

Arrest

nr. 218 807 van 25 maart 2019
in de zaak X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat A. VAN DE STEEN
Leopoldlaan 48
9300 AALST

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging, thans de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, op 16 oktober 2018 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 augustus 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis 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, ongegrond verklaard wordt en van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 augustus 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

Gezien titel *Ibis*, 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 beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 14 november 2018 met referentnummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 21 januari 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 februari 2019.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat P. MAERTEN, die loco advocaat A. VAN DE STEEN verschijnt voor de verzoekende partij en van attaché T. VERSCHUEREN, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 27 juni 2018 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

1.2. Op 22 augustus 2018 beslist de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris (hierna: de gemachtigde) deze aanvraag ontvankelijk, maar ongegrond te verklaren. Op dezelfde dag geeft hij de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten af.

De eerste bestreden beslissing is de beslissing tot ontvankelijkheid, doch ongegrondheid van de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Deze beslissing is als volgt gemotiveerd:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 27.06.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

*E. M., F. (R.R.: 658050400130)
Geboren te Bni Chiker op 04.05.1958
Nationaliteit: Marokko
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.

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

Er werden medische elementen aangehaald voor E. M. F., die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 20.08.2018 in gesloten omslag).

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).

Dat in het verzoekschrift ook argumenten worden aangevoerd welke geen betrekking hebben op de medische toestand van betrokkene (verzoekster haalt aan dat zij in België bij haar zoon en diens echtgenote verblijft). Dat met de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 duidelijk een onderscheid werd aangebracht in twee verschillende procedures, m.n. ten eerste het artikel 9ter als een unieke procedure voor in België verblijvende personen met een medische aandoening, ten tweede het artikel 9bis voor in België verblijvende personen, die menen te beschikken over buitengewone omstandigheden, en die om humanitaire redenen een verblijfsmachtiging wensen te verkrijgen. Dat de hier ingeroepen niet-medische elementen buiten de medische context van artikel 9ter vallen en dat derhalve in dit verzoek aan deze niet-medische argumenten geen verder gevolg kan worden gegeven.

Reden:

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan E. M. F. te willen overhandigen.”

De tweede bestreden beslissing is het bevel om het grondgebied te verlaten. Dit bevel is als volgt gemotiveerd:

“BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

De mevrouw, die verklaart te heten:

Naam + voornaam: E. M., F.

Geboortedatum: 04.05.1958

Geboorteplaats: Bni Chiker

Nationaliteit: Marokko

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen¹, tenzij zij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 30 dagen na de kennisgeving.

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft zij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum."

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1. In een eerste middel voert de verzoekende partij de schending aan van de materiële motiveringsplicht, van artikel 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen van 29 juli 1991 en van de formele motiveringsplicht.

De verzoekende partij licht het eerste middel als volgt toe:

"Doordat de bestreden beslissing niet op afdoende en niet op correcte wijze is gemotiveerd, door gewoon te beweren dat er voldoende zorg ter beschikking is in het land van herkomst en dat deze vrij toegankelijk zou zijn voor verzoekende partij.

Terwijl de formele en materiële motiveringsplicht vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en in de wet van 29 juli 1991 op de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, een uitdrukkelijke en vooral afdoende motivering van een dergelijke beslissing vereisen.

Toelichting

Op basis van de beschikbare medische gegevens stelt de arts-adviseur dat de aangehaalde medische aandoening, hoewel deze beschouwd kan worden als een aandoening die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling in het land van herkomst aangezien deze behandeling en opvolging beschikbaar zijn in het land van herkomst. Derhalve is er vanuit medisch standpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland.

Bij het beoordelen van de toegankelijkheid van de zorgen in het land van herkomst van verzoekende partij, doet de arts-adviseur van verwerende partij een theoretische uiteenzetting van de verschillende zorgverzekeringen in Marokko (meer bepaald l'Assurance Maladie Obligatoire of AMO en le régime d'Assistance Médicale of RAMED).

