



Arrest

nr. 159 923 van 14 januari 2016
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, thans de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Mongolische nationaliteit te zijn, op 5 mei 2014 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 27 maart 2014 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 19 november 2015, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 18 december 2015.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken S. DE MUYLDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat V. HERMANS, die loco advocaat S. DEMEERSSEMAN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. DE WITTE, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekende partij dient op 28 juni 2011 een aanvraag om machtiging tot verblijf 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 (hierna: de Vreemdelingenwet) in.

1.2. Op 27 maart 2014 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 28.06.2011 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

(..)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 04.06.2012, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden(en):

Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.

De aangehaalde medische elementen werden niet weerhouden door de arts-adviseur (zie medisch advies d.d. 27.03.2014 onder gesloten omslag in bijlage).

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.

Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Gezien de asielprocedure van betrokkene nog lopende is of er nog geen bijlage 13qq afgeleverd werd na het afsluiten van de asielprocedure, verzoek ik u het attest van immatriculatie dat aan betrokkene werd afgegeven verder te verlengen tot nadere berichtgeving over de asielprocedure.

Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkene terug in het Wachtregister in te schrijven.”

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een enig middel voert de verzoekende partij de schending aan van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheids- en het evenredigheidsbeginsel, van de materiële motiveringsplicht en van artikel 3 van het EVRM.

Verzoekende partij betoogt als volgt:

“Overwegende dat overeenkomstig artikel 62 van de Vreemdelingenwet moeten alle administratieve beslissingen met redenen omkleed worden.

Overwegende dat artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 bepalen dat de bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd en dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat de motivering afdoende moet zijn.

Dat het zorgvuldigheidsbeginsel aan de verwerende partij de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.

Dat het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel derhalve inhoudt dat de verwerende partij bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het administratief dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Dat het evenredigheidsbeginsel ertoe stelt dat het bestuur in rechte en in feite een verantwoorde beslissing neemt.

Dat het redelijkheidsbeginsel inhoudt dat men op zicht van de opgegeven motieven zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot het maken van die keuze is kunnen komen. Dat met andere woorden, men moet voor een beslissing staan waarvan men ook na de lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk genomen is.

Dat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, bij zijn uitoefening van zijn wettelijk toezicht, dient na te gaan of de verwerende partij bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of hij die correct heeft beoordeeld en of hij op grond daarvan niet kennelijk onredelijk tot zijn besluit is gekomen.

Dat uit hiernavolgende bespreking zal blijken dat de verwerende partij niet op basis van een correcte feitenvinding tot haar conclusie is gekomen.

Overeenkomstig artikel 9ter van de Vreemdelingenwet kan een vreemdeling een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen, indien deze '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'.

In de bestreden beslissing, meer bepaald in het verslag van de arts-adviseur (stuk 2), wordt erkend dat de verzoekende partij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, doch er wordt geoordeeld dat de ziekte waaraan de verzoekende partij lijdt op een adequate wijze behandeld zou kunnen worden in zijn land van herkomst, zijnde Mongolië.

Er dient echter vastgesteld te worden dat uit de voorliggende medische attesten en de voorliggende objectieve informatie geenszins op een redelijke wijze tot het besluit kan gekomen worden dat de behandeling beschikbaar én toegankelijk zou zijn in Mongolië.

De verwerende partij erkent dat de aandoening van de verzoekende partij, nierinsufficiëntie, een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt.

De arts-adviseur stelt in zijn verslag dd. 27 maart 2014:

"Ik weerhoud dat betrokkene levenslang nood zal hebben aan hemodialyse tenzij een niertransplantatie."

(stuk 2)

Verkeerdelijk stelt de verwerende partij dat behandeling en opvolging beschikbaar én toegankelijk zou zijn voor de verzoekende partij in Mongolië.

beschikbaarheid

In het verslag van de arts-adviseur wordt verwezen naar informatie van de MedCOI-databank (stuk 7).

a)

Uit deze informatie zou kunnen geconcludeerd worden dat 'hemodialyse en de nodige faciliteiten voor niertransplantatie beschikbaar zijn in Mongolië'.

Er kan vastgesteld worden dat er in Mongolië slechts één ziekenhuis is waar de voor de verzoekende partij noodzakelijke zorgen beschikbaar zouden zijn, meer bepaald in het 'State First Central hospital' in de stad Ulaanbaatar.

Er kan eveneens vastgesteld worden dat er gespecialiseerde geneesheren zoals internisten en nefrologen in Mongolië zijn.

Ten slotte wordt bevestigend geantwoord op de vragen of hemodialyse drie keer per week mogelijk is en of er medische faciliteiten zijn voor een niertransplantatie.

Echter, uit deze informatie blijkt niet of de beschikbaarheid van de noodzakelijke medische zorgen voldoende uitgebreid is.

Wat is de patiëntenpopulatie? Wat is de capaciteit van de aanwezige dialysecentra? Hoeveel gespecialiseerde geneesheren zijn er?

Bij gebreke aan deze informatie kan niet geoordeeld worden of hier sprake is van een effectieve beschikbaarheid, dan wel een loutere theoretische beschikbaarheid.

Aangezien de arts-adviseur heeft nagelaten om de capaciteit van de dialysecentra af te toetsen aan de patiëntenpopulatie, kan niet op redelijke wijze geoordeeld worden omtrent de effectieve beschikbaarheid van levensnoodzakelijke zorgen in het land van afkomst van de verzoekende partij.

