-service delivery and the realisation of health targets. 74% of the respondents indicated that they had been asked to pay a bribe while accessing health care services at public hospitals. It was noted that on average people pay less than fifty United States dollars (50 USD) to access services. (…) For example, the Food Poverty Datum Line for one person as of December 2020 was ZWD$ 3,494.00 per month (approx. USD$ 42.00).

(…) 123 respondents indicated that they had been asked to pay a bribe in non-monetary terms ranging from giving nurses goods such as farming implements, groceries and foodstuffs, and offering a health worker transport. (…) Bribery is also common at hospitals and clinics that are run by local councils. A key informant stated that council-run facilities often lack adequate resources due to low budget allocation from the central government.

(…) Findings also revealed that in most public hospitals, there are unnecessary delays and poor service delivery which creates opportunities for extorting patients or clients. Relatives or friends of health care personnel are given preferential treatment in public hospitals. Those who do not have links to health personnel feel disadvantaged and, in some cases, are forced to pay a bribe or render favours to health personnel.

(…) 5.1 Conclusion
Findings from this report reveal the existence of corruption in the public health system in Zimbabwe. It occurs in various forms such as public procurement corruption, bribery and diversion of essential drugs and

medicines to the parallel/illegal market. The impact of corruption in general and in this instance, within the public health care system is borne by the ordinary citizens both directly and indirectly. Resources meant to contribute to the effective and efficient functioning of public health systems are lost through public procurement corruption and embezzlement and this increases the cost of health care services for ordinary citizens (…) Therefore, there is an urgent need to address corruption risks and vulnerabilities in the health sector".

(Transparency International Zimbabwe, A report on corruption in the public health sector in Zimbabwe, 2021, zie PH Sector Report 14 April -2021.cdr).

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

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

Dat de arts-adviseur zich bovendien bijna uitsluitend gebaseerd heeft op informatie vanuit de MedCOIdatabank en slechts andere bronnen die betrekking hebben op privé-instellingen geraadpleegd heeft, zodat de neutraliteit en correctheid van deze informatie door verzoekster niet kan worden geverifieerd.

Dat dit een schending uitmaakt van verzoeksters rechten van verdediging.

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

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

Dat verweerder bovendien ook niet heeft aangetoond dat de noodzakelijke medische zorgen, waaronder de opvolging door een cardioloog, orthopedagoog en medische beeldvorming ononderbroken beschikbaar zijn in Zimbabwe.

Dat de motivatie van de bestreden beslissing dan ook niet kan gevolgd worden en dan ook geenszins door verweerder op een controleerbare werd aangetoond dat de voor verzoekster noodzakelijke medische behandelingen en medicatie (ononderbroken) aanwezig zijn in Zimbabwe.

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van artikel 9ter Vw. en dient vernietigd te worden.
2.1.3.
Dat verzoekster daarentegen in haar aanvraag conform artikel 9ter Vw. duidelijk heeft aangetoond dat zij ononderbroken nood heeft aan medicatie, medische beeldvorming en levenslange follow up door een cardioloog en orthopedagoog.

Dit blijkt duidelijk uit het standaard medisch getuigschrift en de voorgelegde medische stukken die aan de aanvraag werden toegevoegd.

Dat verzoekster in haar aanvraag bovendien verwezen heeft naar het feit dat het in Zimbabwe ontbreekt aan een efficiënte en betaalbare gezondheidszorg en een verdere behandeling van verzoekster aldaar onmogelijk zal zijn.

In Zimbabwe zijn er immers onvoldoende dokters en zorgverstrekkers, waardoor medische zorgen voor de overgrote meerderheid van de bevolking niet voorhanden zijn. Tevens is er een gebrek aan medicatie, wat uiteraard nefast is voor de behandeling van ziektes :

"Nurses, doctors, pharmacists and other healthcare staff have been fleeing for several years to escape low salaries and poor working conditions in a country that seems unable to overcome its economic problems.

(…) Years of brain drain

Zimbabwe's health care system has been crumbling under the strain of decades of brain drain, fuelled by economic and political instability since the late 1990s, which has caused high inflation and the collapse of the local currency.
Health workers' salaries have not been spared the inflation amid currency woes, forcing many professionals to migrate in search of better opportunities abroad.
By 2000, 51% of Zimbabwe's doctors and 25% of its nurses were already practising abroad. By 2019, the UK's National Health Service employed 4,049 Zimbabwean healthcare professionals including doctors, nurses and clinical support staff.
As if that was not enough, more than 4,000 health workers, including more than 2,600 nurses, left Zimbabwe in 2021 and 2022 alone, according to official statistics.

(…) Crippling effect on health
The brain drain of health professionals from Zimbabwe has had a crippling effect on the country's public health system and on health outcomes.
For example, in 2021 life expectancy was 58.5 years, a two-year drop from the already low 60.7 years in 2019, according to WHO figures. This is also lower than the average life expectancy for Africa, which was 63.6 years in 2021.

(…) The growing shortage of healthcare workers is endangering the lives of patients in hospitals that are already poorly equipped.

(Health Policy Watch, Zimbabwe Faces Endless Exodus of Health Workers Amid Decreasing Salaries and Worsening Conditions, 19 juni 2024, zie https://healthpolicy-watch.news/zimbabwe-faces-endless-exodushttps://healthpolicy-watch.news/zimbabwe-faces-endless-exodus-of-health-workers-amid-decreasing-salaries-and-worsening-working-conditions/of-health-workers-amid-decreasing-salaries-and-worsening-working-conditions/
"Healthcare in Zimbabwe has long been a sore spot for its citizens. The country is currently undergoing a healthcare crisis in which resources are thin, healthcare professionals are leaving the country en masse and those that do remain are underpaid and burnt out.

(…) This crisis has pierced even the barriers of class and income divisions. For example, medication shortages mean that even if you have the money, there are certain drugs you cannot purchase in Zimbabwe, the only way to get them would be to fly out for treatment. Additionally, personnel shortages affect patients in private hospitals as well as public ones.

The gap between the private and public sectors has widened exponentially in the last 20 years, and shortages in the healthcare sector are now widespread throughout the country. Zimbabwe's Health and Child Care Minister Douglas Mombeshora in November of this year reported to Parliament that, "Our ministry acknowledges that the country is facing a serious shortage of medicine and drugs, which is culminating into a crisis, especially at the lower level and has left patients at the mercy of private hospitals." Perhaps most alarming was his assertion that Zimbabwe does not have enough medication in store to last for even a month.

The lack of personal protective equipment (PPE), equipment and medication is not only a death trap for anyone unfortunate enough to need medical attention, but it is also a never-ending source of frustration for underpaid healthcare workers who are expected to perform near miracles daily. Healthcare starts with healthcare workers, yet Zimbabwe's workers have been crippled by shortages, which has led to low job satisfaction and a medical brain drain that has led to an even greater deficit in healthcare delivery. It's a vicious cycle and the bottom line is that doctors and nurses cannot work effectively if they lack equipment, sundries and medicines in the hospitals in which they work, no matter how skilled.

(…) How long will journalists and concerned healthcare professionals report or express the same frustrations before they are heard and effective action is taken? How many Zimbabweans will have to die entirely preventable deaths? Can a broken economy produce functional healthcare?

And what are we to do with no medication and no healthcare workers in the meantime?"

(Your commonwealth, Zimbabwe is undergoing a healthcare crisis,

28 november 2023, z i e https://yourcommonwealth.org/social-development/zimbabwe-is-undergoing-a-healthcare-crisis/).

"With essential drugs and specialised care expensive or unavailable, poor Zimbabweans opt to travel long distances to seek treatment.

(…) Zimbabwe's economy has been hit hard by decades of economic crises and soaring inflation. Many basics are not as easily available or affordable, and Zimbabweans themselves have lost confidence in the local currency.

(…) According to a 2023 report by the local advocacy group Community Working Group on Health, most Zimbabweans do not have access to quality and affordable healthcare. The group has called on the government to prioritise primary healthcare to achieve universal health coverage.