Grosso modo stelt de arts-adviseur dat verzoekende partij sowieso toegang heeft tot één van beide systemen en dat de zorgen voor verzoekende partij "80 tot 90%" zouden worden terugbetaald.

Derhalve komt de Dienst Vreemdelingenzaken tot het volgende besluit:

Derhalve:

*1) Kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het lever) 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.

Deze loutere theoretische analyse van enkele wetteksten kan uiteraard niet volstaan om een grondige analyse te maken van het al dan niet toegankelijk zijn van de nodige zorgen specifiek voor verzoekende partij.

Indien de overheid in casu niet de nodige beleidsmaatregelen neemt, blijven deze wetteksten zonder gevolg in de praktijk.

In dat kader wijst verzoekende partij op het laatste verslag van de WHO:

"The health system is facing huge resource gaps, including with respect to human resources: 0,68 physician and 0,84 nursing and midwifery density per thousand population in the public sector. Despite an increased budget in recent years, investment in health is still relatively low (less than 6% of GDP) and out of pocket expenses remain high (around 54%)."

(...)

Maroccan citizens have expressed dissatisfaction towards the public health system, including quality of care and inequities in access to health services and facilities, especially pointing to a discrepancy between urban and rural areas."

BRON:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136949/ccsbrief_mar_en.pdf;jsessionid=A0FD2C22094F9D9B82B1B9A5C36DCD94?sequence=1

Het zorgsysteem in Marokko kampt enerzijds met structurele onder-financiering en anderzijds is het medisch personeel dun bezaaid, wat zeker in landelijke gebieden een enorme weerslag heeft op de beschikbaarheid van medische zorgen.

Het is bijgevolg duidelijk dat er een groot verschil bestaat tussen de theorie, die in wetteksten is gegoten, en de praktijk, waarmee de inwoners van Marokko dagelijks geconfronteerd worden.

Daarnaast overtuigt de theoretische uiteenzetting van de arts-adviseur evenmin.

Er wordt eerst en vooral gesteld dat "de AMO in 2005 werd opgericht met de bedoeling gezondheidszorg te garanderen in de publieke en private sector, voor werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, studenten, vroegere verzetsstrijders en ieden van het vrijheidsleger".

Daarbij wordt wel genuanceerd dat men nog niet "geslaagd is in het volledige opzet", aangezien er blijkbaar enkel dekking is voor "werknemers in de private en publieke sector en voor studenten"...

Wat het RAMED betreft, wordt gesteld dat er twee categorieën van inwoners kunnen genieten van dit systeem, namelijk "kwetsbare personen" en "arme personen". Men zou enkel moeten aantonen dat men "geen begunstigde is van AMO" en dat men "onvoldoende inkomsten heeft om de medische uitgaven te dekken".

Een lezing van het Marokkaanse Decreet dat de regelgeving rond RAMED regelt leert al snel dat de inkomstenvoorwaarde gekoppeld is aan allerhande inkomstenbarema's die blijkbaar verschillen tussen stadsbewoners en plattelandsbewoners (bron: http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.viewScheme?pJang=en&p_scheme_id=3251&p_geoaid=504).

Het is dus helemaal niet zeker, zoals verwerende partij doet uitschijnen, dat verzoekende partij hoe dan ook beroep zal kunnen doen op één van beide systemen.

Zoals vermeld is de AMO voorlopig enkel beschikbaar voor werknemers en studenten, categorieën waar verzoekende partij niet toe behoort. Indien haar inkomen boven de vastgestelde inkomstengrenzen zou blijken te liggen, valt zij zowel uit de boot bij de AMO als bij de RAMED en heeft zij geen enkel recht op terugbetaling van welke medische kosten dan ook.

Het hoeft geen uitvoerig betoog dat dit tot gevolg heeft dat de behandeling voor verzoekende partij volstrekt onbetaalbaar en dus bijgevolg volstrekt ontoegankelijk zou zijn...

Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen bevoegd zijn beoordeling van de aanvraag in de plaats te stellen van die van de administratieve

overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tót haar besluit is gekomen. 1

De Dienst Vreemdelingenzaken heeft de juiste feitelijke gegevens kennelijk niet correct beoordeeld en is op grond daarvan in onredelijkheid tot haar besluit gekomen.

