

Arrest

nr. 240 795 van 14 september 2020
in de zaak RvV X / II

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat V. HAUQUIER
Henri Jasparlaan 109
1060 BRUSSEL**

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Albanese nationaliteit te zijn, op 18 maart 2020 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 Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 31 januari 2020 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

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 9 juli 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 14 augustus 2020.

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

Gehoord de opmerkingen van advocaat T. HAYEZ, die loco advocaat V. HAUQUIER verschijnt voor de verzoekende partij, en van advocaat T. SCHREURS, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 2 december 2019 dient de verzoekende partij 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 31 januari 2020 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ontvankelijk doch ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 02.12.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

S., K. (..) (R.R.: (..))

nationaliteit: Albanië

geboren te Skroder op (..)

adres: (..)

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

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor S., K. (..). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 31.01.2020 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Albanië.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.

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).”

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een eerste middel betoogt de verzoekende partij als volgt:

“Overwegende dat verzoekende partij de vernietiging verzoekt omwille van schending 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;*
- Artikel 62 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen;*
- Artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;*
- Algemeen beginsel van behoorlijk bestuur dat vereist dat de administratie op basis van alle elementen van de zaak moet oordelen;*
- Algemene zorgvuldigheidsplicht;*
- Artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens*

1. Eerste middel: Schending van de artikelen 9ter en 62 van de wet van 15 december 1980, schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en schending van het algemene beginsel van behoorlijk bestuur (dat de administratie een zorgvuldigheidsplicht oplegt) en, wegens een kennelijke beoordelingsfout, schending van het algemene beginsel van behoorlijk bestuur, dat de administratie verplicht een beslissing te nemen op basis van alle elementen van de zaak

1.1

In het medisch verslag van de arts-adviseur (stuk 1) valt te lezen dat de medische aandoening, zoals beschreven in de aanvraag, weerhouden wordt doch dat een niertransplantatie, al dan niet in combinatie met een pancreastransplantatie geen noodzakelijke levensreddende medische behandeling is, vermits nierfunctie vervangende behandeling (dialyse) en pancreas vervangende behandeling (insuline injecties) levenslang toegepast kunnen worden.

1.2

Met betrekking tot de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in Albanië stelt de arts-adviseur dat:

“(..).”

1.3

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in Albanië stelt de arts-adviseur dat:

“(..).”

1.4

Reeds in de aanvraag die werd ingediend op 29.11.2019 werden er door verzoekende partij opmerkingen gemaakt bij de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de nodige zorg.

Zo werd er gesteld dat uit informatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) blijkt dat er geen beleid, strategie of actieplan bestaat voor diabetes in Albanië.

Een studie, uitgevoerd in 2014, geeft aan dat er weinig of geen informatie te vinden is over hoe men in Albanië tracht om diabetes mellitus te controleren:

“Albania, a transitional country in the Western Balkans, is considered as one of the poorest countries in Europe. Traditionally, the Albanian population has employed a Mediterranean diet rich in fruit and vegetables, but the dietary patterns have substantially changed in the past two decades in line with the “modernization” of the society [22]. Whereas few studies and other sources have provided data about the prevalence of diabetes mellitus in Albania [22-26], the information about control and management of DM is scarce or, to our best knowledge, non-existent. There is a general agreement, notwithstanding the lack of proper documentation though, that the prevalence of both diabetes and obesity have increased in Albania in line with the rapid transition towards a market-oriented economy [22,26-29]. In this context, our aim was to assess the prevalence of diabetes mellitus through self-reports and measurement of fasting glucose level in a representative sample of urban adults residing in Tirana, the Albanian capital.”

(Vrije vertaling: Albanië, een overgangsland in de westelijke Balkan, wordt beschouwd als een van de armste landen van Europa. De Albanese bevolking heeft van oudsher een mediterrane dieet dat rijk is aan groenten en fruit, maar de voedingspatronen zijn in de afgelopen twee decennia substantieel veranderd in lijn met de “modernisering” van de samenleving [22], Terwijl weinig studies en andere bronnen gegevens hebben opgeleverd over de prevalentie van diabetes mellitus in Albanië [22-26], is de informatie over de controle en het beheer van DM schaars of, voor zover wij weten, onbestaand. Ondanks het gebrek aan goede documentatie is men het er wel over eens dat de prevalentie van zowel diabetes als obesitas in Albanië is toegenomen in overeenstemming met de snelle overgang naar een marktgerichte economie [22,26-29]. In deze context was ons doel om de prevalentie van diabetes mellitus te beoordelen door middel van zelfrapportage en meting van het vasten-glucosegehalte in een representatieve steekproef van stedelijke volwassenen die in Tirana, de Albanese hoofdstad, wonen.)