*(Aljazeera, Desperate Zimbabweans cross Zambia border for cheaper healthcare, medicines 11 juli 2024, zie https://www.aljazeera.com/features/2024/7/11/desperate-zimbabweans-cross-zambia-border-for*https://www.aljazeera.com/features/2024/7/11/desperate-zimbabweans-cross-zambia-border-for-cheaper-healthcare*cheaper-healthcare).*

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

Dat geenszins werd aangetoond dat wanneer verzoekster naar Zimbabwe zou terugkeren, zij aldaar de nodige medische zorgen, behandeling en medicatie kan bekomen.

2.1.4.
Dat het advies van de arts-adviseur bovendien op een onzorgvuldige en gebrekkige wijze tot stand is gekomen.

Zo wordt in het advies verwezen naar diverse medicatie die verzoekster behoeft (amplodipine, methylprednisolon voor injectie, tramadol, prgabaline, paracetamol, bisoprolol, furosemide en seomeprazole).

Echter wordt enkel betreffende het medicijn amplodipine in het advies vermeld dat dit beschikbaar zou zijn in Zimbabwe :

"Medication : amplidipine
Medication group : Cardiology, anti hypertension, calcium antagonist
Type : current medication
Availability : Available"

Met betrekking tot de overige medicatie (methylprednisolon voor injectie, tramadol, prgabaline, paracetamol, bisoprolol, furosemide en seomeprazole) wordt enkel vermeld dat deze geregistreerd werden in Zimbabwe, doch niet dat deze beschikbaar zijn.

Dat een registratie van een medicijn echter geenszins automatisch inhoudt dat het medicijn ook effectief op de markt werd gebracht.

In Zimbabwe gebeurt de registratie via de Medicines Control Authority of Zimbabwe (MCAZ). Die instantie beoordeelt geneesmiddelen op kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid voordat ze mogen worden verkocht (zie https://www.mcaz.co.zw/evaluation-and-registration/introduction/?utm_source=chatgpt.com)

Als een medicijn geregistreerd is:
- *staat het in een officiële geneesmiddelenlijst*
- *mag het in principe op de markt gebracht worden*
- *en moet de vergunning jaarlijks worden vernieuwd om het te blijven verkopen*

Doch een registratie houdt geenszins is dat het medicijn ook beschikbaar is. Er zijn immers meerdere redenen waarom een geregistreerd medicijn toch niet beschikbaar is, zoals o.a.

- *Commerciële keuzes : fabrikanten kunnen beslissen om een product toch niet (of beperkt) te verkopen*
- *Import en distributie : veel geneesmiddelen moeten geïmporteerd worden, wat licenties en logistiek vereist. Dit kan vertraging of tekorten geven.*
- *Economische factoren : beperkte middelen in het gezondheidssysteem of hoge prijzen kunnen de toegang beperken.*
- *Voorraadproblemen / supply chain : zelfs registreerde medicijnen kunnen tijdelijk niet beschikbaar zijn door tekorten.*

- *Regulering en toezicht : MCAZ controleert ook wie mag produceren, importeren en verkopen, wat de beschikbaarheid kan beïnvloeden*

Bovendien zijn in Zimbabwe ook producten die onterecht claimen geregistreerd te zijn, doch dit in werkelijkheid niet zijn (All Africa, Zimbabwe: Medicines Authority Warns Against Fake 'Approvals' After Product Seizure, 18 februari 2026, zie https://allafrica.com/stories/202602180278.html?utm_source=chatgpt.com)

Dat een loutere verwijzing naar een registratie van een medicijn dan ook onvoldoende is om te oordelen dat dit medicijn beschikbaar is in Zimbabwe.

Dat de arts-adviseur bovendien, zonder de behandelende arts van verzoekster te consulteren dat de beschikbaarheid van het medicijn bisoprolol niet kon worden bevestigd, doch nebivolol een betàblokker zou zijn en een adequate therapie zou zijn voor verzoekster.

Dat een dergelijke uitspraak, zonder verzoekster zelf onderzocht te hebben, noch haar behandelende arts gecontacteerd te hebben, geenszins kan worden weerhouden, nu het perfect mogelijk is dat verzoekster allergisch is aan de bestanddelen van dit medicijn en/of dit medicijn in het geval van verzoekster niet dezelfde werking heeft als bisoprolol.

Dat de arts-adviseur dan ook minstens de behandelende arts van verzoekster diende te consulteren alvorens ongecontroleerde uitspraken te doen.

Dat er bovendien geen enkele motivering wordt gegeven waarom het niet nodig was verzoeksters geneesheer hieromtrent te raadplegen.

Dat de bestreden beslissing dan ook op een gebrekkige en onzorgvuldige wijze genomen werd en een schending inhoudt van de artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991, de algemene motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel.

2.1.5.
Artikel 2 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen bepaalt dat bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd. Dat dit impliceert dat de beslissing die ter kennis wordt gebracht niet enkel het dictum moet omvatten, maar tevens de redenen moet weergeven op grond waarvan de beslissing werd genomen.

Terwijl artikel 3 van deze wet voorschrijft dat de motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Daarbij moet volgens dit zelfde artikel de motivering afdoende zijn, of met andere woorden dat deze pertinent moet zijn en duidelijk te maken hebben met de beslissing[1].

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

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

1

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

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve handeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in

rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking kunnen genomen worden (RvS, 14 juli 2008, nr. 185.388; RvSn 20 september 2011, nr. 215.206; RvS, 5 december 2011, nr. 216.669).

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

Dat de bestreden beslissing dan ook dient vernietigd te worden.

2.1.6.
Dat de bestreden beslissing tevens een schending behelst van het zorgvuldigheidsbeginsel, nu de artsadviseur geenszins op een zorgvuldige wijze het dossier van verzoekster behandeld heeft en op een onzorgvuldige wijze tot zijn beslissing gekomen is, zodat de bestreden beslissing ook om deze reden dient vernietigd te worden.

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

Aangaande de zorgvuldigheidsplicht dient te worden opgemerkt dat dit beginsel van behoorlijk bestuur de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stoelen op een correcte feitenvinding (RvS 22 maart 2010, nr. 202.182, RvS 21 september 2009, nr. 196.247; RvS 2 februari 2007, nr. 167 411; RvS 14 februari 2006, nr. 154 954).

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

2.1.7.
Dat de bestreden beslissing bovendien verwijst naar de beschikbaarheid van een orthopedagoog en cardioloog in Zimbabwe, doch hiervoor verwijst naar een commerciële privékliniek en de Universiteit van Zimbabwe, die beiden gevestigd zijn in Harara, de hoofdstad van Zimbabwe.

Zo wordt door de arts verwezen naar de website van Zimspine. Onderzoek van deze website leert evenwel dat het een privé-instelling betreft, zonder dat specifieke informatie verschaft wordt omtrent de mogelijke behandelingen en de kostprijs (zie ZimSpine - Specialist in all Orthopaedic and Spinal Conditions).

Voor wat de behandeling door een cardioloog betreft, verwijst de arts-adviseur naar de website van de Universiteit van Zimbabwe, doch deze website vermeldt dat deze medische zorgen bestemd zijn voor studenten :

"HEALTH DELIVERY SERVICES UNIT
ABOUT US
The University of Zimbabwe Health facility is accredited by Health Professions Authority (HPA) of Zimbabwe. It offers a comprehensive outpatient/primary health care medical service by both medical experts, who are dedicated to helping students to remain healthy, make the correct and informed life choices while pursuing their academic goals" (https://www.uz.ac.zw/index.php/health-delivery).

Bovendien wordt al evenmin enige informatie gegeven betreffende de mogelijke behandelingen en de kostprijs ervan.

Dat door verweerder dan ook geenszins werd aangetoond dat verzoekster inderdaad effectief kan behandeld worden in deze instellingen, welke behandelingen worden aangeboden en wat de kostprijs ervan is.

Tenslotte werd in de bestreden beslissing geen enkele rekening gehouden met de afstand van de woonplaats van verzoekster en de instellingen waarnaar verwezen wordt.

*Verzoekster is immers afkomstig uit Makoni, wat minstens 155 km verwijderd is van Harare (https://www.distancesfrom.com/zw/how-far-is-Harare-Zimbabwe-from*https://www.distancesfrom.com/zw/how-far-is-Harare-Zimbabwe-from-Makoni/HowFarHistory/15553079.aspx*Makoni/HowFarHistory/15553079.aspx)*
.