Of de verzoekende partij behandeld zal kunnen worden, dient daarentegen wel vastgesteld te worden met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid, gelet op het feit dat onderbreking van de hemodialyse tot de dood van de verzoekende partij zal leiden. Zelfs een kortstondige onderbreking van de behandeling kan nefaste gevolgen hebben.

b)

Daarnaast dient vastgesteld te worden dat de medicijnen alfacalcidol, sevelamer en lanthanum carbonate niet beschikbaar zijn in Mongolië.

In het verslag van de arts-adviseur wordt omtrent de onbeschikbaarheid van deze medicatie niets gemotiveerd. Hoewel om deze informatie werd gevraagd, werd deze informatie eenvoudig genegeerd door de arts-adviseur.

3.2.

toegankelijkheid

a)

Bij de beoordeling van de toegankelijkheid van de levensnoodzakelijke zorgen stelt de arts-adviseur vooreerst:

“Aangepaste medische begeleiding in Mongolië zou niet vergelijkbaar zijn met de behandeling die verzoeker in België ondergaat.”

De aangepaste medische begeleiding die de verzoekende partij op heden in België ondergaat, is echter levensnoodzakelijk. Een gehele dan wel gedeeltelijke stopzetting van de behandeling heeft nefaste, onomkeerbare gevolgen.

Indien de verzoekende partij met een mindere regelmaat hemodialyse kan genieten, zal zijn fysieke integriteit op ernstige wijze aangetast worden en zal zowel zijn levenskwaliteit als zijn levensduur drastisch verminderen.

Indien de verzoekende partij geen hemodialyse kan genieten, is de consequentie de dood. De bewoordingen in de medische attesten opgemaakt door de behandelende geneesheren zijn immers ondubbelzinnig en niet voor interpretatie vatbaar.

b)

De arts-adviseur gaat in zijn betoog verder dat een ziektekostenverzekering in Mongolië verplicht is. Werknemers dienen 4% van hun loon bij te dragen en herders, zelfstandigen en studenten dienen een vast bedrag te betalen.

Er dient echter vastgesteld te worden dat de verzoekende partij over geen van deze hoedanigheden beschikt: hij is geen werknemer, geen herder, geen zelfstandige en geen student.

Niet alleen wegens het feit dat de verzoekende partij geen van bovenvermelde hoedanigheden heeft, doch ook omwille van zijn lange afwezigheid uit Mongolië, kan de verzoekende partij beschouwd worden als een persoon die niet verzekerd is.

En over deze categorie van personen stelt de arts-adviseur het volgende: ‘wanneer je niet verzekerd bent, draag je de volledige kost van de zorg in de publieke secundaire en tertiaire gezondheidszorg zelf’.

De verzoekende partij, een persoon die geen inkomen zal genieten, kan onmogelijk zelf de kost van de voor hem levensnoodzakelijke zorg dragen.

c)

De arts-adviseur stelt dat ‘de kosten voor hemodialyse geheel gedekt (worden) door de overheid. In het jaar 2013 bedroeg het budget hiervoor ongeveer 4 miljard Tugriks’.

Teneinde deze informatie te staven, wordt verwezen naar een email dd. 14 maart 2014 van een local expert uit Ulaanbaatar, alsook een persartikel (“Internationale Dag van de Nier”) dd. 14 januari 2013.

Er dient echter vastgesteld te worden dat deze betreffende email alsook het genoemde persartikel NIET aan het administratief dossier werden toegevoegd. Daarnaast is het zo dat het persartikel evenmin in het Nederlands (of het Engels, Frans of Duits) te consulteren is (cf. stuk 8).

Het budget voor de hemodialyse bedraagt volgens de arts-adviseur 4 miljard Tugriks. Dit is ongeveer 1.621.568 EUR (100 Tugriks is 0,04 EUR). Een dergelijk budget lijkt hoog, maar opnieuw biedt een loutere opgave van het beschikbare budget geen antwoord op de vraag of de hemodialyse voor de verzoekende partij toegankelijk zal zijn in zijn land van herkomst.

Hoeveel patiënten zijn er die hemodialyse behoeven? Wat is de kostprijs van de behandeling per patiënt?

Enkel wanneer het budget afgetoetst wordt aan deze parameters, kan geconcludeerd worden of het budget voldoende hoog is.

d)

Het informatiedocument waarnaar de arts-adviseur verwijst, haalt meerdere ernstige problemen aan voor wat betreft de toegang tot de gezondheidszorg:

- Health workforce capacity is poorly distributed, and roles and responsibilities, including for family group practices, are not well defined.*
- Efficiency in service delivery is reduced by poor gate-keeping and referral system, inappropriate use of out-patient and inpatient care, distribution of hospitals and hospital beds, distribution of technology, not matching of health needs to supplies, low use of health information for management, low coordination between levels of care, roles and responsibilities of different levels and agencies not clear, outdated guidelines and protocols, and the poor capacity of health authorities for monitoring and provision of technical support.*
- In terms of financing, there is inefficiency in the allocation of resources between curative (hospital) services and preventive (PHC, FGP) services. Level of expenditure on hospital care is high compared to that on public health and primary care. Payment of providers tends to incentivize prolonged hospital stay and excessive diagnostics. Out-of-pocket payments pose barriers to access.*
- Issues in infrastructure include: outdated hospital buildings, utilities and equipment, lack of or limitations in equipment and supplies, water supply, telecommunications, electricity, sanitation system, lack of or limitations in ambulances and FGP transportation, lack of medicines or pharmacies and poor maintenance.*

