Raad voor Vreemdelingenbetwistingen

Arrest

nr. 231 002 van 9 januari 2020
in de zaak RvV X / VIII

In zake: **X**

Gekozen woonplaats: **ten kantore van advocaat T. VAN DEN BOSSCHE**
Volhardingstraat 71
2020 ANTWERPEN

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en Volks-gezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Mongolische nationaliteit te zijn, op 2 oktober 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volks-gezondheid, en van Asiel en Migratie van 30 juli 2019 houdende het niet verlengen van de machtiging tot voorlopig verblijf op grond van artikel 9*ter* 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).

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 7 november 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 28 november 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. WIJNANTS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat T. VAN DEN BOSSCHE, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat B. HEIRMAN, die loco advocaten C. DECORDIER en T. BRICOUT verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoekster diende op 23 januari 2018 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9*ter* van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 21 maart 2018 werd verzoekster omwille van haar gezondheidstoestand gemachtigd tot een tijdelijk verblijf van één jaar.

Op 6 april 2019 diende verzoekster een aanvraag in tot verlenging van de voormelde machtiging. Deze verlenging werd met de bestreden beslissing van 30 juli 2019 geweigerd, op grond van de volgende motieven :

"Onder verwijzing naar de aanvraag die op datum van 06/04/2019 bij onze diensten werd ingediend tot verlenging van de machtiging tot voorlopig verblijf, voordien toegestaan 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, ingesteld door artikel 5 van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980, en in toepassing van artikel 13 van de wet van 15 december 1980, gewijzigd door artikel 12 van de wet van 15 september 2006, deel ik u mee dat, overeenkomstig artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 (B.S. 31/05/2007) en art. 13 §3,2° van de wet van 15 december 1980, aan dit verzoek tot verblijfsverlenging geen gunstig gevolg kan worden gegeven.

Overwegende dat een aanvraag tot verblijfsmachtiging bij onze diensten werd ingediend op basis van genoemd artikel 9ter op 23/01/2018. Dat dit verzoek door onze diensten op 21/03/2018 gegrond werd verklaard waarna men in het bezit werd gesteld van een bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister, dit BIVR mag niet langer verlengd worden.

Reden :

Overwegende dat na onderzoek door onze arts-adviseur (zie gesloten omslag, verslag dd. 25/07/2019), zij concludeerde dat de medische elementen die aangehaald werden door betrokkene niet weerhouden kunnen worden.

Overwegende dat evenwel de omstandigheden op grond waarvan de machtiging oorspronkelijk werd toegestaan niet langer bestaan, of dat deze zodanig zijn gewijzigd dat de machtiging niet langer nodig is (artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 (B.S. 31/05/2007) tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980), waarbij werd nagegaan of de verandering van deze omstandigheden een voldoende ingrijpend en niet-voorbijgaand karakter heeft.

Dat derhalve, gezien hoger gemaakte vaststellingen, het niet langer blijkt
1) dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of
2) 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 geen bewijs aanwezig dat een terugkeer naar haar 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).

Het bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister dat werd afgegeven aan betrokkene dient door uw diensten te worden ingehouden en betrokkene dient afgevoerd te worden uit het Vreemdelingenregister wegens verlies verblijfsrecht. "

Het advies van de arts-adviseur van 25 juli 2019, waarnaar wordt verwezen in de bestreden beslissing, luidt als volgt:

"Graag kom ik terug op uw vraag tot herevaluatie van het medisch dossier voorgelegd door voornoemde persoon in het kader van een aanvraag tot verlenging van de verbiijfsmachtiging,
Er werd reeds eerder een advies verleend door mezelf op datum van 13-3-2018 wegens het niet beschikbaar zijn van de medicatie voor behandeling van haar hepatitis G. Er werd In het advies duidelijk vermeld dat de verblijfsvergunning alleen was omwille van het niet beschikbaar zijn van de medicatie. De verdere opvolging in het kader van de cirrose en de mogelijke levertransplantatie is beschikbaar in het thuisland, zoals in dat advies verduidelijkt.

1. Hiervoor maak ik gebruik van de attesten die ons werden bezorgd sinds het vorig advies:
- Standaard medisch getuigschrift d.d, 3-4-2019 van Dr, B. met de volgende informatie:
o levercirrose door hepatitis C met succesvolle eradicatie

o opvolging door een hepatoloog vereist
o mantelzorg door dochter ?
o medicatie: Zepatier

2. Actuele aandoening(en) en behandeling:
Uit de aangeleverde informatie kunnen we besluiten dat betrokkene, een dame van 63 jaar afkomstig uit Mongolië in 2018 een behandeling met Epclusa ontving voor haar Hepatitis C. Deze behandeling heeft in 95% van alle gevallen een succes met uitroeien van het virus in het bloed.
Op het huidig SMG wordt vermeld dat deze behandeling succesvol was.
Bij medicatie staat vermeld dat betrokkene Zepatier (? zeer onleesbaar) inneemt. Deze medicatie heeft dezelfde indicatie als Epclusa en is een combinatie van twee andere antivirale middelen namelijk Eibasvir en Grazoprevir. Dit is een volledige contradictio in terminis. Bijkomend is dit niet de keuze behandeling zo Epclusa gefaald heeft.
Zo de cirrose verder evolueert of een hepatocellulair carcinoom optreedt is de behandeling levertransplantatie (vermeld in vroegere attesten), Heden wordt er niet over deze optie gesproken en wordt alleen de opvolging door een hepatoloog vermeld. Dit is ook zeer verwonderlijk vermits op de attesten van de eerdere aanvraag de aanwezigheid van een hepatocellulair carcinoom vermeld staat, Het is zeer onwaarschijnlijk dat zo dit nog heden aanwezig is deze aandoening niet vermeld zou worden op het SMG.
We besluiten dus zoals vermeld op het SMG de behandeling succesvol is en dat er opvolging door een hepatoloog nodig is.
Betrokkene woont heden bij de dochter maar er is in het dossier geen enkel element te weerhouden dat zij mantelzorg nodig heeft. Bijkomend dient vermeld dat mantelzorg geen medische behandeling is en niet ingeschreven staat in de voorwaarden van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.
Op basis van de vermelde medische gegevens kan worden afgeleid dat de betrokkene kan reizen.