Aangezien verzoekster niet over een wagen beschikt, betekent dit dat zij minstens een halve dag tot een volledige dag onderweg zal zijn met het openbaar vervoer, iets wat in haar medische toestand onmogelijk is.

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

2.1.8.
Dat m.b.t. het onderzoek naar de toegankelijkheid van de medische zorgen in Zimbabwe de arts-adviseur vooreerst een overzicht geeft van het gezondheidssysteem en de organisatie van de publieke en de private sector, evenals de niveaus.

De openbare sector zou zo ontworpen zijn dat de ziekenhuizen betaalbaar en toegankelijk zouden zijn voor alle burgers.
De arts-adviseur verwijst hiervoor onderaan met een link naar 'ACC-8039' (zie advies laatste pagina), doch hieruit blijkt geenszins over welk document dit gaat. Evenmin wordt elders in het advies omstandig uitgelegd wat AC-8039 is, of is er een link naar een website.

Dat de arts-adviseur dan ook verwijst naar informatie die niet kan worden nagegaan, zodat de bestreden beslissing een schending inhoudt van de motiveringsplicht en bijgevolg een schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991.

Bovendien heeft verzoekster in haar aanvraag aangetoond dat het voor haar financieel onmogelijk zou zijn om de nodige medische hulp in Zimbabwe te bekomen, indien deze al voorhanden zou zijn (quod non). Ook wanneer verzoeksters dochter haar financieel zou ondersteunen, zou dit onvoldoende zijn om, naast verzoeksters levensonderhoud, ook nog de hoge medische kosten en steekpenningen aan medisch personeel te kunnen bekostigen.

Meer bepaald leidt het ondermaats presteren van het gezondheidssysteem en de verzekeringsmaatschappijen ertoe dat er nauwelijks of geen dekking is voor medische kosten, waardoor het voor veel mensen in de praktijk onbetaalbaar is om zich te laten behandelen. Bovendien wordt door het medisch personeel ook steekpenningen geëist alvorens men patiënten wil behandelen.

"The country's urban informal sector workers and their dependents face a high risk of impoverishment due to medical costs. Private health insurance in Zimbabwe caters for about 10% of the population, and membership in these schemes has been biased in favour of the formally employed

(…) 74.7% of the respondents indicated having faced difficulties paying for healthcare in the past 12 months, and 75.7% perceived healthcare in Zimbabwe as very expensive. 85.6% of the respondents described the country's public healthcare delivery as poor.

(National library of medicine, Potential demand for National Health Insurance in Zimbabwe: Evidence from selected urban informal sector clusters in Harare, 30 mei 2023, zie Potential demand for National Health Insurance in Zimbabwe: Evidence from selected urban informal sector clusters in Harare - PMC).

"Medical treatment costs are proving to be an albatross around the necks of Zimbabweans as they are rising beyond what is practically manageable for an average citizen.
Medical costs in Zimbabwe are now arguably the highest in the southern African region.
This is against the African backdrop of a dying public health care system and the proliferation of costly private healthcare institutions, which are piling up misery on the struggling ordinary citizen.
Many patients have to fork out at least US$20 consultation fees to see a general practitioner, who then refers them to a specialist who asks for between US$50 to US$80.

The specialist once again refers the patient for further tests such as blood tests and scans at private radiology laboratories, at yet another cost. And by the end of the entire process the medical bill would have grown so huge that even those on medical aid cannot escape a shortfall.
For an abdominal CT scan or X-ray computed tomography, the patient will have to part with at least US$550 or more. The same abdominal CT scan, however, roughly costs about R3 800 (approximately US$270) in South Africa.
User fees in Zimbabwe are generally applied in an ad hoc manner and vary depending on the service pro Despite having invested in primary healthcare from as early as the 1980s, with local clinics available from village level to national level, Zimbabwe's health care system is collapsing at a time when it has become highly expensive as private healthcare takes over from public health care.
The country's public health delivery system is currently facing numerous challenges such as poor infrastructure, shortage of skilled professionals, scarce medical drugs and even properly functioning laundry machines.

(…) "I think our medical system is too expensive. Honestly, to go and see a specialist, who is charging anything between US$80 and US$120, I tell you that it is refusing the common man medical attention. Today there is no cash and someone is pronouncing that when you come to my office, come with cash. Is that not condemning people to death?" Mudzuri rhetorically asked.

"The current impasse between Zimbabwe Medical Association and the medical aid societies is of great concern as this new system opens the door for cash payment, defeating the point of prepayments to medical aid. It increases the barriers to use of services.
"The general public is concerned at why some medical aid societies are paying obscene salaries to their senior managers yet they are failing to pay doctors. Doctors must also have a human face as there are some doctors who are overcharging patients hence we have seen an increase in medical tourism to such countries as South Africa, India etc. as their charges are much lower even when you include air fare, accommodation and food," Rusike said.
The high cost of medical treatment act as a barrier to basic health services for many Zimbabweans as 90 percent of the population do not have medical insurance"

(Universal Health 2030, ZIMBABWE: High Medical Costs Hit Zimbabwe, 1 juli 2016, zie ZIMBABWE: High Medical Costs Hit Zimbabwe - Universal Health 2030).

"Healthcare and health insurance in Zimbabwe are generally considered to be expensive. The cost of medical care is high, and the quality of care is often lower than in other countries. Additionally, health insurance is not widely available, and those who do have it often find that the coverage is inadequate. As a result, many people in Zimbabwe are unable to access the healthcare they need due to the high cost," explained one expat living in Zimbabwe".

(Digital Nomad Exchange, Are healthcare and health insurance expensive in Zimbabwe? ,zie Zimbabwe | Are healthcare and health insurance expensive in Zimbabwe? | Digital Nomad Exchange).

"In a statement, the Association of Health Care Funders of Zimbabwe (AHFoZ) revealed that providers of healthcare services have hiked their costs by between 30 and 40 percent and that the cost increases will be met by subscribers.
"The fees for doctors, dentists and all other healthcare service providers apart from hospitals have been increased by 40 percent, while fees for hospitals have been increased by 30 percent. Both increases are with effect from 11 February 2019," AHFoZ said.

(…) Only 10 percent of Zimbabweans can afford medical insurance while the rest do not have health cover owing to high unemployment levels and the prevailing harsh economic conditions.
The situation has lately been getting tougher for those on medical cover as well with some of the healthcare service providers demanding cash up-front.
Those who are still accepting medical aid patients are demanding deterrent shortfall payments with some even demanding payment in scarce United States dollars (USDs) to preserve value in the wake of rampaging inflation"

(Nehanda Radio, Healthcare costs rise in Zimbabwe, 11 februari 2019, zie Healthcare costs rise in Zimbabwe – Nehanda Radio).

"The key informants interviewed revealed that there is a mass migration of qualified health workers from government or local council clinics to private sector institutions or outside the country creating a vacuum in the sector. In some cases, public health sector workers are dividing their time between the public and private sectors. This inevitably leads to certain forms of corruption such as bribery, absenteeism, illegal referrals,

moonlighting and selling of government posts. Similarly, the respondents reveal a long and growing catalogue of corrupt practices which highlights how badly the public health sector has been exposed to corruption.

(…) However, findings from this research indicate that most public health institutions do not have the necessary medicines and in instances where such medicines are supplied by stakeholders such as the National Pharmaceutical Company of Zimbabwe (Natpham), they find their way to the parallel market. 56% of the respondents stated that they had purchased medication that would normally be found at public health institutions on the parallel market.

(…) Key informants highlighted that medical personnel were also intentionally diverting medicines from public health institutions to private health facilities.

(…) Petty forms of corruption such as bribery or facilitation fees reveal structural problems in the health care system which include but are not limited to over-regulation, low salaries, inefficient or lack of rules and regulations, lack of accountability and inadequate services.

(…) Petty corruption in the health sector continues to affect the quality-of-service delivery and the realisation of health targets. 74% of the respondents indicated that they had been asked to pay a bribe while accessing health care services at public hospitals. It was noted that on average people pay less than fifty United States dollars (50 USD) to access services. (…) For example, the Food Poverty Datum Line for one person as of December 2020 was ZWD$ 3,494.00 per month (approx. USD$ 42.00).