Derhalve is de materiële motiveringsverplichting geschonden.

Het middel is gegrond.

2.1.2. In haar eerste middel stelt de verzoekende partij dat de loutere theoretische analyse van enkele wetteksten uiteraard niet kan volstaan om een grondige analyse te maken van het al dan niet toegankelijk zijn van de nodige zorgen specifiek voor de verzoekende partij. Indien de overheid in casu niet de nodige beleidsmaatregelen neemt, blijven deze wetteksten zonder gevolg in de praktijk. De verzoekende partij wijst op het laatste verslag van de WHO, waarvan zij twee pagina's bij haar verzoekschrift voegt. Dit verslag stelt volgens de verzoekende partij dat het zorgsysteem in Marokko enerzijds kampt met structurele onder-financiering en anderzijds het medisch personeel dun bezaaid is, wat volgens de verzoekende partij zeker in landelijke gebieden een enorme weerslag heeft op de beschikbaarheid van medische zorgen. Het is volgens de verzoekende partij dan ook duidelijk dat er een groot verschil bestaat tussen de theorie, die in wetteksten is gegoten en de praktijk, waarmee de inwoners van Marokko dagelijks geconfronteerd worden.

Daarnaast stelt de verzoekende partij dat de theoretische uiteenzetting van de arts-adviseur evenmin overtuigt. Wat het RAMED betreft, wordt volgens de verzoekende partij gesteld dat er twee categorieën van inwoners kunnen genieten van dit systeem, namelijk "kwetsbare personen" en "arme personen". Men zou enkel moeten aantonen dat men "geen begunstigde is van AMO" en dat men "onvoldoende inkomsten heeft om de medische uitgaven te dekken". Een lezing van het Marokkaanse Decreet dat de regelgeving rond RAMED regelt leert volgens de verzoekende partij al snel dat de inkomstenvoorwaarde gekoppeld is aan allerhande inkomstenbarema's die blijkbaar verschillen tussen stadsbewoners en plattelandsbewoners. Het is dus helemaal niet zeker, zoals verwerende partij doet uitschijnen, dat verzoekende partij hoe dan ook beroep zal kunnen doen op één van beide systemen. De verzoekende partij stelt verder dat de AMO voorlopig enkel beschikbaar voor werknemers en studenten, categorieën waar verzoekende partij niet toe behoort. Indien haar inkomen boven de vastgestelde inkomstengrenzen zou blijken te liggen, valt zij volgens de verzoekende partij zowel uit de boot bij de AMO als bij de RAMED en heeft zij geen enkel recht op terugbetaling van welke medische kosten dan ook.

De formele motiveringsplicht houdt in dat in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moeten worden opgenomen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een afdoende wijze. Het afdoend karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

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

Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is kunnen komen.

In casu verwijst de verzoekende partij naar het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet dat luidt als volgt:

“§ 1 De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er

geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.”

Deze bepaling houdt duidelijk twee onderscheiden mogelijkheden in wat betreft de ziekte voorgelegd door betrokkene, met name:

- de ziekte houdt een reëel risico in voor het leven of voor de fysieke integriteit, of
- de ziekte houdt een reëel risico in op onmenselijke of vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf.

Deze twee verschillende mogelijkheden moeten onafhankelijk van elkaar worden getoetst (cfr. RvS 19 juni 2013, nr. 223 961, RvS 28 november 2013, nrs. 225 632, 225 633 en RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778). Voor wat betreft de ziekte die een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene vormt, stemt artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet overeen met artikel 3 van het EVRM en in die mate heeft de Belgische wetgever artikel 9ter aan de interpretatie van artikel 3 van het EVRM door het EHRM willen verbinden (RvS 29 januari 2014, nr. 226 251). De tweede mogelijkheid gaat echter verder en vereist dat onafhankelijk van het reële risico voor het leven of de fysieke integriteit, tevens wordt onderzocht of de ziekte aanleiding kan geven tot een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer hiervoor geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land van verblijf.