3. 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:
- Aanvraag Medcoi van 28-2-2018 met het unieke referentienummer 10731
- Aanvraag Medcoi van 22-1-2019 met het unieke referentienummer 11988
Betreffende de behandeling/zorgen kunnen we besluiten zoals reeds aangegeven in het advies d.d. 13-3-2018 dat de nazorg in het kader van de levercirrose bij betrokkene een dame van 63 jaar afkomstig uit Mongolië beschikbaar is in het thuisland. Hepatologen zijn beschikbaar, uitgebreide toetsing van de leverfunctie (bloed, echografie, fibroscan) is beschikbaar evenals de mogelijkheid van een mogelijke levertransplantatie zo nodig.
Vanuit het standpunt van beschikbaarheid van opvolging na een succesvolle behandeling van de hepatitis C is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar het thuisland.

4. 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 systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.,.. Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.
Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.
Tot 1990 verbleef Mongolië in de Sovjet invloed en was de gezondheidszorg georganiseerd op het streng gecentraliseerd Semashko model Dit systeem was gekenmerkt door een hiërarchisch opgebouwd en sterk gecentraliseerde gezondheidszorg waar de staat verantwoordelijk was voor

voorziening en onderhoud van de gezondheidszorg die ook gratis was. De zorg was vooral aanwezig in hospitalen en de primaire zorg was weinig ontwikkeld.
In 1990 werden verschillende hervormingen doorgevoerd met het ontwikkelen van een statutair systeem gebaseerd op 2 grote administratieve entiteiten namelijk de provincies of aimags en de hoofdstad Ulaanbaatar. De provincies op hun beurt zijn onderverdeeld in soums en deze in baghs, de hoofdstad in districten en verder in khoroos. Deze onderverdeling vertegenwoordigd ook de klassieke onderverdeling in de gezondheidszorg in primaire, secundaire en tertiaire sector. De Health act van 2011 verduidelijkte de opdeling in detail.
Het ministerie van volksgezondheid (MOH Ministry of Health) is als centraal administratieve instelling verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de gezondheidspolitiek, de planning en de regulering en de supervisie. Het verzekert de implementatie van de wetten in praktijk. Het ministerie kan menselijke ontwikkeling en sociale welvaart (MOHDSW Ministry of Human Développement and Social Welfaire) is dan op zijn beurt verantwoordelijk voor de sociale zekerheid door het algemeen bureau voor sociale zekerheid (SÎGO, Social Insurance General Office) dat zorgt voor de implementatie van de wetgeving in kader van sociale zekerheid zoals zijn naam verduidelijkt.
De verschillende niveaus in de gezondheidszorg hebben hun eigen verantwoordelijkheid:
- In de eerste lijn werd het concept van de familie dokter geïntroduceerd. Ondanks de verplichting op doorverwijzing blijft de spontane consultatie van de tweede lijn zeer frequent
- De tweede lijn of secundaire zorg is te vinden in verschillenden district hospitalen in de hoofdstad en in provinciale ziekenhuizen in de verschillende steden en provincies. Zij staan in voor de algemene specialistische geneeskunde
- De tertiaire zorg treffen we aan in de gespecialiseerde ziekenhuizen in de hoofdstad en in 4 diagnostische en behandelingscentra in de provincies. Zij bieden hooggespecialiseerde zorg aan zoals daar zijn neurochirugie, cardiochirugie, oncologie, congenitale chirurgie en transplantatlechirugie
De modaliteit van tele-geneeskunde is in ontwikkeling omwille van uitgebreidheid van het land en geeft de mogelijkheid aan de meest afgelegen delen ook een specialistische zorg te ontvangen.
Het merendeel van de zorgen wordt geleverd door de publieke sector maar er zijn ook modaliteiten in de verschillende niveaus in de private sector. Bijkomend promoot de overheid ook de meer traditionele vormen van geneeskunde.
Speciale voorzieningen worden getroffen voor de armen en daklozen zodat zij ook kwalitatieve zorg kunnen ontvangen, dit onder voogdij van het MOH in het Enerel hospitaal in de hoofdstad.
In het kader van de voorziening van medicatie , dit valt eveneens onder de verantwoordelijkheid van het MOH en een lijst van essentiële geneesmiddelen werd opgesteld onder toezicht van het WHO
In het kader van terugbetaling en dergelijke wordt elke burger verplicht zich te registreren en jaarlijks een check-up te laten uitvoeren. Dit garandeert hun terugbetaling van zorg. Wanneer er geen doorverwijzing is dient de patiënt ook de volledige kost te betalen.
Er bestaat een algemene ziekteverzekering die ongeveer 98% van de bevolking dekt.
Uit het onderzoek van de toegankelijkheid van de zorg kunnen we dus besluiten dat voor betrokkene alle noodzakelijke zorg beschikbaar is en toegankelijk, zelfs in Mongolië.
Betrokkene heeft geen nood aan mantelzorg. Het lijkt ook erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in het land waar zij ruim +/- 53 jaar verbleef, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (lijdelijke) financiële hulp. Integendeel zelfs, in haar asielaanvraag (d.d. 13/11/2009), haalt ze zelf aan dat ze in Mongolië nog een dochter en zus heeft wonen, alsook heeft ze een dochter die in België woont. Niets wijst er dus op dat betrokkene niet zou kunnen rekenen op de financiële steun van deze familieleden zowel in Mongolië als vanuit België. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor zichzelf en voor de nodige kosten die gepaard gaan met de behandeling van hun moeder/zus. Betrokkene vermeldt ook in diezelfde asielaanvraag dat ze 4000 $ betaald heeft aan een smokkelaar om naar België te komen. Hieruit kan men ook concluderen dat betrokkene de financiële middelen heeft om voor zichzelf in te staan in Mongolië.
Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doei heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in hei vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstallen van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