(…) 123 respondents indicated that they had been asked to pay a bribe in non-monetary terms ranging from giving nurses goods such as farming implements, groceries and foodstuffs, and offering a health worker transport. (…) Bribery is also common at hospitals and clinics that are run by local councils. A key informant stated that council-run facilities often lack adequate resources due to low budget allocation from the central government.

(…) Findings also revealed that in most public hospitals, there are unnecessary delays and poor service delivery which creates opportunities for extorting patients or clients. Relatives or friends of health care personnel are given preferential treatment in public hospitals. Those who do not have links to health personnel feel disadvantaged and, in some cases, are forced to pay a bribe or render favours to health personnel.

(…) 5.1 Conclusion
Findings from this report reveal the existence of corruption in the public health system in Zimbabwe. It occurs in various forms such as public procurement corruption, bribery and diversion of essential drugs and medicines to the parallel/illegal market. The impact of corruption in general and in this instance, within the public health care system is borne by the ordinary citizens both directly and indirectly. Resources meant to contribute to the effective and efficient functioning of public health systems are lost through public procurement corruption and embezzlement and this increases the cost of health care services for ordinary citizens (…) Therefore, there is an urgent need to address corruption risks and vulnerabilities in the health sector".

(Transparency International Zimbabwe, A report on corruption in the public health sector in Zimbabwe, 2021, zie PH Sector Report 14 April -2021.cdr).

Dat verweerder dan ook geen enkele rekening heeft gehouden met de door verzoekster verstrekte landeninformatie en voor wat betreft de financiële toegankelijkheid van de nodige medische zorgen voor verzoekster

2.1.9.
De arts-adviseur poneert dat er voor oudere mensen zonder familiale ondersteuning, zoals verzoekster, een systeem bestaat waarbij het Ministerie van Gezondheid een sociaal welzijnsdepartement heeft dat oudere mensen opzoekt, ondersteunt en assisteert bij hun behandeling en andere sociale noden.

Hiervoor verwijst de arts-adviseur opnieuw met een link onderaan naar ACC-8039, welke info opnieuw niet verifieerbaar is.

Tenslotte zouden er volgens de arts-adviseur verschillende pensioenstelsels bestaan waarop verzoekster beroep zou kunnen doen, waarvoor verwezen wordt naar de het rapport 'Social Security Throughout the World, Africa, p. 273-275.

Uit dit rapport blijkt echter dat pensioen enkel is voorbehouden voor mensen die voorheen gewerkt hebben :

"Old-Age Benefits Old-age pension:
The pension is 1.33% of the insured's monthly covered earnings in the month before retirement multiplied by the number of years of contributions up to 30 years plus 1% of monthly covered earnings multiplied by the number of years of contributions exceeding 30 years. Deferred pension: Calculated in the same way as the oldage pension. The minimum monthly pension is $60. Retirement grant: A lump sum of 8.33% of the insured's annual insurable earnings immediately before retirement multiplied by the number of years of contributions (including credited periods) is paid.".

(Social Security programs Throughout The World, Africa, 2019, zie https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/africa/ssptw15africa.pdf).

Dat ook op dit punt verweerders argumentatie in gebreke blijft.

2.1.10.
Dat het advies van de arts-adviseur voorts opmerkt dat het niet onwaarschijnlijk zou zijn dat verzoekster geen familie, vrienden of kennissen zouden hebben in het land van herkomst bij wie zij terecht zou kunnen voor (financiële) hulp en/of (tijdelijke) opvang.

Dat de arts-adviseur geenszins heeft onderzocht wat de familiale situatie van verzoekster en of zij wel degelijk nog levende familieleden heeft die bovendien ook over een bom geld beschikt om de medische kosten van verzoekster op zich te nemen en die dit ook willen doen.

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

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

Bovendien dient rekening gehouden met het feit dat verzoekster reeds 73 jaar oud is en haar eventuele nog familie- en vriendenkring tot dezelfde leeftijdscategorie zal behoren.

Indien er effectief nog vrienden en kennissen in leven zouden zijn, kan ervan uit worden gegaan dat deze inmiddels zelf ook hulpbehoevend zijn en/of mantelzorg behoeven en geenszins kunnen instaan voor de opvang van verzoekster!

Overigens kan er geenszins vanuit worden gegaan dat deze mensen bereid zouden zijn om een hulpbehoevende dame op te vangen en te ondersteunen in haar dagdagelijks onderhoud!

Dat gelet op verzoekster gevorderde leeftijd, zij kan worden gevolgd waar zij aangeeft dat ervan kan worden uitgegaan dat ook haar eventuele vrienden- en kennissenkring tot deze leeftijdscategorie behoren, dat zij inmiddels zelf ook mantelzorg behoeven en dus niet kunnen instaan voor de opvang van verzoekster. Een ander klemt des te meer nu de nood aan mantelzorg geen tijdelijk gegeven is, doch zal toenemen al naargelang de leeftijd van verzoekster. In die zin kan er niet zonder meer vanuit worden gegaan dat vrienden of kennissen bereid zouden zijn om een hulpbehoevende bejaarde dame op te vangen en te ondersteunen in haar dagdagelijks onderhoud (RVV nr. 178.364, 24 november 2016).

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

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

2.1.11.
Dat verzoekster in haar aanvraag voldoende heeft aangetoond dat zij in Zimbabwe geenszins de nodige medische behandeling, opvolging, therapie, en mantelzorg/begeleiding zal kunnen bekomen, hetzij wegens geen financiële toegankelijkheid, hetzij wegens geen of beperkte aanwezigheid, wat ertoe zal leiden dat er in casu sprake is van een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.

"A lack of proper care in a case where someone is suffering from a serious illness could in certain circumstances amount a treatment contrary article 3" (Commissie Mensenrechten dd. 19 mei 1994, Tanko/vs

Finland, in P.J. VAN KRIEKEN (red.), Health, Migration and Return. A Handbook for a Multidisciplinary Approach, 376-381).

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

2.1.12.
Dat uit het voorgaande dan ook zonder enige twijfel blijkt dat de bestreden beslissing een schending inhoudt van artikel 9ter Vreemdelingenwet van 15 december 1980, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 met betrekking tot de motivering van bestuurshandelingen, van artikel 3 EVRM en van de algemene rechtsbeginselen, inzonderheid het zorgvuldigheidsbeginsel, de motiveringsplicht en de rechten van de verdediging."

2.1.2. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze. Het afdoend karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

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

De motiveringsplicht reikt overigens niet zo ver dat de ambtenaar-geneesheer de motieven zou moeten weergeven die de grondslag voor zijn motieven vormen (RvS 14 juli 2016, nr. 12.064 (c)).

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669).

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht legt de overheid onder meer op om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221 475).

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Artikel 9ter, § 1 van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

"§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.
De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België. De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft. Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over waarvan het model door de Koning wordt bepaald. Dit

medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

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

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen van toepassing is op twee onderscheiden gevallen, met name:
(1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de aanvrager, of
(2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

Deze bepaling houdt duidelijk twee verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. 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).

In de beslissing wordt verwezen naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 16 maart 2026.

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt duidelijk dat de gezondheidsproblemen die werden aangehaald door de verzoekende partij geen actuele aandoeningen uitmaken die een reëel risico inhouden voor haar leven of fysieke integriteit, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling en dit gelet op het gegeven dat er in haar land van herkomst behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk is, terwijl verzoekende partij ook kan reizen naar dit land.

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt duidelijk dat daarbij rekening werd gehouden met de medische verslagen die de verzoekende partij heeft voorgelegd, terwijl de ambtenaar-geneesheer ook verwijst naar de verschillende door hem geraadpleegde bronnen, die ofwel online consulteerbaar zijn, ofwel kunnen worden nagegaan in het administratief dossier.

Gezien de ambtenaar-geneesheer adviseert dat er geen bezwaar is vanuit medisch oogpunt naar een terugkeer naar haar land van herkomst, is het niet kennelijk onredelijk van de gemachtigde om het advies van de ambtenaar-geneesheer te volgen. De Raad stipt aan dat een motivering door verwijzing toelaatbaar is op voorwaarde dat de vreemdeling in kennis wordt gesteld van het stuk waarnaar wordt verwezen en dit ten laatste samen met de eindbeslissing. De verzoekende partij maakt in casu niet aannemelijk dat zij niet samen met de eerste bestreden beslissing in kennis werd gesteld van het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer.