Desondanks stelt diezelfde studie dat de controle van diabetes in het Albanese gezondheidssysteem niet optimaal is:

“Even though demographic and socioeconomic factors associated with diabetes mellitus in our survey were similar to those reported in the international literature, the information regarding diabetes management in population settings in Albania remain extremely scarce. Our survey provided with some data regarding this aspect of DM in a sample of adults who are served by primary health care family physicians working in Albania. In the context when a well-designed and professional national guideline for the management and follow-up of individuals affected by diabetes mellitus is available [34], it would be interesting to compare the guideline indicators to those provided by our survey in order to have an idea whether we are succeeding in the management and control of this disease. We made use of fasting blood glucose levels as an indirect indicator of the effectiveness of the national guideline to control DM in this south eastern European country. Our data showed that, in general, the mean fasting glucose levels among diabetic individuals in Albania are much higher than recommended thresholds. The later ones suggest the fasting glucose level among diabetics to be the same as that of non-diabetic individuals, i.e. between 80-100 mg/dL [34]. Except for 35-50 years old diabetics, the mean fasting glucose levels in our sample ranged from 129 mg/dL to 154 mg/dL, implying an increased risk for future diabetes complications. Indeed, evidence shows that permanent high glucose level might be an important risk factor for diabetes complications ranging from microvascular complications to death [35]. This situation suggests that the management of diabetes in primary health care in Albania is not optimal.”

(Vrije vertaling: Hoewel de demografische en sociaaleconomische factoren in verband met diabetes mellitus in ons onderzoek vergelijkbaar waren met die in de internationale literatuur, blijft de informatie over het beheer van diabetes in de bevolkingssettings in Albanië uiterst schaars. Ons onderzoek leverde enkele gegevens op over dit aspect van DM bij een steekproef van volwassenen die worden bediend door huisartsen in de eerstelijnsgezondheidszorg die in Albanië werken. In de context van een goed

ontworpen en professionele nationale richtlijn voor het beheer en de follow-up van personen die lijden aan diabetes mellitus [34], zou het interessant zijn om de indicatoren van de richtlijn te vergelijken met die van onze enquête om een idee te krijgen of we slagen in het beheer en de controle van deze ziekte. We hebben gebruik gemaakt van vastenbloedglucosewaarden als indirecte indicator voor de effectiviteit van de nationale richtlijn om DM in dit Zuidoost-Europese land onder controle te houden. Onze gegevens toonden aan dat het gemiddelde vastenglucosegehalte onder diabetici in Albanië over het algemeen veel hoger is dan de aanbevolen drempels. De latere gegevens suggereren dat het nuchtere glucoseniveau onder diabetici hetzelfde is als dat van niet-diabetische personen, d.w.z. tussen 80-100 mg/dL [34]. Behalve voor 35-50 jaar oude diabetici, varieerde het gemiddelde vastende glucosegehalte in onze steekproef van 129 mg/dL tot 154 mg/dL, wat een verhoogd risico op toekomstige diabetescomplicaties met zich meebrengt. Inderdaad, het bewijs toont aan dat een permanent hoog glucoseniveau een belangrijke risicofactor kan zijn voor diabetescomplicaties, gaande van microvasculaire complicaties tot de dood [35]. Deze situatie suggereert dat het beheer van diabetes in de eerstelijnsgezondheidszorg in Albanië niet optimaal is.)

Een artikel in de krant *Albanian Daily News* van 14.11.2018 stelt dat diabetes meer levens eist in Albanië dan in de rest van de Europese Unie:

“On the World Diabetes Day the disease has increased significantly in Albania. The last data shows that the number of lives lost due to this disease in Albania is the highest in any other country in Europe. Only last year, the number of deaths goes up to 110/per 1 million citizens and the experts says that this number tripled comparing to years ago.”

(Vrije vertaling: Op de Werelddiabetesdag is de ziekte in Albanië aanzienlijk toegenomen. Uit de laatste gegevens blijkt dat het aantal doden als gevolg van deze ziekte in Albanië het hoogste is van alle andere landen in Europa. Vorig jaar nog liep het aantal doden op tot 110/per 1 miljoen burgers en volgens de deskundigen is dit aantal verdrievoudigd ten opzichte van jaren geleden.)

Oculus News rapporteerde soortgelijke informatie:

“Today is the International Diabetes Disease Day, a disease that is estimated to be the seventh death cause in the world. The data show that in Albania the number of deaths caused by this disease is higher than in any other country in Europe. In 2017, the number of deaths caused by endocrine-related illnesses was 110 per 1 million inhabitants.

This group also includes other diseases related to the endocrine system, but according to endocrinologist Dashmir Gjergji, the biggest share are the diabetic patients. In the health report of the Ministry in 2014, it was said that the level of deaths from diabetes had tripled in the country.

This triple increase in diabetic mortality, according to the report, is due to high levels of glucose, unhealthy diet, obesity and physical inactivity.

Diabetes mellitus has almost doubled in Albania in both sexes over the past two decades. In men, a 96% increase of DALY was observed in diabetes, while in women the increase was 85%, according to the Ministry's report.

For Dashmir Gjergji, this great number of people, not only in our country but elsewhere also, comes from many causes, with the main ones being: the lack of periodic medical check-ups, irrational orientation towards risk groups as well as nonoptimal sensitization and lack of population response to this information.”