5. Conclusie:
Uit de beschikbare medische gegevens blijkt geen aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling in het herkomstland is. De behandeling voor hepatitis C is afgerond.
Bijgevolg stel ik vast dat er geen sprake is van een ziekte zoals voorzien in §1, eerste lid van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd artikel.
De betrokkene voldoet niet langer aan de voorwaarden voor een tijdelijke verblijfsmachtiging volgens art. 9 van het KB van 17 mei 2007 omdat de omstandigheden op grond waarvan de machtiging werd verleend niet langer bestaan of voldoende ingrijpend en met een niet-voorbijgaand karakter zijn gewijzigd.
Bijkomend zijn de verdere opvolging en eventuele behandeling beschikbaar in het land van herkomst."

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Het eerste middel is afgeleid uit de schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, en wordt als volgt uiteengezet:

"Verwerende partij schendt door haar beslissing het zorgvuldigheidsprincipe. Dit beginsel houdt o.m. in dat de administratieve overheid de elementen en bewijsstukken die haar voorgelegd worden, behoorlijk dient te onderzoeken, haar beslissingen op een zorgvuldige wijze dient voor te bereiden en deze dient te stoelen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167 411; RvS 14 februari 2006, nr. 154 954).
Verzoekster lijdt nog steeds aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven en haar fysieke integriteit.
Verzoekster heeft leverkanker. Deze ziekte houdt een reëel risico in op een onmenselijke en vernederende behandeling in Mongolië gezien aldaar geen adequate behandeling voorhanden is.
Minstens kan verzoekster deze behandeling niet betalen.
Verzoekster verwijst in casu nogmaals naar de medische attesten van haar behandelend arts dr. B.
De behandeling die verzoekster in het verleden volgde was inderdaad voorlopig 'succesvol' doch zij dient levenslang behandeld te worden met de juist medicatie gezien ze anders zal komen te overlijden.
De adviserend geneesheer van verwerende partij had dit uit de stukken die hem werden voorgelegd moeten kunnen afleiden. Hij stelt zelf in zijn beslissing dd. 25.07.2019 dat zo de cirrose verder evolueert of een hepatocellulair carcinoom optreedt, verzoekster een levetransplantatie dient te ondergaan.
Verzoekster kan, in tegenstelling tot wat verwerende partij beweert, de noodzakelijke medicatie niet verkrijgen in Mongolië, minstens heeft zij er geen toegang toe."

2.2. Het tweede middel is afgeleid uit de schending van artikel 9*ter* van de Vreemdelingenwet en artikel 3 van het EVRM. Verzoekster stelt het volgende:

"Artikel 9ter van de Wet van 15.12.1980 stelt dat een vreemdeling die in België verblijft, en zijn identiteit kan bewijzen, een machtiging tot verblijf kan aanvragen indien hij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of zijn fysieke integriteit, of die een reëel risico inhoudt op onmenselijke of vernederende behandeling wanneer hij teruggestuurd zou worden naar zijn land van herkomst en er daar geen adequate behandeling voorhanden is.
Terzake verwijst verzoekster naar de rechtspraak van de RvS aangaande de draagwijdte van art. 9 ter Vreemdelingenwet (arresten nrs. 225.632, 225.633 en 225.635 van 28 november 2013, en nr. 223.961 van 19 juni 2013).

In voormelde arresten stelt de RvS dat de criteria van artikel 9ter Vreemdelingenwet ruimer zijn dan de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens over artikel 3 EVRM bij repatriëring van een zieke vreemdeling.

De hoge drempel die het Europees Hof voor de Rechten van de Mens hanteert voor de toepassing van artikel 3 EVRM in medische zaken is niet bruikbaar voor artikel 9ter Vreemdelingenwet.

Artikel 3 EVRM is slechts een minimumnorm en verbiedt geen ruimere bescherming in de nationale wetgeving.

M.a.w. verwerende partij mag de medisch regularisatie niet beperken tot "direct levensbedreigende ziektes" of een "kritieke gezondheidstoestand".

In casu is de medische toestand van verzoekster momenteel niet kritiek maar zal het wel worden van zodra verzoekster stopt met het nemen van de nodige medicatie.

Indien verzoekster verstoken blijft van de nodige medische zorgen in haar thuisland, zal haar toestand echter zeer snel achteruitgaan, met alles gevolgen van dien.

De arts van verwerende partij stelt in zijn beslissing dd. 25.07.2019 dat er gespecialiseerde ziekenhuizen zijn in de hoofdstad. In het kader van de terugbetaling wordt elke burger verplicht zich het registeren en jaarlijks een check-up te laten uitvoeren. Verzoekster verblijft al een paar jaar in België en heeft geen banden meer met haar thuisland. Als zodanig heeft zij zich aldaar de laatste jaren niet kunnen laten registreren waardoor ze geen recht heeft op terugbetaling van medische zorgen/medicatie als die dan al aanwezig zouden zijn.

In verzoekster haar land van herkomst is er geen of slechts een onzekere of zeer beperkte beschikbaarheid van medische zorgen voor haar ziekte.

Bovendien, indien er al medische zorgen zouden zijn, zijn deze financieel niet toegankelijk voor verzoekster en is er geen sociaal vangnet voorhanden.

De dochter van verzoekster woont in België, zij zorgt thans voor verzoekster, die volledig verzwakt is.

Dat de medische zorgen in Mongolië te wensen over laten en daarenboven zeer duur zijn, blijkt uit volgend artikel : http://www.wpro.who.int/hepatitis/resource/features/mongolia_story/en/

Hepatitis: a crisis in Mongolia

Mongolia: Former liver cancer patient Altantuya Doljisuren, 51, is desperately searching for hepatitis B treatment for her son Bayasgalan Olongbayar, 26, as well as his brother who has hepatitis c. The family cannot afford hepatitis tests and treatment, and are resorting to herbal remedies such as boar's liver and camel hair broth.