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 16 maart 2026. Dit medisch advies, dat aan de bestreden beslissing ten grondslag ligt en er in gesloten omslag aan werd gevoegd, luidt als volgt:

"C., C. (R.N. (…))
Vromuoti:
Vrouwelijk
Nationaliteit: Zimbabwe
Geboren op (…)1952

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 24.12.2024.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Medische voorgeschiedenis + voorgelegde medische attesten:
10/09/2024 - Attest - Dr. D. J.-C. (…)
13/09/2024 - Verslag Verslag beeldvorming - Dr. B. J.-S. (…)
17/10/2024 - Spoedverslag - Dr. D. S. (…)
17/10/2024 - Verslag Verslag beeldvorming - Dr. B. P. (…)
18/11/2024 - Consultatieverslag -Dr. - Dr. B. C. (…)
01/08/2024 - Standaard Medisch Getuigschrift - Dr. D. J.-C. (…)

Actuele actieve aandoening(en):

1. Arteriële hypertensie
2. Lumboischialgie (lage rugpijn met uitstraling naar het been)
3. Bigeminie zonder complicaties (an sich ongevaarlijke ritmestoornis van het hart, die in geval van zeer frequente aanwezigheid eventueel wel negatieve weerslag kan hebben op de cardiale card functie)

Actuele actieve behandeling(en):

1. *Bisoprolol Tramada*
2. *Tramadol*
3. *Paracetamol*
4. *Pregabaline*
5. *Amlodipine*
6. *Esomeprazole*
7. *Furosemide*
8. *Kinesitherapie*
9. *Opvolging orthopedie*
10. *Opvolging cardiologie*
11. *Opvolging huisarts*

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 is: (…)

(…)

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de nodige behandeling en zorgen beschikbaar zijn in het land van herkomst.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel 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 afgegeven worden. 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 zijn. 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 zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.
Het gezondheidssysteem in Zimbabwe is georganiseerd in een publieke en een private sector. De publieke sector bestaat uit publieke hospitalen en ziekenhuizen op stedelijk en gemeentelijk niveau. De private sector omvat private ziekenhuizen enen dokters dokterspraktijken. De zorg wordt in Zimbabwe op verschillende niveaus georganiseerd. Op het primaire niveau is er de basisgezondheidszorg. De stedelijke klinieken vragen een toelage, behalve voor kinderen jonger dan 5 jaar en patiënten die aan infectieziekten lijden zoals TBC en

HIV. Op het tweede niveau zijn er de districtsziekenhuizen waar professioneel personeel meer complexe zorgen toedienen zoals heelkundige ingrepen. Diensten die op dit niveau niet kunnen worden aangeboden, worden voorzien op het derde niveau, namelijk ziekenhuizen op provinciaal niveau. De meest complexe zorgen worden aangeboden in gecentraliseerde ziekenhuizen. De openbare sector is zo ontworpen dat de ziekenhuizen betaalbaar en toegankelijk zijn voor alle burgers.
Voor oudere mensen zonder familiale ondersteuning, heeft het Ministerie van Gezondheid een sociaal welzijnsdepartement dat oudere mensen opzoekt, ondersteunt en assisteert bij hun behandeling en andere sociale noden. Er bestaan verschillende pensioenstelsels waar betrokkene beroep op kan doen. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in het land van herkomst, waar ze tot september 2024 verbleef, geen familie of vrienden meer heeft bij wie zij terecht kan voor (financiële) hulp en/of (tijdelijke) opvang. Haar familie in België kan indien nodig financiële ondersteuning bieden.

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. art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons.Verenigd nigd 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 betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen vrij hiertoe een beroep tet doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis.

Conclusie:

Het betreft een 73-jarige vrouw met onder andere arteriële hypertensie en lumboischialgie. Er kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden vastgesteld dat betrokkene actueel lijdt aan een ziekte die een imminent gevaar oplevert voor haar leven of haar fysieke integriteit waardoor de betrokkene niet in staat zou zijn om te reizen. Uit het voorgelegd medisch dossier kan ook niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling bij terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft aangezien de adequate behandeling daar beschikbaar en toegankelijk is."

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer op basis van de door de verzoekende partij aangeleverde medische attesten weerhoudt dat het gaat om het een 73-jarige vrouw met onder andere arteriële hypertensie en lumboischialgie. Er kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden vastgesteld dat betrokkene actueel lijdt aan een ziekte die een imminent gevaar oplevert voor haar leven of haar fysieke integriteit waardoor de betrokkene niet in staat zou zijn om te reizen. Uit het voorgelegd medisch dossier kan ook niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling bij terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft aangezien de adequate behandeling daar beschikbaar en toegankelijk is. Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer de aandoening van de verzoekende partij niet betwist. Verder gaat de ambtenaar-geneesheer de beschikbaarheid van de noodzakelijke medische zorgen in Zimbabwe na. Op grond van de informatie uit de MedCOI-databank, komt de ambtenaar-geneesheer tot de conclusie dat de noodzakelijk geachte behandeling in Zimbabwe beschikbaar is. Ook de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen werd door de ambtenaar-geneesheer nagegaan.

Wat de MedCOI documenten betreft waarop de ambtenaar-geneesheer zich onder meer baseert voor zijn advies, merkt de Raad op dat een motivering door verwijzing toelaatbaar is op voorwaarde dat de vreemdeling in kennis wordt gesteld van het stuk waarnaar wordt verwezen en dit ten laatste samen met de eindbeslissing. Zulks houdt echter niet in dat het stuk steeds bij de beslissing als bijlage gevoegd moet worden. Het volstaat dat het stuk waarnaar wordt verwezen, in casu de MedCOI documenten, wordt vermeld in de beslissing, in casu in het medisch advies en dat in het kort het voorwerp en de inhoud van deze MedCOI documenten worden vermeld.

De Raad stelt vast dat uit de motivering van het medisch advies blijkt welke informatie de ambtenaar-geneesheer uit de MedCOI documenten heeft afgeleid. Tevens heeft de ambtenaar-geneesheer erop gewezen dat de MedCOI documenten zich in het administratief dossier bevinden. De uit de MedCOI documenten afkomstige informatie wordt in het advies weergegeven of minstens samengevat. De verzoekende partij kon zich tegen deze vaststellingen verweren indien gewenst, door gebruik te maken van eigen informatiebronnen of door inzage te vragen in het dossier om alzo de inhoud van de door de ambtenaar-geneesheer gebruikte bronnen na te gaan. Het louter gegeven dat de MedCOI documenten niet

toegankelijk zijn voor het publiek, doet hier geen afbreuk aan, nu de gebruikte bronnen zich in het administratief dossier bevinden.

De Raad merkt op dat de ambtenaar-geneesheer zijn medisch advies heeft gebaseerd op de in het administratief dossier beschikbare stukken. De verzoekende partij diende zelf een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet in, en er mag van haar dan ook verwacht worden dat zij in de loop van deze procedure alle volgens haar noodzakelijke informatie aan het bestuur voorlegt waarmee volgens haar rekening moet gehouden worden bij het nemen van een beslissing ter zake. De verzoekende partij maakt helemaal niet aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer geen rekening zou gehouden hebben met alle door haar voorgelegde informatie.