Overeenkomstig artikel 9ter, § 1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, dienen de hierboven besproken risico's te worden beoordeeld door de ambtenaar-geneesheer, die hieromtrent advies verschaft ten behoeve van de bevoegde staatssecretaris of zijn gemachtigde.

In casu blijkt uit de bestreden beslissing uitdrukkelijk verwijst naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 20 augustus 2018. Dit advies werd samen met de bestreden beslissing aan de verzoekende partij ter kennis gebracht. Zodoende maken de motieven van het advies van 20 augustus 2018 integraal deel uit van de thans bestreden beslissing, die er haar noodzakelijke grondslag in vindt.

Het advies van 20 augustus 2018 luidt als volgt:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 27-6-2018. Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

Standaard Medisch Getuigschrift dd. 17-4-2018 van dr. El Hajjaji, neuroloog, met de volgende informatie:

o Voorgeschiedenis van CVA

o Gekend met ziekte van Parkinson en osteonecrose van de linker femurcondyl

o Medicamenteuze behandeling met clopidogrel, nupentin, lipitor, prolopa, equip trazodone

o Hospitalisatie in december 2017

o Nood aan kinesitherapie en opvolging door neuroloog en orthopedist

Attest van dr. Steuve, orthopedist dd. 22-3-2018 dat betrokkene een knieprothese nodig heeft en daardoor bij haar zoon dient te verblijven postoperatief. Zij is niet geschikt haar normale activiteiten uit te oefenen of te werken tot 31-12-2018

Opname verslag van dienst neurologie van 19-12-2017 tot 21-12-2017 en later op de dienst revalidatie tot 19-1-2018: opname wegens gangproblemen: gekend met ziekte van Parkinson en CVA in de voorgeschiedenis, risico op cardiovasculaire aandoeningen, osteonecrose van de linker condyl van de femur, algoneurodystrofie linker been, vitamine D deficiëntie

Neuropsychologisch onderzoek van 3-1-2018: deficit van lange termijn geheugen op visueel vlak, deficit op werkgeheugen. Opmerking: taalbarrière

Opname spoeddienst dd. 18-12-2017: subacute laesie ischemisch met tijdelijke hemiparese links en vertigo

- Verslag van dr. Avaro, huisarts, met vermelding dat er een indicatie is voor het plaatsen van een totale Knieprothese

In conclusie uit de aangeleverde medische documenten kunnen we het volgende besluiten:

Het betreft hier een dame van 60 jaar, recent overgekomen uit Marokko

Als pathologie weerhouden we:

o Voorgeschiedenis van CVA, restletsels niet duidelijk

o Ziekte van Parkinson motorische symptomen meer uitgesproken ter hoogte van de linker lichaamshelft

- o Osteonecrose van het uiteinde van het dijbeen (knie) links met nood aan plaatsen van een knieprothese*
- o Algoneurodystrofie van het linker been gediagnosticeerd op scintigrafie (verminderde functie abnormale reactie op pijnprikkels). Werden in de anamnese en klinisch onderzoek niet geobjectiveerd,*
- o Vitamine deficiëntie zonder behandeling*

Zij heeft nood aan orthopedische en neurologische opvolging

Als medicatie neemt betrokkene:

! Clopidogrel, bloedverdunner

! Gabapentine.(nupentine) tegen neuropatische pijn

! Lipitor, atorvastine, tegen cholesterol

! Prolopa, levodopa, voor de ziekte van Parkinson

! Requip, ropirinol, parkinson medicatie

! Trazodone antidepressivum, sedatief

In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld, (betrokkene kwam ook zeer recent zelfstandig naar België).

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 1:

Aanvraag Medcoi van 31-7-2018 met het unieke referentienummer 11393

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de noodzakelijke zorg die deze dame van 60 afkomstig uit Marokko nodig heeft, beschikbaar is in haar thuisland: namelijk de zorg door neurologen en orthopedisten. De medicatie die betrokkene neemt is eveneens beschikbaar. In het kader van de huidig niet behandelde algoneurodystrophie is fysieke therapie beschikbaar zo nodig.