(Vrije vertaling: Vandaag is het de Internationale Dag van de Diabetesziekte, een ziekte die naar schatting de zevende doodsoorzaak in de wereld is. Uit de gegevens blijkt dat het aantal sterfgevallen als gevolg van deze ziekte in Albanië hoger is dan in enig ander land in Europa. In 2017 bedroeg het aantal sterfgevallen als gevolg van aan het endocriene stelsel gerelateerde ziekten 110 per 1 miljoen inwoners.

Deze groep omvat ook andere ziekten die verband houden met het endocriene systeem, maar volgens de endocrinoloog Dashmir Gjergji zijn de diabetespatiënten de grootste groep. In het gezondheidsrapport van het ministerie werd in 2014 gezegd dat het aantal sterfgevallen door diabetes in het land verdrievoudigd was.

Deze drievoudige toename van de diabetische sterfte, volgens het rapport, is te wijten aan hoge niveaus van glucose, ongezonde voeding, obesitas en fysieke inactiviteit.

Diabetes mellitus is in Albanië in de afgelopen twee decennia bijna verdubbeld in beide seksen. Bij mannen werd een stijging van 96% van het aantal DALY's waargenomen bij diabetes, terwijl bij vrouwen de stijging 85% was, volgens het rapport van het ministerie.

Voor Dashmir Gjergji komt dit grote aantal mensen, niet alleen in ons land maar ook elders, door vele oorzaken, waarvan de belangrijkste zijn: het gebrek aan periodieke medische controles, irrationele oriëntatie op risicogroepen, alsmede niet-optimale sensibilisering en het gebrek aan respons van de bevolking op deze informatie.)

Voorts werd er gewezen op de hoge kosten die diabetes met zich meebrengt. De kosten die diabetes met zich meebrengt zijn enorm hoog, gezien de vele testen die een persoon dient te ondergaan alsook

de prijs van insuline. In dit artikel getiteld *The costs of diabetes disease in Albania* wordt een overzicht gegeven van wat de kostprijs voor diabetes in Albanië is en in welke mate dit betaalbaar is.

Zo wordt er onder meer gesteld:

“Patients with diabetes have lack of some materials that are vital to their everyday life for the treatment of diabetes such as Lancet, jacks glycemia, needles insulin, measurement of hemoglobin glucose (HbA1c), the hormone glucagon, and the way prolonged that should follow a person with diabetes to documents added or modified insulins and kemp retirement each year.”

(Vrije vertaling: Patiënten met diabetes hebben gebrek aan sommige materialen die van vitaal belang zijn voor hun dagelijks leven voor de behandeling van diabetes, zoals Lancet, jacks glycemie, naalden insuline, meting van hemoglobine glucose (HbA1c), het hormoon glucagon, en de manier waarop verlengd dat moet een persoon met diabetes volgen op documenten toegevoegd of gewijzigd insulines en kemp pensioen elk jaar.).

1.5

Uit een medisch attest van Albanië, voorzien van een beëdigde vertaling naar het Frans (stuk 2), blijkt dat de heer S. (...) geïnformeerd werd over de noodzaak van een niertherapie en dat de meest geprefereerde methode een niertransplantatie is.

Voorts wordt er gesteld dat de heer S. (...) geen donor heeft en dat de procedure niet kan worden uitgevoerd in Albanië.

1.6

Op 27.09.2019 was er een uitzending op de nationale televisie in Albanië van het programma genaamd ‘STOP’, dat handelde over de toegankelijkheid van zorg voor diabetes patiënten in Albanië. Dit programma werd uitgezonden op Klan TV en de uitzending valt te bezien op YouTube.

Verzoekende partij heeft een transcript van de uitzending beëdigd laten vertalen naar het Frans (stuk 3). Bepaalde diabetes patiënten worden aan het woord gelaten en verklaren onder meer dat er bepaalde testen slechts in privé ziekenhuizen worden uitgevoerd en dat er ook veel medicamenten zijn die zij uit eigen zak dienen te betalen en waarvoor de verzekering niet tussenkomt.

Een andere patiënt maakt gewag van het feit dat er problemen bestaan met het transport en dat er bepaalde medicijnen helemaal niet geleverd worden.

Een derde patiënt maakt gewag van het aantal doden die jaarlijks sterven in Albanië als gevolg van een gebrek aan behandeling.

Een vierde patiënt klaagt over het feit dat er hun verteld wordt dat ze bepaalde tests in de privésector moeten laten uitvoeren.

Ten slotte stelt een vijfde patiënt dat er verscheidene zaken niet voorradig zijn in Albanië.

Voorts blijkt dat het voor vele patiënten te kostelijk is om zich te verplaatsen en dat de tussenkomst van de overheid onvoldoende blijkt te zijn.