Waar verzoekster betoogt dat in de disclaimer van de MedCOI-databank wordt gesteld dat de geleverde informatie beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling in één welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en aldus niet blijkt dat de medische zorgen ook in de rest van het land aanwezig zijn, wijst de Raad er in de eerste plaats op dat uit artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet volgt dat de verplichting van de door de verwerende partij aangestelde ambtenaar-geneesheer niet verder reikt dan het onderzoeken of de vreemdeling die een verblijfsmachtiging aanvraagt, kan reizen en of er een adequate behandeling is in het 'land' van herkomst of het land waar de aanvrager verblijft en niet of er op specifieke locaties in dat land een adequate behandeling kan worden verkregen. Het volstaat dus dat de ambtenaar-geneesheer heeft vastgesteld dat de nodige behandeling beschikbaar en voldoende toegankelijk is in Zimbabwe en dit steun vindt in het administratief dossier (cf. RvS 15 mei 2019, nr. 13.316 (c)). Aangezien artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet niet vereist dat wordt nagegaan op welke specifieke locaties in het herkomstland bepaalde zorgen of bepaalde medicijnen kunnen worden verkregen, kan uit het feit dat deze gegevens niet in het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer zijn opgenomen geen schending van de uitdrukkelijke motiveringsplicht worden afgeleid. De Raad stelt vast dat de verzoekende partij wel stelt dat de verwerende partij volgens haar geen rekening heeft gehouden met de afstand tussen haar woonplaats en de medische instelling waar de zorgen zouden voorhanden zijn, maar de verzoekende partij verduidelijkt niet op enige concrete wijze waarom zij geen gebruik zou kunnen maken van de faciliteiten in de aangegeven locaties, in combinatie met de nodige medicatie en medische zorgen door artsen, specialisten die, volgens de MedCOI-informatie die zich in het administratief dossier bevindt, beschikbaar zijn in Zimbabwe.

Bovendien wijst de Raad erop dat in de disclaimer van de MedCOI-informatie, zoals blijkt uit het medisch advies van 16 maart 2026, gesteld wordt dat de geleverde informatie beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, dat echter dit document niet de pretentie heeft exhaustief te zijn. Uit het gegeven dat in casu wat betreft de nodige behandeling wordt verwezen naar een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, kan dan ook niet afgeleid worden dat er geen andere mogelijkheden zijn. De verzoekende partij brengt ook geen concrete gegevens aan waaruit het tegendeel kan blijken. Haar blote stelling dat op grond van de gehanteerde informatie niet kan blijken dat de benodigde medische zorg in Zimbabwe aanwezig is, kan geen afbreuk doen aan het voorgaande.

Waar de verzoekende partij stelt dat de MedCOI informatie beperkt is tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, kan zij worden gevolgd. Evenwel blijkt uit het advies van de ambtenaar-geneesheer dat ook de toegankelijkheid van de zorgen werd onderzocht. Hiervoor werd verwezen naar andere bronnen.

De formele motiveringplicht impliceert ook geenszins dat een bestuur al het bronnenmateriaal waarop het zich baseert om een beslissing te nemen bij deze beslissing dient te voegen of de geraadpleegde teksten in extenso in de motivering van de bestreden beslissing dient op te nemen. Indien een bestuur dit zou doen dan dreigen de leesbaarheid en de begrijpbaarheid van de bestreden beslissing en derhalve ook de doelstelling van de formele motiveringsplicht in het gedrang te komen. Het volstaat dat de dienstige gegevens die in het bronnenmateriaal werden teruggevonden en die toelaten een bepaalde argumentatie op te bouwen, worden vermeld in de administratieve beslissing (cf. RvS 23 april 2015, nr. 11.249 (c)). De ambtenaar-geneesheer heeft dit gedaan. Het gegeven dat de verwerende partij geen (integrale) kopie van de door de aangestelde ambtenaar-geneesheer gebruikte bronnen of van de in een niet-publieke databank teruggevonden documentatie, aangaande de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van medische zorgen of opvolgingsmogelijkheden op specifieke locaties in Zimbabwe in de bestreden beslissing heeft opgenomen of bij deze beslissing heeft gevoegd, laat in casu dan ook niet toe te concluderen dat de motivering van de bestreden beslissing niet afdoende is. De precieze inlichtingen die werden teruggevonden en die van belang zijn, worden vermeld en op grond hiervan wordt een argumentatie opgebouwd. De verzoekende partij beschikt over de nodige informatie om zich te verweren (cf. RvS 26 februari 2021, nr. 14.234 (c)). Voorts lijkt de verzoekende partij met haar betoog voorbij te gaan aan het feit dat de gebruikte MedCOI-informatie grotendeels wordt geciteerd in het medisch advies van 16 maart 2026 en die verder integraal terug te vinden is in het administratief dossier zodat de verzoekende partij er kennis van had kunnen nemen om de juistheid van de gegeven motieven desgewenst na te gaan (cf. RvS, nr. 15.474 (c) van 4 juli 2023). De verzoekende

partij of haar advocaat konden ook inzage vragen in het administratief dossier en dit inkijken op de zetel van de Dienst Vreemdelingenzaken en kennis nemen van de inhoud teneinde de verdediging te organiseren. Nergens uit het administratief dossier kan blijken dat de verzoekende partij geen gebruik heeft kunnen maken van het inzagerecht. De verzoekende partij maakt een schending van haar rechten van verdediging dan ook niet aannemelijk.

De Raad stelt verder vast dat de verzoekende partij wel een aantal hypotheses oppert ('het is perfect mogelijk dat', 'het is zeer goed mogelijk dat', 'tevens is het mogelijk dat') waarmee zij tracht aan te tonen dat de informatie uit de MedCOI-databank niet zou volstaan, maar zij brengt geen enkel op haar specifiek geval betrokken concreet argument aan waaruit blijkt dat de door de ambtenaar-geneesheer gehanteerde informatie in casu niet accuraat zou zijn. Wat de nodige medicatie betreft, stelt de ambtenaar-geneesheer vast dat ze beschikbaar en toegankelijk is. De verzoekende partij stelt dan wel dat geen onderzoek werd ingesteld of de medicatie daadwerkelijk te koop is, en ononderbroken verkrijgbaar, komt het aan haar toe om met concrete en objectieve bewijselementen aannemelijk te maken dat de informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gesteund niet de werkelijkheid weerspiegelt. Het schieten met losse flodders, zoals de verzoekende partij thans doet, volstaat niet om de deugdelijkheid van het onderzoek in een ander daglicht te stellen. Het weze verder herhaald dat zij noch aantoont, aan de hand van eigen bronnen, dat deze informatie niet correct is, noch, aan de hand van een vraag tot inzage in de stukken, dat de ambtenaar-geneesheer er de verkeerde dingen uit heeft afgeleid.

De verzoekende partij maakt verder niet duidelijk op grond waarvan aan de waarachtigheid van de informatie van de MedCOI-databank in zoverre deze afkomstig is van lokale artsen zou moeten worden getwijfeld, louter omdat de identiteit van de artsen niet gekend is. Bovendien wordt in de eerste voetnoot in het medisch advies het volgende uiteengezet: *"Lokale artsen die in het land van herkomst werken: Deze artsen zijn geselecteerd door de EUAA MedCOI Sector op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: beschikken over 6 jaar ervaring als arts, betrouwbaar zijn, beschikken over een professioneel medisch netwerk in het land van herkomst, wonen en werken in het land, beschikken over taalvaardigheid en over meer praktische criteria, zoals het beschikken over communicatiemiddelen en voldoende tijd om aanvragen te verwerken. De identiteit van deze lokale artsen, die door EUAA zijn gecontracteerd, wordt om veiligheidsredenen beschermd. Hun persoonlijke gegevens en CV's zijn bekend bij EUAA. De exacte specialisatie van deze artsen is niet relevant. Het is namelijk hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst, een selectiecriterium om te worden ingehuurd, dat er toe doet. Zo kunnen ze vragen beantwoorden over elke medische specialisatie."* En ook: *"De medische informatie die door lokaal gecontracteerde artsen en International SOS (BCT) wordt verstrekt, wordt vervolgens geëvalueerd door de artsen van de EUAA MedCOI Sector."* Nu de ambtenaar-geneesheer de informatie verkregen van deze artsen in het kader van het MedCOI-project waarop hij zich steunt (verkort) heeft opgenomen in het medisch advies, kan de verzoekende partij deze ook toetsen aan de informatie zoals deze haar is gekend of haar ter beschikking staat. Het staat haar vrij om andere informatie bij te brengen die van aard is om aan te tonen dat de door de ambtenaar-geneesheer gehanteerde informatie niet correct is. Met de loutere veronderstelling dat het niet ondenkbaar is dat deze artsen in Zimbabwe – een land waar de corruptie welig tiert – geen correct beeld weergeven van de medische toestand van het land en de verwijzing naar zeer algemene informatie over corruptie in Zimbabwe, waaruit geenszins blijkt dat de voornoemde lokale artsen gecorrumpeerd zijn en derhalve verkeerde informatie hebben geleverd, toont de verzoekende partij evenwel niet aan dat de door de gecontacteerde artsen aangeleverde informatie incorrect is. De loutere verwijzing naar een algemeen rapport zonder dat concreet op haar situatie te betrekken, doet de Raad niet anders oordelen.