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 behandeling in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen.

In het MedCOI-project wordt er informatie verzameld over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst en deze informatie wordt in een niet-publieke databank geplaatst die enkel toegankelijk is voor de partners van dit project. Het MedCOI-project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), telt heden 15 partners (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF).

Disclaimer: De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst. Er wordt geen informatie over de toegankelijkheid van de behandeling verschaft. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De BMA doet zijn uiterste best om accurate, transparante en actuele informatie te leveren binnen een beperkt tijdsbestek. Echter, dit document heeft niet de pretentie exhaustief te zijn. Geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid kunnen uit de inhoud gepuurd worden.

BMA krijgt informatie van de volgende 3 bronnen:

International SOS is een leidinggevende internationale onderneming die medische bijstand en veiligheidsdiensten verleent. Zij heeft kantoren in meer dan 70 landen en beschikt over een wereldwijd netwerk van 27 bijstandscentra, 31 klinieken, 700 externe sites. International SOS heeft zich contractueel verbonden tot het leveren van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld. Meer inlichtingen over deze organisatie is te vinden op de International SOS website: <https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance is een wereldwijde reisbijstandsverzekering onderneming. Met hun eigen operationele centra in 34 landen, meer dan 100 correspondenten en 400.000 kwalitatieve

dienstverleners, weet de onderneming waar ook ter wereld voor welke specifieke medische aandoening dan ook de juiste medische behandeling te vinden. Allianz Global Assistance heeft zich contractueel verbonden om informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld te verstrekken. Meer informatie over de organisatie kan gevonden worden op de website van Allianz Global Assistance: www.allianzglobal-assistance.com

Lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, werden uitgekozen door

ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden, en over voldoende tijd beschikken om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden

gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen wordt om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CV's van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zijn vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden. De medische informatie die door International SOS, Allianz Global Assistance en de lokaal gecontracteerde artsen wordt verstrekt, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA.

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 behandeling. 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.

In 2002, na akkoorden met de WHO, stemde Marokko wet 65-00, die een universeel systeem van gezondheidszorg verzekerde voor iedereen.

In Marokko bestaan er twee naast elkaar staande systemen van gezondheidszorg, namelijk:

- Le Régime d'Assistance Médicale of RAMED
- L'Assurance Maladie Obligatoire of AMO

In maart 2015 was 58% van de bevolking reeds aangesloten bij één van de twee systemen.

De AMO werd in 2005 opgericht met de bedoeling gezondheidszorg te garanderen in de publieke en private sector, voor werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Tot op heden is men nog niet geslaagd in het volledige opzet, maar er is wel reeds een dekking voor werknemers in de private en publieke sector en voor studenten. Werknemers uit de private sector en gepensioneerden zijn aangesloten bij de Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CVSS), de publieke sector is aangesloten bij de Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale (CNOPS).²

Personen die onder het AMO-systeem vallen, krijgen behandelingen en medicijnen terugbetaald door de verzekering. Het percentage van terugbetaling varieert tussen de 70 en 100 %.³

RAMED werd opgericht in 2012. Er zijn twee categorieën mensen die kunnen genieten van de voordelen van RAMED:⁴

- personen die als 'kwetsbaar' beschouwd worden: zij betalen een bijdrage van MAD 120 (+/-10 euro) per persoon.
- personen die als 'arm' beschouwd worden: zij kunnen gratis beroep doen op het systeem.

Begunstigden van RAMED krijgen gratis eerste-, tweede- en derdelijnszorg in publieke ziekenhuizen, op

voorwaarde dat ze eerst langsgaan in hun gezondheidscentrum. Volwassenen zonder familie, alsook personen zonder verblijfplaats kunnen gratis genieten van het RAMED-systeem.

Om aanspraak te kunnen maken op het RAMED-systeem, moet men bewijzen dat men geen begunstigde is van AMO en dat men onvoldoende inkomsten heeft om de medische uitgaven te dekken.