De journalist gaat op een gegeven moment mee op stap met een patiënt die een dialyse moet ondergaan. Het duurt één uur vooraleer de patiënt ter plaatse kan zijn met het openbaar vervoer. Bovendien diende de patiënt 15.000 lekë (lokale munteenheid) te betalen. Voor 13 sessies komt dit neer op 195.000 lekë. De 40.000 lekë die de overheid als steun geeft (voordien bedroeg het 165.000 lekë) is bijgevolg allesbehalve afdoende.

De journalist merkt ook meerdere problemen op met betrekking tot de hygiënische toestand in een regionaal ziekenhuis te Gjirokastra.

Uit bovenstaande informatie kan men afleiden dat er niet gegarandeerd kan worden dat de nodige medische zorg in Albanië aanwezig en/of toegankelijk is.

1.7

Ten slotte, wat betreft de mening van de arts-adviseur dat de echtgenote van verzoekende partij terecht kan op de arbeidsmarkt in het land van herkomst en zo haar echtgenoot kan helpen bij het bekomen van de nodige zorgen, gaat zij er aan voorbij dat de echtgenote van verzoekende partij in België een verzoek om internationale bescherming heeft ingediend en dat dit verzoek tot op heden nog lopende is (stuk 4).

Men kan dus niet zonder meer stellen dat de echtgenote terecht kan op de arbeidsmarkt in Albanië.“

2.2. De motieven van de bestreden beslissing kunnen op eenvoudige wijze in die beslissing gelezen worden zodat verzoekende partij er kennis van heeft kunnen nemen en heeft kunnen nagaan of het zin heeft de bestreden beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikt.

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag ervan, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, en naar het advies van de arts-adviseur die de medische elementen die voor verzoekende partij werden aangevoerd heeft onderzocht en daarbij concludeerde dat er medisch gezien geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar het herkomstland omdat de medische zorgen

beschikbaar en toegankelijk zijn in Albanië. Derhalve, zo besluit de verwerende partij in de bestreden beslissing, kan uit het voorgelegde medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en evenmin 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. Uit deze motieven blijkt dat de verwerende partij zich bij het nemen van de bestreden beslissing volledig gesteund heeft op het advies van de arts-adviseur, dat moet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissing.

Een motivering door verwijzing naar het uitgebrachte advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Vooreerst moet de inhoud van de stukken waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende gemotiveerd zijn en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgevalen door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734, NV BAECK en JANSEN). Verzoekende partij betwist niet dat zij in het bezit werd gesteld van het advies en toont verder niet aan dat en om welke redenen de bestreden beslissing, samen gelezen met het advies, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht.

Er is dan ook voldaan aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht, zoals voorgeschreven in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de vreemdelingenwet. Verzoekende partij maakt niet duidelijk op welk punt deze formele motivering hen niet in staat zou stellen te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen derwijze dat niet voldaan zou zijn aan het hiervoor uiteengezette doel van de formele motiveringsplicht.

2.3. 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 deze 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.

2.4. Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn.

2.5. De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht wordt onderzocht in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door *“(d)e in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft.”*

Het medisch advies van de arts-adviseur van 31 januari 2020 in hoofde van verzoekende partij vermeldt het volgende:

“NAAM: S., K. (..) (R.R: xxxxxxxxxxxxx)

Mannelijk

nationaliteit: Albanië

geboren te Skroder op (..)

adres: (..)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. S. K. (..) in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 02.12.2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

16.11.2019

SMG van Dr. Sara Ombelet: ernstige diabetische nefropathie met dialyseenood sinds 07/2019 wegens diabetes mellitus type 1 met arteriële hypertensie en diabetische retinopathie; laatste hospitalisatie op 23/10/2019; in toekomst nier/pancreas transplantatie te overwegen.

Thuismedicatie: Abasaglar, Asaflow, Bisoprolol, Burinex, Humalog, Lipitor, Natriumbicarbonaat, Renvela, Triplixam

Dialyse dag: overname vanuit dialysecentrum Brugman, geen pretransplantatiecircuit wegens nog illegale status in België, recente aanleg AV-fistel rechter pols, strikte glycemiecontrole en opvolging retinopathie.

Hepatitis B: voldoende antistoftiters, Hep C en HIV negatief, normaal PTH.

04.07.2019 Hospitalisatieverslag van Dr. Agnieszka Pozdzik van de opname van 03/07-02/08/2019: chronische nierinsufficiëntie met acute component momenteel in terminaal stadium met dialysebehoefte (via Hickman katheter), gekende arteriële hypertensie zonder orgaanrepercussies, verdwenen pulmonaal hypertensie, diabetes type 1 met micro-angiopathie, proliferatieve retinopathie met lasering van linkeroog en waarschijnlijk nefropathie, geen gekende macro-angiopathische complicaties, behandelde diabetische ketoacidose en hematoom met anemie wegens bloedverlies na nierbiopsie.