Since the arrival of the Year of the Water Snake, Oyunsukh Dashnyam, the eldest of three children of an ordinary working family in Mongolia, has faced anxious thoughts on one topic: how to keep her father alive. A former military man turned miner; 57-year-old Oyunsukh's liver disease progressed rapidly. He developed a sack-like belly during Lunar New Year celebrations in 2013 and was diagnosed with ascites and a high hepatitis C viral load. In April doctors told Oyunsukh he had cirrhosis1. In October he was diagnosed with liver cancer.
"We took our dad to South Korea in November, hoping that we could arrange a liver transplant for him there, " says 30-year-old Dashnyam, a kindergarten teacher. "However we could not cover the costs of this surgery and spent all the money we had on having dad's blood vessels that were feeding the four tumors in his liver tied up and the treatment that followed. "
The family understood that without a liver transplant they may lose their father to liver cancer. Mongolia has the highest rate of liver cancer in the world: prevalence in Mongolian men is eight times higher and in women 16 times higher than the global average.
By the next year; the Year of the Blue Horse, Oyunsukh had developed three more tumors in his liver. Dashnyam and her siblings researched liver transplantation extensively. The family collected its savings - profits from selling underwear and socks at Ulaanbaatar's largest open-air market.
Surgery in India was considered, but beyond the family's means at US$ 50 000. The cost elsewhere was more prohibitive - in the Republic of Korea for example the surgery cost US$ 300 000.
"We had no choice but to consider having the surgery performed here, in Mongolia" says Dashnyam. However she was told to call back in four months to get her father's number on the waiting list. "In Mongolia a liver transplant costs 65 million Mongolian Tugrik (US$ 35 000). But we're not even on the waiting list, " says Dashnyam whose two younger siblings are willing to donate parts of their own livers to their father. "I'm willing too, " says Dashnyam. "But I cannot. The doctors said I am overweight so my liver isn't suitable".
Oyunsukh, does not want any surgery. "It's too risky for my children and too costly -1 do not want them to sacrifice everything for me. They need to raise their own children and live well themselves. "

Hepatitis - the "Number 2 Killer in the Nation"

"Hepatitis B and C are the number two killer of our people, after heart and coronary diseases, " says hepatologist Jazag Amarsanaa, the member of the capital city parliament and the owner of the leading private hepatitis clinic and laboratory in Mongolia: "We lose far too many of our people to liver cancer and cirrhosis. It's a real threat". Indeed' according to a 2003-2005 prevalence survey hepatitis C had affected 10-15% of Mongolia's population. By 2011, 10-22% of Mongolians were affected by hepatitis B.

"There is rarely a family in Mongolia which does not have somebody infected with hepatitis B or hepatitis C, " says Oidov Baatarkhuu, President of the Mongolian Association on Study of Liver Diseases (MASLD). A number of studies indicate that the peak of viral hepatitis transmission was in the 1970s and 1980s before disposable syringes were available in Mongolia. Poor infection control, re-use of syringes in health settings and administering injections at home led to the rapid spread of viral hepatitis.

Currently a hepatitis B is significantly high among people from 19-40 years of age and hepatitis C is spread among people from 19-65 years of age2. "People in the sexually active age group are still at high risk of contracting hepatitis B whereas there is no clear age distinction in the hepatitis C spread although a higher number of hepatitis C cases are found in people older than 40. This means that there are common risk factors present for all adults, " explains Dorj Narangerel, senior officer in charge of communicable diseases control at the Ministry of Health and Sports (MOHS).

A 2013 national study on hepatitis prevalence and risk factors, found hemodialysis or dental treatment patients are five times more likely to contract hepatitis B than people who have not had such procedures. Patients undergoing a surgical procedure or receiving blood products in a hospital are twice as likely to contract hepatitis C3.

Oyunsukh says he must have contracted the virus in a private dental clinic when having a root canal treatment. "There was a lot of blood, " he recalls.

Silent Epidemic

The introduction of hepatitis B vaccine in 1991 for the child immunization schedule in Mongolia as well as the usage of disposable syringes since the 1990s was a huge breakthrough infighting transmission. "Children born in the 1990s who now are young men and women in their 20s as well as the younger generation do not have to fear hepatitis B anymore, "says DrSoe Nyunt U, WHO Representative in Mongolia. The National Strategy on Fighting Viral Hepatitis 2010-2015 has a goal of reducing new hepatitis cases registered each year to 10 cases per 10 000 people. By 2013 this number had fallen to 9 cases per 10 000 due to the successful hepatitis B immunization program, a reduction in new hepatitis C infections and the introduction of the hepatitis A vaccine in 2012.

Despite the slight drop in numbers of new viral hepatitis cases in Mongolia, statistics reveal that every year around 600 cases of hepatitis B and 140 cases of hepatitis C are registered. "If hepatitis B infection is contained due to vaccinating children, the trend for hepatitis C has remained the same in the last ten years, " says Dr Narangerel. "It's a silent disease and when there are no serious symptoms initially people do not refer to hospitals. Often one learns about having a hepatitis C or hepatitis B infection only by chance. "

In the last five years Mongolia has budgeted about 135 million MNT for viral hepatitis treatment. According to the National Centre for Communicable Diseases (NCCD) this amount is sufficient only for treating 6 to 8 patients for hepatitis C. There have been 30 chronic hepatitis B and hepatitis C patients treated in the public sector healthcare system, all at the NCCD. The remaining 300 000 chronic hepatitis B and hepatitis C patients go without treatment.

Money or Life?

Dr Lunkhuu Altantsetseg is a manager of the private Happy Veritas clinic popular among patients with hepatitis. The clinic's day rate, including food, a bed and basic treatment, costs from 35 000-50 000 MNT (US$ 19-27). "However the key medications-pegylated interferon and ribavirin-must be provided by the patients themselves.