- *Barriers to access are identified as income-related, geographic and demographic.*
 - *Demand-side challenges include self-medication, population mobility, vulnerable, unregistered populations, remote areas, poverty, low-income, public perception, and awareness and understanding about social health insurance.*
 - *Service delivery areas that need strengthening include rehabilitation and long-term care for the elderly and disabled. This is because families tend to provide informal caregivers.*
- (stuk 11, 'Health Service Delivery Profile, Mongolia, 2012')

Deze informatie wordt genegeerd door de arts-adviseur, hoewel deze gegevens een negatieve indicatie zijn voor de effectieve toegankelijkheid tot de levensnoodzakelijke gezondheidszorgen die de verzoekende partij nodig heeft.

e)

De arts-adviseur stelt dat het erg onwaarschijnlijk is dat de verzoekende partij in Mongolië geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp.

De stelling van de arts-adviseur is louter hypothetisch.

Zomaar veronderstellen dat de naaste familieleden van de verzoekende partij een steentje zullen bijdragen in de financiële situatie van de verzoekende partij, is kort door de bocht. De arts-adviseur maakt een veronderstelling zonder te weten hoeveel naaste familieleden de verzoekende partij nog heeft wonen in Mongolië, wat de band is die de verzoekende partij met deze familieleden heeft en wat het inkomen – en aldus financiële draagkracht – van deze familieleden is.

Bovendien, de arts-adviseur geeft met deze redenering toe dat het weinig waarschijnlijk is dat de noodzakelijke zorgen zogenaamd 'gratis' ('kosten voor hemodialyse worden geheel gedekt door de overheid') zullen worden aangeboden. Tevens lijkt de arts-adviseur toe te geven dat, zo de verzoekende partij een tussenkomst van de ziektekostenverzekering zou krijgen, quod non, het bedrag onvoldoende hoog zal zijn teneinde alle medische kosten te dragen.

Het weze benadrukt te worden, de erg dure behandeling is voor de verzoekende partij levensnoodzakelijk.

e)

De kwaliteit van de gezondheidszorg in Mongolië is uitermate laag.

In het informatiedocument 'Health Service Delivery Profile, Mongolia, 2012' die als bron werd gebruikt door de arts-adviseur, wordt het volgende gesteld:

"There are reports that the quality of health services are deteriorating. The government has established a National Quality Programme and a National Programme on Improving Hospital Quality Management (2008-2013), but as yet, there have been no reports as to how these plans have been implemented and no actual evidence on whether they have actually enhanced quality."

(stuk 11, eigen markering)

Recente persartikelen tonen aan dat er nog geen verbetering is voor wat betreft de kwaliteit van de gezondheidszorg.

"... The health care system of Mongolia is ranked first in the world for having the most number of physicians per 1,000 people. However, the quality of Mongolia's health services is one of the worst internationally and preventive service is almost non-existent today, forcing Mongolian citizens to avoid receiving domestic health services and instead entrust their health to foreign hospitals. The health policy, which permits these things to happen, lacks clarity."

ANOMALY IN HEALTH CARE SYSTEM

Mongolia, population three million, has 600 state-owned hospitals and 1,200 private ones. Mongolia's health industry has a total of 40,000 employees, 7,500 of which are doctors and 9,200 are nurses. Mongolia has 27 doctors, 36 nurses and 58 hospitals beds per 10,000 people. Although these numbers are higher than those of developed countries, the quality of medical services is worse than that of developing countries.

(...)

Primary care is provided through 311 soum hospitals and 220 family group practice facilities. The funding for primary health care is allocated in relation to the local population. Currently, the yearly funding per capita is about 17,000 MNT, which is approximately 10 USD. It is six times less than the amount recommended by the World Health Organization to Mongolia.

Secondary care is supposed to be delivered through 22 aimag (provincial) hospitals and nine district hospitals. However, district hospitals do not perform the simplest of surgeries, deliver babies or provide child health services. That is why all treatments and surgeries that should be done at primary and secondary care institutions are currently being handed over to the tertiary care institutions - 17 specialized hospitals and four clinics.

These tertiary care institutions are currently flooded with patients demanding treatments and surgeries that belong to primary and secondary levels. As a result, specialized hospitals are unable to fulfill their main responsibilities and only leave citizens the choice to travel abroad for medical treatment.

Mongolian hospitals still employ outdated equipment and operate in old buildings with planning and structure that are inadequate for the purposes of health institutions. Furthermore, they have weak infrastructure and are not able to meet the most basic hygienic and sanitary standards. Also, most hospitals falsely create congestion and make patients wait for many hours before providing medical services. Frustration towards medical institutions have reached an all time high as they allow some patients to stay in hospitals longer than required and tell those who desperately need hospital treatments that there are no beds available for them.

(...)

Hospitals have been spending most of their funding which are allocated from the public budget on maintenance costs of the old buildings that they operate in (heating, power... etc), purchase of medicine and medications, and hospital catering services. Only a small portion of funding goes into the actual health care and medical services. A total of 400 billion MNT was spent from the public budget on the health sector in 2013. It is absolutely not enough that they spent only 30 billion MNT on purchasing new equipment.

(...)