Specifiek voor betrokkene kunnen wij stellen dat zij beroep kan doen op één van beide systemen.

Betrokkene heeft nood aan gespecialiseerde opvolging en behandeling in het kader van haar orthopedische problematiek. De behandeling is mogelijk en toegankelijk (een specifieke vraag werd gesteld aan MedCOI op datum van 13-12-2017).

Afhankelijk van het systeem van sociale zekerheid waar betrokkene beroep op kan doen, is de terugbetaling van de totale behandeling 80 tot 90%. Zij dient zich hiervoor wel te wenden tot de derdelijngeneeskunde en gespecialiseerde centra.⁵

Voor de behandeling en opvolging door een neuroloog zijn er verschillende mogelijkheden, afhankelijk tot welk verzekeringsstelsel betrokkene zich richt en afhankelijk van het type geneeskunde (privaat of publiek). De prijzen variëren van gratis tot MAD 250 (€23).

Betrokkene haalt aan dat patiënten die lijden aan Parkinson vaak gestigmatiseerd worden. Zij legt echter geen persoonlijke bewijzen voor die staven dat dit in haar specifieke situatie het geval zal zijn. Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

Betrokkene kwam zeer recent naar België. Een deel van haar aandoeningen zijn chronisch en niet recent ontstaan. Het is zeer onwaarschijnlijk dat zij in haar thuisland geen verzorging ontving.

Bijkomend is het ook zeer onwaarschijnlijk dat betrokkene geen familie, kennissen of vrienden meer heeft in het land van herkomst (waar zij gedurende +/- 60 jaar verbleef), op wie zij eventueel een beroep zou kunnen doen voor opvang en ondersteuning.

Niets verhindert verzoekster derhalve om terug te keren. Het staat haar 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 doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie, namelijk ziekte van Parkinson, bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Marokko.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Marokko."

Het is dan ook duidelijk dat de ambtenaar-geneesheer en met hem de gemachtigde, wel degelijk uitdrukkelijk heeft gemotiveerd met betrekking tot de beide toepassingsgevallen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. De ambtenaar-geneesheer betwist de aandoeningen van de verzoekende partij overigens niet in zijn advies. Hij gaat duidelijk in op de aangevoerde aandoeningen. Hij heeft ook de geattesteerde behandeling en risico's bij gebrek aan behandeling beoordeeld in het licht van de beide toepassingsgevallen van artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet.

Een schending van de formele motiveringsplicht of van artikel 62 van de vreemdelingenwet is niet aangetoond.

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

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

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

De Raad merkt vooreerst op dat de verzoekende partij in de voorwaardelijke wijs spreekt wanneer zij stelt dat *“indien de overheid in casu niet de nodige beleidsmaatregelen neemt, deze wetteksten zonder gevolg (blijven) in de praktijk”*. De verzoekende partij maakt echter op geen enkele concrete wijze aannemelijk dat de Marokkaanse overheid niet de nodige beleidsmaatregelen zou nemen. Zij beperkt zich tot een loutere, en dan nog voorwaardelijke, bewering.

Het verslag van de WHO dat de verzoekende partij bij haar verzoekschrift voegt, namelijk ‘Country Cooperation Strategy at a glance’, vermeldt onder meer het volgende:

“The 2011 Constitution recognizes the right to healthcare. The Moroccan health system is composed of a public and private sector (including non-profit and for-profit sectors). The public health sector includes 2,689 primary health care facilities and 144 hospitals at different levels: local, provincial, regional and tertiary. Combined they have approximately 22,146 beds. The private sector is composed of 6,763 private practices and 439 clinics, mainly concentrated in urban areas and on the northern Atlantic coast. The health system is facing huge resource gaps, including with respect to human resources: 0.68 physician and 0.84 nursing and midwifery density per thousand population in the public sector. Despite an increased budget in recent years, investment in health is still relatively low (less than 6% of GDP) and out of pocket expenses remain high (around 54%). The Moroccan health system is in the process of decentralization and advanced regionalization with institutionalization of 12 new regions. With generalization of the health insurance scheme for the poor and vulnerable (RAMED) in 2012, an additional 8.5 million people were given access to free publicly available services. Public and private employees are covered by the Mandatory Health Insurance (AMO). The government is currently working on the health insurance for the independent sector, representing 1/3 of the population. However, Moroccan citizens have expressed dissatisfaction towards the public health system, including quality of care and inequities in access to health services and facilities, especially pointing to a discrepancy between urban and rural areas.”