They spend 300 000-400 000 MNT (US$ 162-217) per week on one injection of interferon", says Altantsetseg. Many patients and their families sell property and incur debts to pay for these services.

It's not much different for Doljinsuren Altantuya who is unemployed. She was diagnosed with cancer and her two sons have hepatitis B and C. They receive a monthly disability benefit totaling 450 000 (~US$ 244) MNT. Altantuya brought her 26-year-old son with ascites due to hepatitis B infection to the Happy Veritas clinic for treatment: "It cost us over 2 million MNT (US $1000) to spend 10 days in this clinic including all the extra medications we needed to provide ourselves, " says Altantuya. The family of six adults and two young children lives on 1.5 million MNT (US $800) including the pension and Altantuya's husband's wages as a truck driver. To have her son treated at the clinic Altantuya left all her golden jewelry in a pawn shop. "I am worried for my husband and daughter - they must take a hepatitis test but we simply cannot afford it, " she says. At the public NCCD one hepatitis B or hepatitis C DNA or RNA confirmation test costs from 150 000-180 000 MNT (US $82-98).

Experts agree that testing of those at risk is the first step infighting viral hepatitis, yet testing remains unaffordable for many. The Mongolian rural and district clinics do not have sufficient laboratory capacity to detect infection or do viral load testing. This is done only at the NCCD and some private hospitals. Unable to afford expensive treatment Altantuya uses traditional remedies: eating raw wild boar's liver that costs 150 000 MNT (US$ 82) for a four-month supply; and drinking a broth of rutting camel hair sold in match boxes worth 20 000 MNT (US$ 11). "It's a much more affordable and efficient treatment, " says Altantuya.

"People are desperate to get any kind of help, " says Naranbaatar Dashdorj, Board Chairperson of the private Onom Foundation. The Foundation has launched projects for universal screening and prevention of viral hepatitis and working towards hepatitis C elimination. The NGO had set up a free telephone line and texting service, which people can access to have their names, IDs and the type of infection registered. "We are going to match it with our doctors' database so we can connect patients to doctors, " says Naranbaatar, who lost his own uncle to cancer and whose parents have chronic hepatitis. "We also would be able to tell people who is a good doctor and which one is the best lab. " Under its viral hepatitis prevention, treatment and elimination programme the Foundation is aiming at conducting hepatitis B surface antigen and anti HCV rapid tests all over Mongolia at 4000 MNT against 10000-20000 MNT that it costs now. "According to our estimates only 30 out of 100 infected people do know that they are infected. Tests are unavailable in many places in the countryside. So we will bring rapid tests to family clinics to be able to offer them to everyone as testing is hugely important, " says Dr. Naranjargal Dashdorj, CEO of the Onom Foundation. Dr. Naranjargal acknowledges that rapid tests are not 100 percent reliable so those who get positive results need to undergo further tests. Together with the Ministry of Health and Sports the Foundation started a public campaign to promote testing and increase public awareness about viral hepatitis.

More Affordable Treatment

News that a new hepatitis C treatment will be available and affordable through tiered-pricing strategies has stirred public attention. The hepatitis C anti-viral drug, the sofosbuvir of Gilead Sciences, has just been registered in Mongolia but has not entered the market yet. The large pharmaceutical company has listed Mongolia as one of 91 countries eligible for lower cost medications through tiered pricing. Public health experts note that while the tiered pricing strategy is welcome, making long-term commitments is undesirable when market forces may drive prices further down. "At the beginning of the 1990s, HIV treatment cost US$ 10 000-20 000 per month. Now the cost has dropped to US$ 120 per year. The same is expected with hepatitis C treatment. More companies are coming up with effective combination treatment formulas. This will reduce prices and improve the quality and variety of effective combination drugs" says WHO's DrSoe.

Another drug of the Gilead Sciences, this time a combination of ledipasvir-sofosbuvir, is expected to be registered soon. "Administration of sofosbuvir is highly effective in treatment of the hepatitis C only when it is combined with ribavirin and pegylated-interferon, while the new combination drug is to be taken solely, one pill a day, " says Dr. Naranjargal. However she also notes that without a government intervention and funding support too many carriers of the hepatitis C won't be able to afford treatment that still will be expensive for the majority of the Mongolians. She brings an example of a country whose government declared its commitment to eliminate viral hepatitis. "I just attended a conference of the European Association for Study of the Liver last month in Vienna at which the government of Georgia announced about allocating 2 min US$ on treatment of viral hepatitis and the Gilead made a commitment of treating 5000 Georgians for free", Dr. Naranjargal says.

While the drugs are being registered the MOHS is working on issuing a WHO advises-based hepatitis C diagnostics and treatment guidance to doctors and medical practitioners. On a larger scale the MOHS is working towards submitting a newly devised National Programme on Combating Viral Hepatitis to the government. "The final draft of the programme is to be discussed by the technical committee in mid-May and hopefully endorsed by the cabinet soon after", says Dashdorj Atarmaa, the Vice-Minister for Health and Sports.

According to Dr. Atarmaa the new comprehensive programme highlights prevention, diagnostics and treatment of viral hepatitis as well as purchase of necessary equipment and medical supplies. However there is no commitment to cover treatment costs. "Viral hepatitis treatment is indeed expensive and a course of, for example, hepatitis C treatment with sofosbuvir at US$ 980 would come up to US$ 2000-3000 with purchase of ribavirin and interferon, " says D.Atarmaa. "The state policy however is to prioritize treatment ofSTIs which are reported to have comprised over 40% of all communicable diseases spread among the 3 million of the Mongolian population according to the 2014 data. So we need to prioritize."