Mongolia is also ranked first in the world for having the most number of pharmacies per 1,000 people and the amount of counterfeit medications sold by them. According to a survey conducted by the Asian Development Bank in 2013, 28 percent of pharmacies in Mongolia were illegitimate. Local health authorities and inspection agencies who granted the permits to these illegitimate pharmacies should be making efforts to investigate such claims and stop counterfeit medication trade.

Furthermore, one fifth of the total drugs sold in Mongolia were not registered to the state. Is the State Specialized Inspection Agency aware of this? The fancy-named Mongolian Consumers' Association, who claim to be protecting the rights of consumers in the country, appears to have failed to notice that the person behind the counter in pharmacies have the prices of drugs and pills that they sell memorized without putting up any price tags.

WE NEED A CLIENT-CENTERED HEALTH SYSTEM RATHER THAN A HOSPITAL-CENTERED ONE ... Public hospitals are funded from the public budget based on the number of their employees. Furthermore, the management of public hospitals is appointed directly by the political party in power. Therefore, public hospitals attach no significance to their labor productivity or the quality of their service. All employees of public hospitals are public servants and the State Property Committee manages all properties of hospitals. Their funding is handled by the Ministry of Finance, which also makes the decision on what equipment it should purchase. The Ministry of Health also has a say in the purchases of public hospitals. For these reasons, public hospital management can never make business decisions quickly in urgent need.

All these anomalies in the system must be fixed immediately.

(...)

The current structure of the health sector will not allow any fundamental change even if twice the amount of funding for health care is received. Simply put, no difference can be made unless the whole system is changed.

Mongolian citizens are demanding their government to make a substantial reform in its health sector. Let us put our individual efforts for a healthier life."

(stuk 9, eigen markering)

"(...)

Mongolians today are frustrated by limited access to healthcare and the low quality of health insurance and services. Sick people who are in the depths of despair face death if they do not have money. The richer patients travel abroad to receive expensive medical treatments. This situation has been observed for a long time now.

People are now more prone to developing various kinds of diseases including cancer and tend to spend all their money on receiving medical treatment. Many people are facing poverty because of sickness or disease. Mongolians have been losing their faith in the low quality medical services that are provided at high costs by hospitals. The more able people have been travelling to affordable hospitals for prevention and early diagnosis.

In 2013, Mongolia spent three percent of its GDP on the health care industry. For a country with a per capita income lower than the international average, the three percent of GDP that we currently spend on health care is regarded as low when compared to the five percent recommended by the World Health Organization. However, this estimate does not take into account the money expended on buying medicine and dozens of millions of USD paid to foreign hospitals by Mongolian citizens.

(...)

The Health Insurance Fund has to be an independent institution that is not governed by any ministry. Ministers must not decide who manages the fund. The most senior management of the fund should be a National Social Health Insurance Council that purchases health services on behalf of people who have insurance and provides scrutiny over the prices and quality of those services.

Currently, the activities of the Health Insurance Fund are combined with other funds (pension, social care and benefits, occupational disease and unemployment insurances are all combined) and they are governed by the Ministry of Human Development and Social Welfare. That is why it has become impossible to focus the fund's activities on a single issue, and maintain control over or improve the quality of health services.

Prices and standards of health services are currently set by the Ministry of Health, which is the health care provider itself. Therefore, there is no way to measure, assess and promote the results of the expenditure from the public budget or the health insurance, which is the reason for the health industry's failure.

(...)"

(stuk 10, eigen marking)

Het beleid inzake gezondheidszorg baart velen zorgen, de kwaliteit van de gezondheidszorg is slecht, de toegang is beperkt...

Chronisch zieke mensen worden geconfronteerd met een persoonlijk faillissement. De hoge kosten die gepaard gaan met de levensnoodzakelijke zorgen kunnen zij niet dragen.

De informatie die de arts-adviseur in het verslag aanhaalt, is niet van die aard om te kunnen concluderen dat de voor de verzoekende partij onontbeerlijke zorgen effectief beschikbaar én toegankelijk zijn in Mongolië.

Verwijzing naar loutere theorie kan niet aantonen hoe het er aan toe gaat in de praktijk.

De arts-adviseur heeft niet in concreto geoordeeld.

Nochtans oordeelde uw Raad voorheen dat een in concreto beoordeling noodzakelijk is.

"3.16 De Raad wijst erop dat: "Het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong of verblijf gebeurt geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, en wordt geëvalueerd binnen de limieten van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens" (Parl.St. Kamer, 2005-2006, DOC 51-2478/001, p. 35).

Ten dezen blijkt uit de rechtspraak van het EHRM dat het onderzoek naar een mogelijke schending van artikel 3 van het EVRM meer betreft dan het louter beantwoorden van de vraag of het voor betrokkene, gezien zijn huidige gezondheidstoestand, fysiek mogelijk is om te reizen of de vraag of de verwijdering een reëel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van de betrokkene. Het Hof beoordeelt de voorzienbare gevolgen van terugkeer bij gezondheidsproblemen door eveneens oog te hebben voor alle omstandigheden die een aanhangige zaak betreffen, en dus ook voor de algemene omstandigheden in het land van herkomst alsook de persoonlijke situatie van een vreemdeling in dat land van herkomst. Het is immers mogelijk dat factoren en omstandigheden, die op zichzelf genomen geen aanleiding geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM, in hun combinatie wel aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM.