Een schending van de formele motiveringsplicht, zoals deze voortvloeit uit de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, in samenhang gelezen met artikel 9ter van de Vreemdelingenwet of van de rechten van de verdediging, wordt niet aangetoond (cf. RvS 15 mei 2019, nr. 13.316 (c); RvS 25 januari 2019, nr. 13.148 (c); RvS 4 juli 2023, nr. 15.474 (c)).

Door louter nog te verwijzen naar de corruptie en het gebruik van steekpenningen in de gezondheidszorg, toont de verzoekende partij op zich niet aan dat de medische behandeling en opvolging, die voor haar vereist is, niet toegankelijk zou zijn in Zimbabwe. Immers, het betoog van de verzoekende partij toont niet aan dat de corruptie een zodanige omvang heeft, dat zij hierdoor geen aanspraak kan maken op de medische behandeling en opvolging die voor haar vereist is.

Wat de beschikbaarheid van de noodzakelijke medische zorgen in Zimbabwe betreft, stelt de verzoekende partij dat in het advies verwezen wordt naar diverse medicatie die zij behoeft (amplodipine, methylprednisolon voor injectie, tramadol, prgabaline, paracetamol, bisoprolol, furosemide en seomeprazole). Echter wordt volgens haar enkel betreffende het medicijn amplodipine in het advies vermeld dat dit beschikbaar zou zijn in Zimbabwe. Met betrekking tot de overige medicatie (methylprednisolon voor injectie, tramadol, prgabaline, paracetamol, bisoprolol, furosemide en seomeprazole) wordt enkel vermeld dat deze geregistreerd werden in Zimbabwe, doch niet dat deze beschikbaar zijn. De verzoekende partij

maakt echter op geen enkele concrete wijze aannemelijk dat het feit dat een geneesmiddel geregistreerd is niet ipso facto betekent dat het ook beschikbaar is. Zij beperkt zich tot een loutere bewering. Het artikel dat zij in haar verzoekschrift citeert laat niet toe anders te oordelen. Dit artikel verduidelijkt enkel waarnaar gekeken wordt om een medicijn te registreren. Waar de verzoekende partij stelt dat het in Zimbabwe ook voorkomt dat geneesmiddelen onterecht claimen geregistreerd te zijn, maakt zij in casu niet aannemelijk dat dit het geval is voor de geneesmiddelen die zij nodig heeft. Uit het artikel dat de verzoekende partij voorlegt blijkt dat sommige bedrijven een vals logo op hun medicijnen aanbrengen om de indruk te wekken dat het medicijn geregistreerd is. Dit heeft niets te maken met de medicijnen die de verzoekende partij behoeft en die wel degelijk officieel geregistreerd zijn. De verzoekende partij maakt dan ook niet aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer op kennelijk onredelijke wijze zou beslist hebben dat de noodzakelijke medische zorgen in Zimbabwe beschikbaar zijn. Zij maakt evenmin aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer niet met kennis van zaken tot zijn oordeel kon komen zonder het contacteren van de behandelend arts van de verzoekende partij. De verzoekende partij beperkt zich immers tot de louter hypothetische overweging dat het perfect mogelijk kan zijn dat zij allergisch is aan de bestanddelen van het medicijn dat de ambtenaar-geneesheer heeft weerhouden als vervanging van een medicijn dat de verzoekende partij nodig heeft en dat zelf niet beschikbaar is in Zimbabwe. De verzoekende partij maakt ook niet aannemelijk dat dit geneesmiddel niet dezelfde werking zou hebben.

Waar de verzoekende partij voorhoudt dat de ambtenaar-geneesheer niet zou zijn nagegaan of zij in haar specifieke geval niet zou moeten betalen voor haar medische behandeling, en of zij al dan niet in staat zou zijn daarvoor te kunnen betalen, kan de Raad het betoog van de verzoekende partij niet volgen. De ambtenaar-geneesheer heeft immers wat betreft de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen onder meer gemotiveerd dat:

"*Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel 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 afgegeven worden. 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 zijn. 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 zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.*

Het gezondheidssysteem in Zimbabwe is georganiseerd in een publieke en een private sector. De publieke sector bestaat uit publieke hospitalen en ziekenhuizen op stedelijk en gemeentelijk niveau. De private sector omvat private ziekenhuizen enen dokters dokterspraktijken. De zorg wordt in Zimbabwe op verschillende niveaus georganiseerd. Op het primaire niveau is er de basisgezondheidszorg. De stedelijke klinieken vragen een toelage, behalve voor kinderen jonger dan 5 jaar en patiënten die aan infectieziekten lijden zoals TBC en HIV. Op het tweede niveau zijn er de districtsziekenhuizen waar professioneel personeel meer complexe zorgen toedienen zoals heelkundige ingrepen. Diensten die op dit niveau niet kunnen worden aangeboden, worden voorzien op het derde niveau, namelijk ziekenhuizen op provinciaal niveau. De meest complexe zorgen worden aangeboden in gecentraliseerde ziekenhuizen. De openbare sector is zo ontworpen dat de ziekenhuizen betaalbaar en toegankelijk zijn voor alle burgers.
Voor oudere mensen zonder familiale ondersteuning, heeft het Ministerie van Gezondheid een sociaal welzijnsdepartement dat oudere mensen opzoekt, ondersteunt en assisteert bij hun behandeling en andere sociale noden. Er bestaan verschillende pensioenstelsels waar betrokkene beroep op kan doen. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in het land van herkomst, waar ze tot september 2024 verbleef, geen familie of vrienden meer heeft bij wie zij terecht kan voor (financiële) hulp en/of (tijdelijke) opvang. Haar familie in België kan indien nodig financiële ondersteuning bieden.

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. art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons.Verenigd nigd 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 betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen vrij hiertoe een beroep tet doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. (…)"

De verzoekende partij brengt hiertegen in dat in de bestreden beslissing al evenmin enige informatie gegeven wordt betreffende de mogelijke behandelingen en de kostprijs ervan. Zij stelt dat door de verwerende partij dan ook geenszins werd aangetoond dat zij inderdaad effectief kan behandeld worden in deze instellingen, welke behandelingen worden aangeboden en wat de kostprijs ervan is. De openbare sector zou zo ontworpen zijn dat de ziekenhuizen betaalbaar en toegankelijk zouden zijn voor alle burgers. De ambtenaar-geneesheer verwijst hiervoor onderaan met een link naar 'ACC-8039' (zie advies laatste pagina), doch hieruit blijkt volgens de verzoekende partij geenszins over welk document dit gaat. Evenmin wordt elders in het advies omstandig uitgelegd wat AC-8039 is, of is er een link naar een website. De ambtenaar-geneesheer verwijst volgens de verzoekende partij dan ook naar informatie die niet kan worden nagegaan. Bovendien stelt de verzoekende partij dat zij in haar aanvraag heeft aangetoond dat het voor haar financieel onmogelijk zou zijn om de nodige medische hulp in Zimbabwe te bekomen, indien deze al voorhanden zou zijn (quod non volgens haar). Ook wanneer haar dochter haar financieel zou ondersteunen, zou dit volgens haar onvoldoende zijn om, naast haar levensonderhoud, ook nog de hoge medische kosten en steekpenningen aan medisch personeel te kunnen bekostigen. Meer bepaald leidt het ondermaats presteren van het gezondheidssysteem en de verzekeringsmaatschappijen er volgens de verzoekende partij toe dat er nauwelijks of geen dekking is voor medische kosten, waardoor het voor veel mensen in de praktijk onbetaalbaar is om zich te laten behandelen. Bovendien wordt door het medisch personeel ook steekpenningen geëist alvorens men patiënten wil behandelen. Dat de verwerende partij dan volgens de verzoekende partij ook geen enkele rekening heeft gehouden met de door de verzoekende partij verstrekte landeninformatie en voor wat betreft de financiële toegankelijkheid van de nodige medische zorgen voor de verzoekende partij. De ambtenaar-geneesheer poneert volgens de verzoekende partij ook dat er voor oudere mensen zonder familiale ondersteuning, zoals de verzoekende partij, een systeem bestaat waarbij het Ministerie van Gezondheid een sociaal welzijnsdepartement heeft dat oudere mensen opzoekt, ondersteunt en assisteert bij hun behandeling en andere sociale noden. Hiervoor verwijst de arts-adviseur opnieuw met een link onderaan naar ACC-8039, welke info volgens de verzoekende partij opnieuw niet verifieerbaar is. Tenslotte zouden er volgens de ambtenaar-geneesheer verschillende pensioenstelsels bestaan waarop de verzoekende partij beroep zou kunnen doen, waarvoor verwezen wordt naar de het rapport Social Security Throughout the World, Africa, p. 273-275. Uit dit rapport blijkt volgens de verzoekende partij echter dat pensioen enkel is voorbehouden voor mensen die voorheen gewerkt hebben. Het advies van de ambtenaar-geneesheer merkt voorts op dat het niet onwaarschijnlijk zou zijn dat de verzoekende partij geen familie, vrienden of kennissen zou hebben in het land van herkomst bij wie zij terecht zou kunnen voor (financiële) hulp en/of (tijdelijke) opvang. De ambtenaar-geneesheer heeft niet onderzocht wat de familiale situatie van de verzoekende partij is en of zij wel degelijk nog levende familieleden heeft die bovendien ook over een bom geld beschikken om de medische kosten van de verzoekende partij op zich te nemen en die dit ook willen doen. Bovendien dient rekening gehouden met het feit dat zij reeds 73 jaar oud is en haar eventuele familie- en vriendenkring tot dezelfde leeftijdscategorie zal behoren.