"I only wish he lives for another three to four years"

Dashnyam wishes the country had more medical teams to assist liver cancer patients by performing liver transplantation surgeries. "I am very impressed by the professionalism of our doctors, but it seems there

is only one team of doctors that performs liver transplant surgeries at the First State Hospital in Ulaanbaatar and even this team lacks necessary medical equipment, " says Dashnyam. She recalls how her father tried to remain cheerful during a surgical procedure, where he was pierced by a 30-centimetre-long needle: "[In Mongolia] anaesthesia seems to be provided in low doses intravenously and my father felt everything, " says Dashnyam.
"After we learnt about our dad's infection we all went to test for viral hepatitis along with our kids" says Dashnyam. Only their mother was infected. She has had chronic hepatitis B for years and now suffers from cirrhosis. "And again we believe she had contracted it when she had her appendix removed in a country-side clinic, " says Dashnyam.
To help Mongolia develop a comprehensive strategy including an action plan and feasibility study on fighting viral hepatitis, a team of medical professionals from the WHO Regional Office for the Western Pacific visited Mongolia in 2014 and early 2015. The experts applauded the Mongolian Government's Asian Development Bank project on improvement of infection control in public hospitals and noted that consensus-building among stakeholders and across sectors on a plan to move forward is essential. "Although there is more testing and treatment in private clinics, ideally there needs to be a comprehensive strategy for hepatitis B and hepatitis C including infection control, prevention and linking testing to treatment to ensure a truly systematic approach. The decision to turn a strategy into a programme is a plausible step forward as programmes have budgets attached to them, " notes Dr Nick Walsh, Viral Hepatitis Medical Officer, WHO.
Meanwhile Dashnyam stresses the importance of educating children and parents about viral hepatitis and teaching them how to protect themselves from this deadly disease. Unable to afford treatment abroad, and waiting months to get onto a waiting list for liver transplant surgery, the young woman seems to have left everything now to fate.
"I only wish our father lives for another three to four years", says Dashnyam: "That itself would be a blessing".

Medische zorgen zijn niet adequaat als ze niet beschikbaar zijn of toegankelijk zijn in het herkomstland. Hetzelfde geldt wanneer er een onzekere of een zeer beperkte beschikbaarheid is.
Beschikbaarheid alleen volstaat niet. De medische zorg moet ook toegankelijk zijn. In casu is dit niet het geval.

Verzoekster heeft geen inkomen in Mongolië, zij is 61 jaar, zwaar ziek en niet in de mogelijkheid om te werken.

BESLUIT:

De ernst van de gezondheidstoestand van de verzoekster alsmede de heersende sanitaire en sociale situatie in Mongolië houdt voor betrokkene een reëel risico in voor haar leven of fysieke integriteit of een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, in de betekenis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980.
De medische toestand van verzoekster houdt een ernstig humanitair risico in. In haar land van herkomst is er nl. geen adequate behandeling voorhanden, minstens is deze niet betaalbaar voor verzoekster, waardoor verzoekster het reëel risico loopt dat haar leven of fysieke integriteit bij een gedwongen terugkeer in gevaar is en zij een onmenselijke en vernederende behandeling ondergaat bij terugkeer.

Daarenboven is verzoekster omwille van haar ziekte thans NIET IN STAAT OM TE REIZEN.

Dat de medische toestand van verzoekster ernstig is, wordt bevestigd door haar behandelende geneesheer die een correcte en nauwgezette opvolging absoluut noodzakelijk vindt, anders zal verzoekster overlijden. Verzoekster heeft absoluut nood aan langdurige hulp en begeleiding!

Verzoekster heeft nood aan de juiste medische zorgen en logistieke ondersteuning.

Bovendien riskeert zij bij een terugkeer naar haar land van herkomst een onmenselijke of vernederende behandeling.

Dit zou dan ook een schending uitmaken van artikel 3 van het EVRM.

Verzoekster is in behandeling en staat onder nauwgezette controle wegens deze ziekte, waarvoor de zorgen in Mongolië niet voldoende kwaliteit bieden.

Het is duidelijk dat verzoekster de juiste begeleiding en ondersteuning nodig heeft om haar aandoening onder controle te houden! Hulp en ondersteuning die zij in haar land van herkomst niet kan krijgen!

In Mongolië zal haar aandoening niet opgevolgd worden zoals dat hoort waardoor haar leven in gevaar komt, en zij minstens dreigt in een mensonterende situatie terecht te komen.

Dat de middelen bijgevolg ernstig zijn.

Verzoekers houden zich het recht voor om hun standpunt terzake nog verder uiteen te zetten tijdens de hoorzitting en gedurende de loop van de procedure nog aanvullende stukken neer te leggen."

2.3. De twee middelen worden, gelet op hun verknochtheid, samen beoordeeld.

2.3.1. De discussie laat zich als volgt samenvatten: de verwerende partij is van oordeel dat de gevolgde behandeling voor hepatitis C succesvol was en dat verzoekster thans alleen nog opvolging door een hepatoloog behoeft. Verzoekster daarentegen betoogt dat zij leverkanker heeft, levenslang behandeld moet worden met medicatie en dat zij bij gebrek daaraan zal overlijden. Zij betoogt dat een adequate behandeling niet beschikbaar is, minstens niet toegankelijk.

2.3.2. In eerste instantie moet erop worden gewezen dat het standaard medisch getuigschrift (SMG) dat werd voorgelegd in het kader van de aanvraag tot verlenging van de machtiging tot verblijf, onder "diagnose" vermeldt dat er sprake is van ernstige levercirrose verwikkeld met hepatitis C *"waarvoor succesvolle [onleesbaar]"*. Van leverkanker is in het SMG geen sprake. Ter zake heeft de ambtenaar-geneesheer het volgende gesteld:

"Zo de cirrose verder evolueert of een hepatocellulair carcinoom optreedt is de behandeling levertransplantatie (vermeld in vroegere attesten), Heden wordt er niet over deze optie gesproken en wordt alleen de opvolging door een hepatoloog vermeld. Dit is ook zeer verwonderlijk vermits op de attesten van de eerdere aanvraag de aanwezigheid van een hepatocellulair carcinoom vermeld staat, Het is zeer onwaarschijnlijk dat zo dit nog heden aanwezig is deze aandoening niet vermeld zou worden op het SMG."