Aldus motiveert het Hof in haar arresten, zelfs als reeds is vastgesteld dat de ziekte van betrokken vreemdeling heden zich niet in een kritiek of vergevorderd stadium bevindt, ook verder met betrekking tot de eventuele beschikbaarheid van een medische behandeling in het land van herkomst en de eventuele aanwezigheid van een sociale of familiale opvang in het land van herkomst (zie in deze zin EHRM 29 mei 1998, nr. 40900/98, Karara v. Finland (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 15 februari 2000, nr. 46553/99, SCC v. Zweden (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 24 juni 2003, nr. 13669/03, Henao v. Nederland (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM, 22 juni 2004, nr. 17868/03, Ndangoya v. Zweden (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 25 november 2004, nr. 25629/04, Amegnigan v. Nederland (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 17 januari 2006, nr. 50278/99, Aoulmi v. Frankrijk, par. 57-60; EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05, N. v. Verenigd Koninkrijk, par. 46-51; EHRM 20 december 2011, nr. 10486/10, Yoh-Ekale Mwanje v. België, par. 81 e.v.)

Uit de rechtspraak van het EHRM blijkt overigens dat wanneer een geestelijk gezondheidsprobleem wordt aangevoerd in samenhang met een zelfmoordrisico, quod in casu, er moet worden nagaan in welke mate dit zelfmoordrisico reëel en concreet is. Daarbij wordt ook onderzocht welke voorzorgsmaatregelen er worden genomen door de Verdragsluitende Staat om een risico op zelfmoord te voorkomen. Het is hierbij van belang dat het bestaan en de beschikbaarheid van een geschikte behandeling in het land van terugkeer heeft onderzocht en vastgesteld.

Specifiek m.b.t. de beschikbaarheid van psychologische en psychiatrische behandeling in het land van herkomst zie EHRM 6 februari 2001, nr. 44599/98, Bensaid v. Verenigd Koninkrijk, par. 32-41; EHRM 7 juni 2010, nr. 21783/08, Anam v. Verenigd Koninkrijk (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 10 november

2005, nr. 14492/03, *Paramsothy v. Nederland* (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 20 januari 2004, nr. 76749/01, *Meho e.a. v. Nederland* (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 13 oktober 2011, nr. 10611/09, *Husseini v. Zweden*, par. 88-94; EHRM 20 oktober 2011, nr. 55643/09, *Samina v. Zweden*, par. 56-61 en EHRM 10 april 2012, nr. 60286/09, *Balogun v. Verenigd Koninkrijk*, par. 33 en EHRM 15 mei 2012, nr. 16567/10, *Nacic e.a. v. Zweden*, par. 52-55 en par. 86.”

(stuk 11, eigen markering)

Dat niet alleen de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen heeft gewezen op de noodzakelijke beoordeling in concreto, doch ook de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (naar dewelke in het hierboven geciteerd arrest uitvoerig wordt verwezen) stelt een in concreto beoordeling bij het onderzoek naar een eventuele schending van artikel 3 E.V.R.M. voorop.

Deze in concreto beoordeling kan niet louter veronderstellend zijn, doch de antwoorden dienen met zekerheid vastgesteld te worden!

Zoals hierboven reeds gesteld, werd er door de arts-adviseur in algemene termen geoordeeld omtrent:

- de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de levensnoodzakelijke zorgen;
- de mogelijkheid om te genieten van een verzekeringsbijdrage;
- de mogelijkheid om financiële hulp te krijgen van familie, vrienden of kennissen.

Ook omtrent de mogelijkheid tot reizen heeft de arts-adviseur slechts een algemene stelling aangenomen.

Bij dergelijke levensbedreigende aandoeningen kan een algemene beoordeling niet aanvaard worden. Er kan niet aanvaard worden dat met mensenlevens gespeeld wordt, doordat geoordeeld wordt dat theoretisch gezien behandeling wel mogelijk zou zijn, maar dat dit in de praktijk geenszins is aangetoond.

Uit de voorliggende informatie is het geheel onredelijk dat tot het besluit wordt gekomen dat behandeling en opvolging op een effectieve en adequate wijze beschikbaar én toegankelijk is in Mongolië.

De motieven in de bestreden beslissing – en het verslag van de arts-adviseur – zijn feitelijk onjuist en niet draagkrachtig.”

2.2. De in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. Hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de Vreemdelingenwet.

De bestreden beslissing moet duidelijk de determinerende motieven aangeven op grond waarvan de bestreden beslissing genomen is. In casu geeft de bestreden beslissing duidelijk de motieven en de juridische grond aan op basis waarvan de beslissing is genomen.

Uit het verzoekschrift blijkt evenwel dat de verzoekende partij de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht in casu is bereikt.

Waar de verzoekende partij inhoudelijke argumenten ontwikkelt tegen de bestreden beslissing, voert zij in wezen de schending aan van de materiële motiveringsplicht, zodat dit onderdeel van het middel vanuit dit oogpunt wordt onderzocht. Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is kunnen komen.

2.3. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.

2.4. Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, waarop de bestreden beslissing gestoeld is, vloeit voort dat het onderzoek tweeledig is. Ten eerste dient te worden aangetoond dat de aanvrager lijdt aan een ziekte en ten tweede dient te worden aangetoond dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of land van verblijf. De ziekte moet

aldus voldoende ernstig zijn en een reëel risico inhouden voor de fysieke integriteit wanneer er geen behandeling mogelijk is.