De Raad merkt op dat het stuk waarvan de verzoekende partij stelt dat het niet raadpleegbaar is, terwijl het in voetnoot van het advies van de ambtenaar-geneesheer wordt vermeld, namelijk 'ACC-8039', zich wel degelijk in het administratief dossier bevindt. Bovendien blijkt daaruit inderdaad de informatie die de ambtenaar-geneesheer in zijn advies weergeeft. Het lijkt erop dat de ambtenaar-geneesheer de informatie zoals weergegeven in dit stuk heeft vertaald en zo goed als integraal in zijn advies heeft opgenomen. In voetnoot in het betreffende stuk staat bovendien vermeld van welke organisatie de informatie afkomstig is: *"International SOS is a health and security services company contracted by EUAA".* Het is dan ook duidelijk dat de informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich baseert en waaruit hij afleidt dat publieke hospitalen en klinieken ontworpen zijn om betaalbaar en toegankelijk te zijn voor alle burgers, afkomstig is van een gezaghebbende bron. Het stuk dateert bovendien van 30 september 2024, en is dus recent. De informatie die de verzoekende partij citeert in haar middel is veel ouder (2016-2021), en de verzoekende partij maakt dan ook niet aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer zich bij het geven van zijn advies op kennelijk onredelijke wijze heeft gesteund op voormelde, meer recente informatie. Aangezien uit deze informatie dan ook blijkt dat publieke hospitalen en klinieken ontworpen zijn om betaalbaar en toegankelijk te zijn voor alle burgers, zijn de overige motieven die de ambtenaar-geneesheer in zijn advies heeft opgenomen voor wat betreft de toegankelijkheid en meer bepaald betaalbaarheid van de medische zorgen in Zimbabwe voor de verzoekende partij, overtollige motieven. Los van deze vaststelling maakt de verzoekende partij niet aannemelijk dat zij kennelijk onredelijk zouden zijn. Zo maakt de verzoekende partij niet aannemelijk dat zij nooit zou gewerkt hebben waardoor zij geen pensioen zou kunnen genieten, noch dat zij geen enkele familie of vrienden meer zou hebben in het land van herkomst waarbij zij terecht kan voor hulp of dat haar familie in België haar zou kunnen ondersteunen.

De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat de verwerende partij op kennelijk onredelijke wijze uit het geheel van bovenstaande elementen afleidde dat de noodzakelijke medische zorgen voor de verzoekende partij toegankelijk zijn in Zimbabwe. Zij maakt niet aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer haar specifieke individuele financiële situatie zorgvuldiger had moeten onderzoeken.

Waar de verzoekende partij nog een schending van artikel 3 van het EVRM aanvoert, wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (cf. EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip 'uitzonderlijke gevallen' werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (cf. EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde:

"183. The Court considers that the "other very exceptional cases" within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness." (Het Hof oordeelt dat onder "andere zeer uitzonderlijke gevallen" zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 van het EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen).

In casu toont de verzoekende partij dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer waaruit blijkt dat zij in het herkomstland over de door haar benodigde medische zorg kan beschikken en er toegang tot heeft. Een schending van artikel 3 van het EVRM kan niet aangenomen worden.

Gelet op de voorgaande bespreking stelt de Raad vast dat de verzoekende partij met haar betoog niet aannemelijk kan maken dat de ambtenaar-geneesheer zich in het kader van zijn onderzoek naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst heeft gesteund op onjuiste feitelijke gegevens, of kennelijk onredelijk of onzorgvuldig heeft gehandeld.

Uit voorgaande bespreking is gebleken dat de verzoekende partij de schending van de door haar opgeworpen bepalingen en beginselen niet aannemelijk heeft gemaakt, noch heeft zij aannemelijk gemaakt dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke wijze werd genomen.

Het eerste middel is, voor zover ontvankelijk, ongegrond.

2.2.1. In een tweede middel voert de verzoekende partij de schending aan van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van de artikelen 74/11 en 74/13 van de Vreemdelingenwet, en van artikel 8 van het EVRM.

De verzoekende partij licht haar tweede middel als volgt toe:

"Dat de bestreden beslissing gepaard gaat met een bevel om het grondgebied te verlaten binnen een termijn van 30 dagen omdat verzoekster niet in het bezit zou zijn van een geldig visum.

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

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

Ook artikel 74/11, §3 Vw. bepaalt dat het bevel om het grondgebied te verlaten niet kan ingaan tegen bepalingen betreffende het recht op internationale bescherming, zoals gedefinieerd in de artikelen 9ter, 48/3 en 48/4 Vw.

Dat in casu verweerder het bevel om het grondgebied te verlaten enkel gemotiveerd heeft op basis van het feit dat verzoekster niet over een geldig visum beschikt.

Voorts zou verzoekster alleenstaand zijn en zouden er geen medische contra-indicaties zijn tegen een terugkeer naar het herkomstland.

Dat het medisch advies – zoals hierboven aangetoond evenwel uiterst gebrekkig is – en verzoeksters hebben aangetoond dat verzoekster in Zimbabwe niet de nodige medische zorgen zal kunnen bekomen, minstens deze niet zal kunnen bekostigen.

Dat de bestreden beslissing dan ook een schending inhoudt van het motiveringsbeginsel en van de artikelen 74/11 en 74/13 Vw."

2.2.2. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze. Het afdoend karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

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

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669).

Bij het beoordelen van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

De verzoekende partij voert de schending aan van de artikelen 74/11 en 74/13 van de Vreemdelingenwet, net als van artikel 8 van het EVRM. Zij legt echter op geen enkele concrete wijze uit waarom of op welke wijze de bestreden beslissingen deze bepalingen zouden schenden. Dit onderdeel van het tweede middel is dan ook niet ontvankelijk.

De Raad merkt vooreerst op dat de verzoekende partij het enig motief van het bevel om het grondgebied te verlaten niet betwist. Zij betwist immers niet dat zij niet beschikt over een geldig visum. Dit motief blijft dan ook overeind.

Verder is uit de bespreking van het eerste middel gebleken dat de verzoekende partij niet aannemelijk heeft gemaakt dat de eerste bestreden beslissing op kennelijk onredelijke wijze of in strijd met de door haar aangevoerde bepalingen en beginselen werd genomen.

Het tweede middel is, voor zover ontvankelijk, dan ook niet gegrond.

3. Kosten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Artikel 2

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

Aldus te Brussel uitgesproken op tweeëntwintig september tweeduizend zesentwintig door:

J. CAMU,	kamervoorzitter,
K. VERHEYDEN,	griffier.
De griffier,	De voorzitter,
K. VERHEYDEN	J. CAMU