27.06.2019 Hospitalisatieverslag van Dr. <onbekend> van de opname van 24/06-03/07/2019 wegens diabetische ketoacidose, acuut nierfalen in predialysestadium, ernstige AHT bij gekende DM type 1 (sinds 16-jarige leeftijd) na het stoppen met insuline en antihypertensieve medicatie gedurende 24u, betrokkene was 10 dagen geleden naar Albanië gereisd - medicatie bij ontslag: Clexane, Amlor, Natriumbicarbonaat, Cardioaspirine, Emconcor, Kayexalate, Lipitor, Minipress, Perindopril, Humalog en Lantus.

Bespreking:

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 43-jarige man die lijdt aan:

1) Diabetes mellitus type 1 : suikerziekte met nood aan insuline sinds 16-jarige leeftijd

- Diabetische proliferatieve retinopathie (aandoening van het netvlies van het oog) waarvoor laserbehandeling van het linker oog.

- Diabetische micro-angiopathie (aantasting van de minuscule bloedvaatjes)

- Diabetische neuropathie (aantasting van de zenuwen) met gevoelsverlies (hypoesthesie) ter hoogte van de benen

- Diabetische nefropathie (aantasting van de nieren) met chronische nierinsufficiëntie, secundaire hyperparathyroïde (te hard werkende bijnierklieren) met hyperfosfatemie (te veel fosfaat in het bloed)

2) Arteriële hypertensie (hoge bloeddruk), zonder weerslag op de organen

Twee dagen na terugkomst uit Albanië en nadat Mr. S. (..) zijn insuline en bloeddruk verlagende medicatie gedurende 24u met meer ingenomen had wegens hypo's (te lage bloedsuikerwaarden) dient hij opgenomen te worden op de intensieve zorgen wegens een diabetische keto-acidose gecompliceerd door een acute nierinsufficiëntie en met een hypertensieve crisis (acute hoge bloeddruk).

Ten gevolge hiervan heeft Mr S. (..) nu nood aan nierdialyse, waarvoor men onlangs een AV-fistel heeft aangelegd ter hoogte van zijn rechter pols.

Als actuele medicatie weerhoud ik :

- Insuline glargine (Abasaglar, Lantus), een langwerkend insuline-analoog

- Insuline lispro (Humalog), een snelwerkend insuline-analoog

- Acetylsalicylzuur (Asaflow, Aspirine), een "bloedverdunner"

- Bisoprolol (Bisoprolol), een bèta-blokker die het hartritme vertraagt en de bloeddruk verlaagt

- Bumetanide (Burinex), een vocht afdrijvend middel (diureticum) dat de bloeddruk verlaagt

- Perindopril + amlodipine + indapamide (Triplixam), een combinatie van 3 bloeddruk verlagende middelen, nl. ACE-inhibitor + calciumantagonist + diureticum

- Atorvastatine (Lipitor), een hypolipemiërend middel ("cholesterol verlager")

- Sevelamer (Renvela), een fosfaatchelator

- Natrium bicarbonaat (NaCH₃O₃, bakpoeder) ter correctie van de metabole acidose

Opvolging bij een internist (nefroloog, endocrinoloog) en een oftalmoloog is aangewezen.

Een niertransplantatie, al dan niet in combinatie met een pancreastransplantatie is geen noodzakelijke levensreddende medische behandeling, vermits nierfunctie vervangende behandeling (dialyse) en pancreas vervangende behandeling (insuline injecties) levenslang kan toegepast worden.

Uit het voorliggend medisch dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen en geen medische indicatie voor volledige werkonbekwaamheid.

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-databank die niet publiek is:

- Aanvraag Medcoi van 17/01/2020 met het unieke referentienummer BMA 13192

- Aanvraag Medcoi van 05/11/2019 met het unieke referentienummer BMA 12928

En een overzicht van de beschikbare medicatie voor Mr. S. (..) in Albanië volgens recente MedCOI-dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist (endocrinoloog, nefroloog) en bij een oftalmoloog beschikbaar is in Albanië.

Een glucosemeter en -strips om zelf de bloedsuikerwaarden dagelijks te bepalen zijn beschikbaar.

Insuline glargine, insuline lispro, exetylsalicylzuur, Bisoprolol, Bumetanide (BMA 13192), Perindopril, Amlodipine, Indapamide en Atorvastatine zijn beschikbaar in Albanië.

Sevelamer is niet beschikbaar in Albanië. Het kan vervangen worden door andere fosfaatchelatoren die wel beschikbaar zijn, nl. calcium acetaat + magnesium carbonaat, ferrocidesaccharaat of lanthaan.”

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.

Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Het gezondheidssysteem in Albanië is vastgelegd door de “Health Care Law” met het Ministerie van Volksgezondheid als belangrijkste verantwoordelijke coördinator. Daarnaast zijn het “Health Insurance Fund”, het “Public Health Institute” en locale autoriteiten de voornaamste partners. De wet van 1994 “On Health Insurance in the Republic of Albania” stelt dat gezondheidszorg is gebaseerd op solidariteit, gelijkheid en partnership tussen kopers, dienstverleners en begunstigden met de intentie dat de verplichte ziekteverzekering, die sinds 1995 geldt in Albanië, de enige instantie wordt voor betaling en terugbetaling in de drie domeinen van de gezondheidszorg namelijk primaire zorg, terugbetaling van medicatie en hospitalisatie. Toch evolueert heden de gezondheidszorg van een gecentraliseerd naar een meer gedecentraliseerd systeem evenwel met dezelfde partners.