2.5. In casu heeft de arts-adviseur op 27 maart 2014 volgend medisch verslag opgesteld met betrekking tot de gezondheidstoestand van verzoekende partij:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aan vraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 28.06.2011.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

- Verwijzend naar het medisch attest d.d. 24.02.2011 van de hand van dr. W. Laurens waaruit blijkt dat betrokkene lijdt aan nierinsufficiëntie en daarvoor drie maal per week nood heeft aan hemodialyse.*
- Verwijzend naar de medische attesten d.d. 28.03.2011 en 29.03.2011 van de hand van dr. J. De Meester en waaruit blijkt dat betrokkene lijdt aan nierinsufficiëntie en daarvoor drie tot vier maal per week nood heeft aan hemodialyse. Betrokkene is eveneens besmet met het hepatitis b virus, er is geen behandeling.*

Ik weerhoud dat betrokkene levenslang nood zal hebben aan hemodialyse tenzij een niertransplantatie.

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) :

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank1 :

o van International SOS2 van 30.12.2013 met uniek referentienummer 4PAR008744.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat hemodialyse en de nodige faciliteiten voor niertransplantatie beschikbaar zijn in Mongolië.

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

"Aangepaste medische begeleiding in Mongolië zou niet vergelijkbaar zijn met de behandeling die verzoeker in België ondergaat. Er dient echter opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel kan afgegeven worden op basis van het feit dat de medische zorgen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen lopen.

Het gaat erom na te gaan of de nodige medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst of het land waar de verzoeker gewoonlijk verblijft. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat, zijn de verschillende nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. 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.

Daarnaast geldt ook nog het volgende : « (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. » (arrest nr. 26.565/05 van 27 mei 2008 van het EHRM, de zaak N. vs. het Verenigd Koninkrijk).

Aansluiting bij de ziektekostenverzekering is verplicht in Mongolië. Werknemers uit de formele sector dienen 4% van hun loon bij te dragen en herders, zelfstandigen en studenten dienen een vast bedrag te betalen. Wanneer je niet verzekerd bent, draag je de volledige kost van de zorg in de publieke secundaire en tertiaire gezondheidszorg zelf. De zorg in de primaire publieke sector wordt betaald door de overheid. Wanneer je wel verzekerd bent, betaalt het Health Insurance Fund een deel van de kosten gemaakt in publieke secundaire en tertiaire zorg. De verzekerde betaalt respectievelijk 10% en 15% van de gemaakte kosten.³ De Gezinscentra (Family Health Centre) behoren tot de private sector maar krijgen een subsidie wanneer ze hulp bieden aan armen, bejaarden, kwetsbaren en mensen uit verafgelegen gebieden. Daarnaast zijn er ook private ziekenhuizen die erkend zijn door het Health Insurance Fund en ook subsidies ontvangen.⁴ Het gezondheidszorgsysteem is wel zo geregeld in Mongolië dat de Health Insurance Fund niet terugbetaald wanneer men zonder doorverwijzing zich laat hospitaliseren of laat behandelen door specialisten. Alleen met een doorverwijzing van de primaire zorgverstrekkers worden de kosten terugbetaald. De kosten voor hemodialyse worden geheel gedekt door de overheid. In het jaar 2013 bedroeg het budget hiervoor ongeveer 4 miljard Tugriks.

Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Mongolië- het land waar hij tenslotte meer dan 45 jaar verbleef- geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar/ of voor (tijdelijke) financiële hulp

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient nogmaals verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en

dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E. V.R.M. (Arrest nr. 81574 van 23 mei 2012)"

Conclusie:

Uit het voorgelegd medisch dossier kan niet worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland."

2.6. Verzoekende partij is het in essentie oneens met de beoordeling als zouden de medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in Mongolië.

2.6.1. Verzoekende partij betoogt dat er één ziekenhuis is in Mongolië waar de noodzakelijke medische zorgen beschikbaar zijn, dat er wel internisten en nefrologen zijn alsook dat hemodialyse drie keer per week mogelijk is en dat er faciliteiten zijn voor niertransplantatie maar zij meent dat hieruit niet blijkt of de beschikbaarheid van de benodigde medische zorgen voldoende uitgebreid is zodat het enkel gaat om een theoretische beschikbaarheid. Zij meent dat duidelijkheid had moeten verschaft worden over de capaciteit van de dialysecentra afgetoetst aan de patiëntenpopulatie.

2.6.2. De Raad benadrukt in dit kader evenwel dat uit de bewoordingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet volgt dat in beginsel slechts dient vast te staan dat er een adequate behandeling mogelijk is in het land van herkomst. Eveneens vereist artikel 9ter van de Vreemdelingenwet slechts dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de ambtenaar-geneesheer vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. Met haar betoog dat niet blijkt of de medische zorgen in het herkomstland voldoende uitgebreid zijn, maakt de verzoekende partij niet aannemelijk dat zij in haar land van herkomst geen adequate medische verzorging zal krijgen. Zij erkent trouwens zelf dat de benodigde medische zorgen aanwezig zijn in het land van herkomst en uit voorts slechts niet onderbouwde twijfels aangaande de effectieve beschikbaarheid, hetgeen geen afbreuk kan doen aan de vaststellingen van de arts-adviseur die zijn bevindingen gebaseerd heeft op objectieve bronnen.