Verzoekster voegt thans bij haar verzoekschrift een nieuw SMG dat dateert van na de bestreden beslissing en waarin uitdrukkelijk sprake is van leverkanker. Dit stuk was uiteraard niet ter kennis van de ambtenaar-geneesheer toen die de situatie van verzoekster moest herevalueren. De verwerende partij kon hiermee dus geen rekening houden toen zij de bestreden beslissing nam. Ook de Raad kan met dit gegeven thans geen rekening houden: hij moet zich, voor de beoordeling van de wettigheid van een bestuurshandeling plaatsen op het ogenblik van het nemen van die bestuurshandeling, rekening houdend met de alsdan voorhanden zijnde feitelijke en juridische gegevens (RvS 26 maart 2013, nr. 222.999). Het nieuwe SMG kan dan ook geen afbreuk doen aan de deugdelijkheid van een beslissing die ervoor werd genomen. Het staat verzoekster vrij om op grond van dit nieuwe SMG een nieuwe aanvraag in te dienen.

Verzoekster toont niet aan dat de ambtenaar-geneesheer, op grond van de gegevens die haar ter beschikking waren, kennelijk onredelijk of onzorgvuldig heeft geoordeeld dat, indien dit carcinoom nog aanwezig zou zijn, dit zou moeten vermeld staan op het SMG, dat dit niet het geval is en dat enkel wordt gesproken over de opvolging door een hepatoloog, om vervolgens de beschikbaarheid en toegankelijkheid hiervan te onderzoeken.

2.3.3. Verzoekster ontkent niet dat de behandeling voor hepatitis C succesvol was, maar betoogt dat zij levenslang medicatie nodig heeft.

Wat betreft de nood aan medicatie, stelde de ambtenaar-geneesheer het volgende vast:

"Uit de aangeleverde informatie kunnen we besluiten dat betrokkene, een dame van 63 jaar afkomstig uit Mongolië in 2018 een behandeling met Epclusa ontving voor haar Hepatitis C. Deze behandeling heeft in 95% van alle gevallen een succes met uitroeien van het virus in het bloed.
Op het huidig SMG wordt vermeld dat deze behandeling succesvol was.
Bij medicatie staat vermeld dat betrokkene Zepatier (? zeer onleesbaar) inneemt. Deze medicatie heeft dezelfde indicatie als Epclusa en is een combinatie van twee andere antivirale middelen namelijk

Eibasvir en Grazoprevir. Dit is een volledige contradictio in terminis. Bijkomend is dit niet de keuze behandeling zo Epclusa gefaald heeft."

De vaststelling dat het geneesmiddel dat is vermeld op het SMG wordt voorgeschreven voor de behandeling van hepatitis C terwijl in datzelfde SMG ook wordt gesteld dat deze aandoening inmiddels succesvol is behandeld en dat dit volledig contradictorisch is, is een medische beoordeling, die niet door de Raad kan worden overgedaan. Het feit dat de ambtenaar-geneesheer tot een andere beoordeling komt dan de behandelend geneesheer, kan op zich niet leiden tot het besluit dat zijn oordeel niet rechtsgeldig zou zijn (RvS 26 augustus 2010, nr. 206.947), en verzoekster toont niet met concrete argumenten aan dat het standpunt in het advies niet correct zou zijn. Meer bepaald toont verzoekster niet aan dat de vermelde medicatie ook andere indicaties heeft dan de behandeling van hepatitis C, die inmiddels succesvol werd afgerond, dat een onderhoudsdosis noodzakelijk zou zijn om een terugkeer van het virus te vermijden, of dat de medicatie noodzakelijk is om haar levercirrose te stabiliseren. Verzoekster toont dus niet aan dat ten onrechte zou zijn uitgegaan van het standpunt dat zij de vermelde medicatie niet meer behoeft. Derhalve kan ook op dit punt niet worden vastgesteld dat niet op deugdelijke wijze werd geoordeeld dat enkel moet worden nagegaan of opvolging door een hepatoloog noodzakelijk is in het herkomstland.

2.3.4. Met betrekking tot de beschikbaarheid van deze opvolging, wordt in de herevaluatie door de ambtenaar-geneesheer gesteld:

"Aanvraag Medcoi van 28-2-2018 met het unieke referentienummer 10731
- Aanvraag Medcoi van 22-1-2019 met het unieke referentienummer 11988
Betreffende de behandeling/zorgen kunnen we besluiten zoals reeds aangegeven in het advies d.d. 13-3-2018 dat de nazorg in het kader van de levercirrose bij betrokkene een dame van 63 jaar afkomstig uit Mongolië beschikbaar is in het thuisland. Hepatologen zijn beschikbaar, uitgebreide toetsing van de leverfunctie (bloed, echografie, fibroscan) is beschikbaar evenals de mogelijkheid van een mogelijke levertransplantatie zo nodig."

Verzoekster stelt dan wel dat er geen of slechts een onzekere of zeer beperkte beschikbaarheid van medische zorgen voor haar ziekte aanwezig zijn, maar zij vergenoegt zich met een vage, algemene bewering en brengt geen concrete elementen bij die het onderzoek van de ambtenaar-geneesheer of de door hem gehanteerde bronnen in een ander daglicht stellen.

2.3.5. Verzoekster stelt verder nog dat zij niet in staat is om te reizen, terwijl de ambtenaar-geneesheer heeft geoordeeld dat op basis van de medische gegevens kan worden afgeleid dat zij wel degelijk kan reizen. Het louter tegenspreken zonder meer van de ambtenaar-geneesheer volstaat vanzelfsprekend niet om diens medische beoordeling aan te tasten.