Er bestaat in Albanië een universele ziekteverzekering voor personen die in Albanië verblijven. Voor mensen die niet economisch actief zijn (werkloze mensen, mensen die beroep doen op sociale ondersteuning, kinderen,...) betaalt de staat de bijdragen. Iemand die verzekerd is hoeft in de primaire gezondheidszorg niet te betalen voor een consultatie, en evenmin voor bepaalde medicatie of tests. Normaal gezien krijgt de patiënt ook een gedeeltelijke terugbetaling voor de medicatie die hij aankoopt bij de apotheker, afhankelijk van de overeenkomst tussen het ziektefonds en het zorgcentrum waar de zorgen verstrekt werden. Dankzij de ziekteverzekering kunnen mensen met een laag of geen inkomen een ‘gezondheidskaart’ verkrijgen die hun status bevestigt en hiermee hebben ze gratis toegang tot een medische behandeling. Personen die terugkeren naar hun thuisland worden evenmin uitgesloten uit het systeem.

Op gebied van sociale zekerheid zijn er verschillende vergoedingen zoals uitkeringen bij ziekte, pensioenen en invaliditeitsuitkeringen bij definitieve arbeidsongeschiktheid.

Mr. S. (..) lijdt aan diabetes en heeft ook nood aan dialyse. Deze behandelingen worden gedekt door de ziekteverzekering.

Betrokkene legt geen attest van volledige arbeidsongeschiktheid voor. Er is geen enkele indicatie dat betrokkene, net als zijn echtgenote voor wie deze beslissing evenzeer geldt, niet terecht kan op de arbeidsmarkt in het land van herkomst en in die hoedanigheid kan bijdragen tot de kosten die eventueel gepaard gaan met de noodzakelijke behandeling en opvolging. Bovendien kan ook de echtgenote van betrokkene terecht op de arbeidsmarkt in het land van herkomst en zo haar echtgenoot helpen bij het bekomen van de nodige zorgen.

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 IUM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomen genererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende

bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type 1 met aantasting van ogen, meren en gevoelszenuwen en de arteriële hypertensie bij Mr. S. (...) geen reëel risico inhouden voor zijn leven of integriteit, noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Albanië.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van terugnane, nl. Albanië.”

2.6. Verzoekende partij is het in essentie oneens met de bevindingen van de arts-adviseur inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de door haar benodigde medische zorg in Albanië en verwijst hiervoor naar algemene informatie.

2.7. De Raad merkt evenwel op dat de arts-adviseur is nagegaan op grond van objectieve informatie of de specifieke medische zorg – medicatie en specialistische opvolging – die de verzoekende partij voor haar aandoening behoeft, voorhanden is in Albanië en of verzoekende partij er toegang toe heeft. Zo stelt de arts-adviseur op grond van dit objectieve bronnenmateriaal vast dat insuline glargine, insuline lispro, acetylsalicylzuur, bisoprolol, bumetanide, perindopril, amlodipine, indapamide en atorvastatine beschikbaar zijn in Albanië. Verder stelt de arts-adviseur vast dat sevelamer vervangen kan worden door calcium acetaat + magnesium carbonaat, ferrocidesaccharaat of lanthaan, dat eveneens beschikbaar is in Albanië. Tevens blijkt dat opvolging en behandeling bij een endocrinoloog, nefroloog en oftalmoloog eveneens beschikbaar is in Albanië en dat ook glucosemeter en -strips om zelf de bloedsuikerwaarden dagelijks te bepalen aldaar beschikbaar zijn.

Inderdaad blijkt uit de door de arts-adviseur gehanteerde bronnen die zich in het administratief dossier bevinden dat de verzoekende partij in Albanië terecht kan voor hemodialyse, specialistische opvolging en medicatie inzake haar specifieke aandoeningen.