2.6.3. Waar verzoekende partij erop wijst dat de medicijnen alfacalcidol, sevelamer en lanthanum carbonate niet beschikbaar zijn in Mongolië – hetgeen zij afleidt uit de door de arts-adviseur gehanteerde bronnen - toont zij niet aan dat zij deze medicijnen behoeft. Immers wordt nergens in de door haar neergelegde medische attesten gesteld dat verzoekende partij voormelde medicijnen behoeft zodat de arts-adviseur hieromtrent ook niet diende te motiveren.

2.6.4. Wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen blijkt dat de arts-adviseur vooreerst reageert op de stelling van de verzoekende partij in haar aanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet dat de zorgen – voor zover ze al beschikbaar zouden zijn in Mongolië – van een kwalitatief lager peil zijn dan de zorgen in België. De arts-adviseur reageert daarop met de stelling dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet niet inhoudt dat een verblijfsmachtiging moet afgegeven worden louter omdat blijkt dat de medische zorgen in België kwalitatief hoogstaander zijn dan de zorgen in het land van herkomst. Zoals de arts-adviseur bemerkt gaat het erom zich ervan te verzekeren dat de betrokkene de vereiste zorgen kan bekomen in het herkomstland. Het gaat er echter niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau hetzelfde is. Zoals voorts blijkt ontkent de arts-adviseur ook niet dat de behandeling die de verzoekende partij behoeft levensnoodzakelijk is. Uit niets blijkt evenwel dat verzoekende partij haar behandeling niet kan verderzetten in het herkomstland. Zoals uit de door de arts-adviseur geconsulteerde bronnen immers blijkt is nierdialyse mogelijk in Mongolië en is zowel nier- als hemodialyse drie maal per week mogelijk, hetgeen blijktens de door de verzoekende partij neergelegde medische attesten vereist is. Eveneens is er mogelijkheid tot niertransplantatie. Verzoekende partij toont geenszins aan dat er een gehele of gedeeltelijke stopzetting van medische zorgen zal plaatsvinden bij terugkeer naar het herkomstland.

2.6.5. Met haar kritiek op het feit dat zij geen werknemer, herder, zelfstandige of student is en aldus niet kan beschouwd worden als verzekerde persoon in Mongolië, gaat verzoekende partij er evenwel aan

voorbij dat de arts-adviseur er voorts op gewezen heeft dat de primaire publieke sector betaald wordt door de overheid en dat er voorts de Health Insurance Fund is die terugbetaald wanneer men wordt doorverwezen voor hospitalisatie of specialistische behandeling. Voorts wordt erop gewezen dat de kosten voor hemodialyse volledig gedekt worden door de overheid. Waar de verzoekende partij erop wijst dat de email van 14 maart 2013 ter ondersteuning van voorgaande niet terug te vinden is in het administratief dossier dient evenwel vastgesteld dat de verwerende partij bij haar nota met opmerkingen voormelde email gevoegd heeft zodat de verzoekende partij hier nog kennis van heeft kunnen nemen. Verzoekende partij toont voorts ook niet aan dat zij in kader van de passieve openbaarheid van bestuur inzage gevraagd heeft in deze stukken of dat deze inzage haar geweigerd werd. Uit deze informatie blijkt voorts dat de kosten van hemodialyse volledig gedekt worden door de overheid. Tevens heeft de verwerende partij ook het persartikel van 14 maart 2013 gevoegd aan haar nota met een vertaling. Verzoekende partij maakt dan ook niet aannemelijk dat niet blijkt of hemodialyse voor haarzelf toegankelijk zal zijn, dit temeer nu zij zelf erkent dat het overheidsbudget ter financiering van de hemodialyse hoog is. Met haar betoog dat niet zou blijken of dit budget voldoende is omdat niet geweten is hoeveel patiënten deze behandeling behoeven en wat de kostprijs is – dit terwijl uit de voormelde email deze gegevens wel blijken – toont verzoekende partij niet aan dat de behandeling voor haar financieel niet toegankelijk zal zijn omdat de gehanteerde informatie stelt dat de kosten gedragen worden door de overheid en nergens uit blijkt dat de personen die deze behandeling behoeven ook zelf zouden moeten instaan voor de kosten ervan.

2.6.6. Verzoekende partij voert voort weerom een gans betoog aangaande de lagere kwaliteit van de zorgen in het land van herkomst alsook wijst zij op bepaalde insufficiënties binnen de gezondheidszorg in Mongolië doch met dergelijk algemeen betoog zonder specifiek aan te tonen dat zij verstoken zal blijven van de door haar specifiek benodigde zorgen waarvan de arts-adviseur heeft vastgesteld dat deze beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, toont zij niet aan dat de bestreden beslissing kennelijk onredelijk is.

2.6.7. De Raad stelt voorts vast uit nazicht van het administratief dossier dat verzoekende partij pas op 47-jarige leeftijd naar België is gekomen en voordien steeds in Mongolië heeft gewoond waar zij handelde in auto-onderdelen. Voorts blijkt dat zij voor haar reis naar België in staat was om 25 miljoen Tugrik te betalen, wat neerkomt op een kleine 12 000 euro, hetgeen geen onaanzienlijk bedrag is. Gelet op het jarenlange verblijf van verzoekende partij in het land van herkomst alsook het feit dat zij actief was in de maatschappij aldaar, is het geenszins kennelijk onredelijk te stellen dat verzoekende partij aldaar nog banden heeft met personen, weze het familie, vrienden of kennissen, die indien nodig haar kunnen bijstaan voor (tijdelijke) opvang of (tijdelijke) financiële hulp. Het betoog dat niet blijkt wat de financiële situatie van deze personen is, zonder dat zijzelf aantoonde dat zij inderdaad geen beroep zou kunnen doen op voormelde personen indien nodig, kan geen afbreuk doen hieraan.