2.3.6. Verzoekster viseert ook het volgende motief:

"In het kader van terugbetaling en dergelijke wordt elke burger verplicht zich te registreren en jaarlijks een check-up te laten uitvoeren. Dit garandeert hun terugbetaling van zorg. Wanneer er geen doorverwijzing is dient de patiënt ook de volledige kost te betalen.
Er bestaat een algemene ziekteverzekering die ongeveer 98% van de bevolking dekt."

Zij stelt dat zij al een paar jaar in België verblijft en geen banden meer heeft met haar thuisland, zodat zij zich er de laatste jaren niet heeft kunnen registreren en zij dus geen recht heeft op terugbetaling.

De Raad stelt vast dat uit het door de ambtenaar-geneesheer gehanteerde rapport blijkt dat alle Mongoolse burgers zich moeten registreren en een jaarlijkse check-up moeten hebben. Uit niets blijkt dat iemand met de nationaliteit die zich opnieuw in het land komt vestigen, zich niet zou kunnen registreren om op die manier te worden opgenomen in het terugbetalingssysteem. Verzoekster toont dus niet aan dat zij, in weerwil van wat het rapport zegt, geen recht zou hebben op terugbetaling omdat zij gedurende lange tijd in België heeft verbleven.

2.3.7. Verzoekster betoogt ook dat zij geen sociaal vangnet heeft in het land van herkomst, dat haar dochter in België woont en voor haar zorgt en dat de noodzakelijke zorg in het land van herkomst niet betaalbaar is, maar gaat daarmee volledig voorbij aan hetgeen in de bestreden beslissing wordt gesteld, met name:

"Betrokkene heeft geen nood aan mantelzorg. Het lijkt ook erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in het land waar zij ruim +/- 53 jaar verbleef, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (lijdelijke) financiële hulp. Integendeel zelfs, in haar asielaanvraag (d.d. 13/11/2009), haalt ze zelf aan dat ze in Mongolië nog een dochter en zus heeft wonen, alsook heeft ze een dochter die in België woont. Niets wijst er dus op dat betrokkene niet zou kunnen rekenen op de financiële steun van deze familieleden zowel in Mongolië als vanuit België. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor zichzelf en voor de nodige kosten die gepaard gaan met de behandeling van hun moeder/zus. Betrokkene vermeldt ook in diezelfde asielaanvraag dat ze 4000 $ betaald heeft aan een smokkelaar om naar België te komen. Hieruit kan men ook concluderen dat betrokkene de financiële middelen heeft om voor zichzelf in te staan in Mongolië."

Deze motieven worden tegengesproken, zonder meer, hetgeen er niet toe kan leiden dat ze als kennelijk onredelijk, onzorgvuldig of foutief worden aangemerkt, bij gebrek aan concrete tegenargumenten.

2.3.8. Verzoekster verwijst nog naar een artikel van de Wereldgezondheidsorganisatie, met als titel: "Hepatitis, a crisis in Mongolia", dat dateert van 10 juli 2017. Het artikel handelt over het voorheen hoge besmettingsgevaar in Mongolië, de kosten die gepaard gaan met de behandeling van hepatitis B en C, de kosten die gepaard gaan met een levertransplantatie en het gebrek aan expertise ter zake.

De Raad kan thans alleen maar vaststellen dat deze informatie geen afbreuk doet aan de bevindingen van de ambtenaar-geneesheer, op grond van de informatie die hem ter beschikking werd gesteld. Het werd reeds gesteld dat hij op grond van deze informatie niet op kennelijk onredelijke wijze had besloten dat verzoekster geen medicatie behoeft omdat haar hepatitis C succesvol werd behandeld, dat er geen spoor meer was in het SMG van een levercarcinoom en dat zij enkel opvolging door een hepatoloog zou behoeven. In die zin is de informatie die verzoekster aanhaalt niet relevant voor haar situatie zoals die is gebleken uit de door haarzelf voorgelegde stukken. Het weze herhaald dat, indien blijkt dat haar situatie in negatieve zin is geëvolueerd en zij thans wel leverkanker zou blijken te hebben, zij op grond van dit gegeven een nieuwe aanvraag kan indienen.

Verder, en rekening houdende met de onder punt 2.3.6. en 2.3.7 geciteerde motieven, blijkt uit niets dat de kosten die gepaard gaan met een opvolging door een hepatoloog dermate hoog zouden zijn dat zij geen toegang zou hebben tot deze opvolging. Het feit dat zij niet in staat zou zijn om te werken doet daaraan geen afbreuk, nu uit niets blijkt dat de eventuele kosten niet op een andere manier kunnen worden ondervangen, zoals hiervoor is gebleken.

Evenmin toont verzoekster in concreto aan dat de kwaliteit van de gespecialiseerde artsen van die aard is dat zij niet de vereiste nauwgezette controle, juiste begeleiding en ondersteuning zou kunnen krijgen en daardoor in een situatie van onmenselijke of vernederende behandeling zal terechtkomen.

2.3.9. Uit hetgeen voorafgaat blijkt dat verzoekster niet aantoont dat zij niet de noodzakelijke behandeling zou kunnen krijgen in haar land van herkomst, en dus evenmin dat zij in een onmenselijke situatie zal terechtkomen. Een schending van artikel 3 van het EVRM is om die reden niet aannemelijk gemaakt.

2.4. Verzoekster heeft niet aangetoond dat het advies van de ambtenaar-geneesheer onwettig, onzorgvuldig of kennelijk onredelijk is. De verwerende partij, die zich op dit advies heeft gesteund bij de totstandkoming van de bestreden beslissing, kan evenmin enig onwettig, onzorgvuldig of kennelijk onredelijk handelen worden verweten. De aangevoerde middelen zijn niet gegrond.

3. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel.

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negen januari tweeduizend twintig door:

mevr. A. WIJNANTS,	wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,
mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,	griffier.

De griffier,	De voorzitter,
C. VAN DEN WYNGAERT	A. WIJNANTS