De arts-adviseur wijst er voorts op dat in Albanië een universele ziekteverzekering geldt waarbij de staat de bijdragen betaalt voor de niet-economisch actieven. Mensen met een laag of geen inkomen kunnen via het systeem een gezondheidskaart krijgen waardoor ze gratis toegang hebben tot een medische behandeling. Verder bestaan er in de sociale zekerheid ook verschillende vergoedingen, zoals ziekte-uitkering, pensioenen en invaliditeitsuitkeringen. De arts-adviseur wijst er specifiek voor verzoekende partij op dat de behandelingen voor diabetes en dialyse gedekt worden door de ziekteverzekering. Inderdaad blijkt uit de informatiebron *“Country Fact Sheet Acces to Healthcare: ALBANIA, MedCOI II – Belgian Desk on Accessibility”* van 27 juni 2014 dat wat betreft nierfalen er een gespecialiseerd centrum in Albanië is dat de noden van het gehele land dekt. Verder zijn er verschillende hemodialyse centra in publieke hospitalen in de districten Elbasan, Shkodra en Gjirokastra en zijn er ook private ziekenhuizen in Tirana met private hemodialyse centra. Verder blijkt dat de behandeling voor nierfalen volledig gedekt wordt door de gezondheidsverzekering (p. 29). Waar in voormelde bron van 2014 nog gesteld werd dat de behandeling toegankelijk is maar er een wachtlijst is waardoor patiënten soms naar een privaat ziekenhuis gaan om de behandeling tijdig te krijgen, blijkt uit de bron van juli 2017 *“Fact Finding Mission Report ALBANIA 04/09/2016-11/09/2016”* dat de toegang tot hemodialyse in elk regionaal hospitaal wordt aangeboden en er geen wachtlijsten zijn. Uit deze bron komt tevens naar voren dat de University Hospital Centre zelden kampt met budgetproblemen omdat deze onmiddellijk door de overheid aangepakt worden. Verder blijkt dat er een duidelijke verbetering is in medische bevoorrading, de hoeveelheid medicatie enzoverder. Er blijkt ook dat patiënten kunnen doorverwezen worden naar private ziekenhuizen zodat ze niet moeten wachten op behandeling. De behandeling in deze private ziekenhuizen wordt volledig gedekt door de overheid (p. 32-33). Verder blijkt ook dat het Hygeia Hospitaal in Tirana, operationeel sinds 2010, vrijwel alle medische diensten ter beschikking heeft, waaronder niertransplantatie en hemodialyse. Het hospitaal heeft een overeenkomst met het HIF (Health Insurance Fund) inzake ondermeer hemodialyse met als doel wachtlijsten te voorkomen (p. 36). Tevens wordt gesteld dat dialyse behandeling volledig gefinancierd wordt door het HIF en 100% gratis is in de publieke sector. De overheid heeft nieuwe dialysecentra in verschillende regio's in Albanië opgericht zodat patiënten niet naar de ziekenhuizen in Tirana hoeven te reizen. De procedure voor behandeling volgt een hedendaags standaard protocol en sluit steeds dichter aan bij Europese standaarden (p. 82). Verder blijkt dat de Albanese overheid inzet op het tegengaan van corruptie in de gezondheidszorg door bijvoorbeeld de implementatie van een elektronisch voorschriftensysteem (p. 83).

Verder is ook een overheidsinstelling IDRA bezig met het bestrijden van corruptie waarbij de gezondheidssector een prioriteit vormt (p. 86). Volgens IDRA blijkt dat er een verbetering is inzake de kleinschalige corruptie maar dat er wel nog altijd een indruk van corruptie bestaat (p. 87). Hoewel blijkt dat er nog steeds sprake is van corruptie en patiënten vaak informele betalingen gevraagd worden, blijkt ook dat er opgetreden wordt en dokters opgesloten worden op grond van corruptie. Verder blijkt ook dat indien een patiënt niet informeel kan betalen, hij wel degelijk behandeld wordt, alleen krijgt hij dan niet de beste zorgen (p. 88). Er is wel een daling merkbaar in de vraag naar informele betalingen; zo stond het cijfer in 2010 nog op 33% van de patiënten die om informele betaling werd gevraagd, terwijl dit in 2015 al gezakt was naar 20% (p. 88). Ook wat betreft de behandeling van diabetes blijkt uit de voormelde bron van 2014 dat insuline beschikbaar en toegankelijk is en er geen voorraadproblemen zijn. De behandeling met insuline is volledig gedekt door de gezondheidsverzekering (p. 30).

De arts-adviseur wijst er verder nog op dat zowel verzoekende partij zelf als haar echtgenote in het herkomstland zelf ook financieel kunnen instaan in de eventuele kosten voor medische zorg via arbeid. Zij kunnen zich verder laten begeleiden door IOM.

Door te verwijzen in het verzoekschrift naar zeer algemene informatie over het grote aantal diabetici in het herkomstland, het gebrek aan informatie over het beheer van diabetes, en het grote aantal doden omwille van diabetes, slaagt verzoekende partij er niet in aan te tonen dat de noodzakelijke medische zorg die zij behoeft niet aanwezig noch toegankelijk is in het herkomstland. Uit de informatie waarnaar verzoekende partij verwijst blijkt geenszins dat de aandoening waaraan zij lijdt niet behandeld kan worden in Albanië noch dat zij er geen toegang toe heeft.

Verder, waar verzoekende partij nog citeert van een website inzake de hoge kosten dat diabetes met zich meebrengt, dient de Raad vast te stellen dat deze algemene en niet nader bepaalde bron geen afbreuk kan doen aan de objectieve informatie van MedCOI van 5 november 2019 waaruit blijkt dat de medicatie, hulpmiddelen en specialistische opvolging en behandeling die de verzoekende partij behoeft wel degelijk beschikbaar zijn in het herkomstland. De op geen enkele wijze onderbouwde stelling dat diabetici bepaald materiaal ontberen zoals lancet, insulinaalden e.d.m. is te vaag om afbreuk te doen aan de objectieve en zeer recente informatie waarop de arts-adviseur zich beroept.