Door er voorts op te wijzen dat verzoekende partij indien nodig nog beroep kan doen op familie, kennissen of vrienden geeft de arts-adviseur, in tegenstelling tot wat verzoekende partij voorhoudt, daarmee niet aan dat de kosten van hemodialyse toch door de verzoekende partij zullen moeten gedragen worden. De arts-adviseur heeft enkel een zo volledig mogelijk onderzoek willen voeren naar de financiële toegankelijkheid van de medische zorgen en is daarvoor alle opties nagegaan die voor de verzoekende partij openstaan.

2.6.8. De verzoekende partij beperkt zich voorts tot een verwijzing naar zeer algemene citaten om daaruit af te leiden dat de medische zorgen niet toegankelijk noch beschikbaar zijn. Evenwel benadrukt de Raad nogmaals dat het loutere feit dat de gezondheidszorg in het land van herkomst van een kwalitatief minder niveau is dan in België, niet inhoudt dat verzoekende partij een verblijfsmachtiging op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet dient te krijgen. Het gaat erom zich ervan te verzekeren dat adequate medische verzorging beschikbaar en toegankelijk is. Met een verwijzing naar algemene citaten toont de verzoekende partij geenszins aan dat de specifieke medische zorgen die zij behoeft niet beschikbaar noch toegankelijk zijn in het land van herkomst en weerlegt zij aldus niet de bevindingen van de arts-adviseur terzake. De Raad verwijst voor zover als nodig naar zijn voorgaande bespreking.

2.7. Verzoekende partij toont evenmin aan dat de arts-adviseur haar specifieke situatie niet in concreto heeft onderzocht of dat de arts-adviseur zich zou beperkt hebben tot algemene stellingen. Integendeel, het advies van de arts-adviseur toont aan dat deze de medische situatie zoals die blijkt uit de door de verzoekende partij voorgelegde medische attesten heeft onderzocht, vastgesteld dat medische verzorging noodzakelijk is en in functie daarvan nagegaan is of een adequate medische verzorging

beschikbaar en toegankelijk is voor de verzoekende partij in het land van herkomst. Verzoekende partij toont geenszins aan dat dit slechts om een theoretisch onderzoek zou gaan.

2.8. Met betrekking tot de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat deze verdragsbepaling niet het recht waarborgt om op het grondgebied van een Staat te blijven louter om de reden dat die Staat een betere medische verzorging kan verstrekken dan het land van herkomst en dat zelfs de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand van een vreemdeling beïnvloedt niet volstaat om een schending van die bepaling op te leveren. Enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn, hetgeen in voorliggende zaak niet blijkt, kan een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./Verenigd Koninkrijk). De bestreden beslissing verklaart de aanvraag tot medische regularisatie bovendien ongegrond omdat geoordeeld wordt dat de medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, hetgeen verzoekende partij niet heeft weten te weerleggen, en houdt geen verwijderingsmaatregel in en al zeker geen uitwijzing van de verzoekende partij. In die zin kan dan ook geen schending van artikel 3 van het EVRM door de bestreden beslissing worden vastgesteld.

2.9. Waar de verzoekende partij via schrijven van 3 december 2014 nog twee medische verslagen aan de Raad overmaakt ter ondersteuning van haar standpunt, wijst de Raad erop dat deze medische verslagen niet voorlagen aan het bestuur voor het treffen van de bestreden beslissing en het bestuur hierover aldus geen standpunt kon innemen. De Raad wenst te benadrukken dat de regelmatigheid van een administratieve beslissing dient beoordeeld te worden in functie van de gegevens waarover het bestuur ten tijde van het nemen van zijn beslissing kon beschikken om deze beslissing te nemen. Dit betekent derhalve dat de stukken waarop het bestuur zich kan baseren voor het nemen van de bestreden beslissing zich in het administratief dossier moeten bevinden, of ten laatste voor de bestreden beslissing aan het bestuur moeten worden overgemaakt. Dit is per definitie niet het geval met stukken die pas samen met het verzoekschrift of nadien worden voorgelegd. De verwerende partij kon derhalve op het moment van de bestreden beslissing geen kennis hebben van de medische attesten die verzoekende partij nu voorlegt. Wanneer de Raad als annulatierechter een administratieve beslissing aan de wet toetst treedt hij niet op als rechter in hoger beroep die op aanvraag van de rechtzoekende de ware toedracht van de feiten gaat beoordelen. Hij onderzoekt enkel of de gemachtigde van de staatssecretaris in redelijkheid is kunnen komen tot de door hem gedane vaststelling van feiten en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn welke met die vaststelling onverenigbaar zijn. In het kader van een marginale toetsing wordt de aangeklaagde onwettigheid slechts dan gesanctioneerd wanneer daarover geen redelijke twijfel kan bestaan, m.a.w. wanneer de beslissing kennelijk onredelijk is. De thans voorliggende medische attesten kunnen aldus niet dienstig worden aangebracht in onderhavige procedure.

2.9. Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, ongegrond.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op veertien januari tweeduizend zestien door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

S. DE MUYLDER