Waar verzoekende partij er voorts nog op wijst dat zij in Albanië geïnformeerd werd dat een niertransplantatie de meest geprefereerde methode is, gaat zij eraan voorbij dat de arts-adviseur vastgesteld heeft dat *“Een niertransplantatie, al dan niet in combinatie met een pancreastransplantatie is geen noodzakelijke levensreddende medische behandeling, vermits nierfunctie vervangende behandeling (dialyse) en pancreas vervangende behandeling (insuline injecties) levenslang kan toegepast worden.”* Het loutere gegeven dat de verzoekende partij een andere behandeling preferereert doet hieraan geen afbreuk. Bovendien gaat verzoekende partij eraan voorbij dat zij ook in België niet in het pretransplantatiecircuit terecht is gekomen omwille van haar illegale verblijfsstatus. Dit toont aan dat ook de behandelende artsen in België een transplantatie niet als een noodzakelijke behandeling aanzien en dat een andere behandeling, dialyse en insuline injecties, kan toegepast worden. Het argument dat een transplantatie in Albanië niet kan uitgevoerd worden, is aldus niet dienstig.

Waar verzoekende partij tenslotte nog verwijst naar een uitzending op de nationale televisie van Albanië inzake getuigenissen van diabetici, wijst de Raad erop dat, zoals reeds hoger opgemerkt, uit het door de arts-adviseur gehanteerde bronnenmateriaal duidelijk blijkt dat de medicatie en opvolging die de verzoekende partij behoeft voorhanden is in Albanië, zowel in publieke als private instellingen, en uit deze bronnen blijken geen bevoorradingsproblemen noch wachttijdproblemen. De reportage waarnaar de verzoekende partij verwijst laat niet toe te besluiten dat zij in Albanië verstoken zal blijven van de door haar benodigde zorgen en medicatie, noch dat zij er geen toegang toe zal hebben.

2.8. Tenslotte, waar de verzoekende partij nog betoogt dat haar echtgenote een verzoek tot internationale bescherming heeft ingediend in België hetgeen nog steeds hangende is en zij dus verzoekende partij niet financieel kan bijstaan in het herkomstland, gaat verzoekende partij eraan voorbij dat dit slechts één overweging betreft inzake de mogelijkheden van financiële toegankelijkheid die de arts-adviseur heeft opgesomd. Zoals blijkt uit de bespreking hoger heeft verzoekende partij geen afbreuk gedaan aan de vaststelling dat mensen met een laag of geen inkomen via het systeem een gezondheidskaart kunnen krijgen waardoor ze gratis toegang hebben tot een medische behandeling en dat er in de sociale zekerheid ook verschillende vergoedingen bestaan, zoals ziekte-uitkering, pensioenen en invaliditeitsuitkeringen. Evenmin heeft verzoekende partij afbreuk gedaan aan de bevindingen van de arts-adviseur dat de behandelingen die verzoekende partij behoeft gedekt worden

door de ziekteverzekering. Zelfs indien aldus haar echtgenote geen financiële bijdrage zou kunnen leveren, dan nog maakt verzoekende partij niet aannemelijk dat de door haar benodigde medische zorgen financieel ontoegankelijk zijn.

2.9. Het eerste middel is ongegrond.

2.10. In een tweede middel betoogt de verzoekende partij als volgt:

“2. Tweede middel: schending van artikel 3 EVRM

Op basis van de in de aanvraag en de hierboven aangehaald informatie kan men stellen dat verwerende partij de situatie van verzoekende partij op onvoldoende gedetailleerde wijze onderzocht heeft.

Hierboven werd aangehaald dat de nodige medische zorgen voor verzoekende partij in Albanië ontoegankelijk zijn.

Gezien het feit dat een stopzetting van de behandeling ernstige gevolgen en zelfs de dood tot gevolg kan hebben, heeft verwerende partij, door het risico voor het leven of de fysieke integriteit van verzoekende partij niet zorgvuldig te onderzoeken, artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens geschonden.”

2.11. Waar verzoekende partij zich beroept op een schending van artikel 3 EVRM wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip “uitzonderlijke gevallen” werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde: *“183. The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.”* (Het Hof oordeelt dat onder “andere zeer uitzonderlijke gevallen” zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen.).

In casu toont de verzoekende partij dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat verzoekende partij in het herkomstland over de nodige medische zorgen/medicatie kan beschikken en er toegang toe heeft. Een schending van artikel 3 EVRM kan niet aangenomen worden.

2.12. Het tweede middel is ongegrond.

3. Korte debatten

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

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 veertien september tweeduizend twintig door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

S. DE MUYLDER