(vrije vertaling: *“De Grondwet van 2011 erkent het recht op gezondheidszorg. Het Marokkaanse gezondheidssysteem bestaat uit een publieke en een private sector (non-profit en profit sectoren inbegrepen). Het publieke gezondheidssysteem omvat 2689 primaire gezondheidsfaciliteiten en 144 ziekenhuizen op verschillende niveaus: lokaal, provinciaal, regionaal, en tertiair. Samen omvatten zij ongeveer 22146 bedden. De private sector bestaat uit 6763 private praktijken en 439 ziekenhuizen, die zich vooral in stedelijk gebied bevinden en langs de Noord-Atlantische kust. Het gezondheidssysteem kampt met een enorm gebrek aan middelen, waaronder een gebrek aan personeel: een dichtheid van 0,68 kinesisten en 0.84 verplegers en gynaecologen per 1000 personen in de publieke sector. Ondanks een verhoogd budget in de laatste jaren, wordt er relatief weinig geïnvesteerd in gezondheidszorg (minder dan 6 percent of het BNP) en komt het betalen van voorschotten redelijk veel voor (54 percent). Het Marokkaanse gezondheidssysteem zit in een proces van decentralisatie en geavanceerde regionalisatie met het installeren van 12 nieuwe regio's. Door de veralgemening van het gezondheidsverzekeringssysteem voor de armen en kwetsbaren (RAMED) in 2012, kregen een extra 8,5 miljoen mensen toegang tot gratis publiek toegankelijke behandelingen. Publieke en private werknemers worden gedekt door de verplichte ziektekostenverzekering (AMO). Voor het moment werkt de overheid aan een ziekteverzekering voor zelfstandigen, die één derde van de bevolking vertegenwoordigen. Marokkaanse burgers hebben echter hun ongenoegen laten blijken ten opzichte van het publieke gezondheidssysteem, onder meer m.b.t. de kwaliteit van de zorg en de ongelijkheid in toegang tot de ziektebehandelingen en –voorzieningen, en in het bijzonder m.b.t. een discrepantie tussen de stedelijke en landelijke gebieden.”*)

De Raad stelt vast dat uit dit verslag niet zonder meer blijkt dat er een groot verschil bestaat tussen de theorie, die in wetteksten is gegoten, en de praktijk, waarmee de inwoners van Marokko dagelijks geconfronteerd worden. Het verslag van de WHO vermeldt immers ook dat het

gezondheidsverzekeringsstelsel werd veralgemeend voor armen en kwetsbaren en daardoor 8,5 miljoen mensen gratis toegang kregen tot publiek toegankelijke behandelingen. Bovendien blijkt uit het verslag, dat dateert van mei 2018, dat er een proces van decentralisatie en geavanceerde regionalisatie bezig is in Marokko. Ook deze informatie is positief te noemen. Bovendien vermeldt dit verslag verder dat gezondheidszorg één van de zes prioriteiten is van UNDAF 2017-2021. De verzoekende partij maakt haar beweringen dat er een groot verschil bestaat tussen de theorie en de praktijk dan ook niet op concrete wijze aannemelijk.

De verzoekende partij stelt verder dat de inkomstenvoorwaarde gekoppeld is aan allerlei inkomstenbarema's die blijkbaar verschillen tussen stadsbewoners en plattelandsbewoners, en het dus helemaal niet zeker is dat zij hoe dan ook beroep zal kunnen doen op één van beide systemen. De verzoekende partij stelt dat zij, indien haar inkomen boven de vastgestelde inkomstengrenzen zou blijken te liggen, zowel uit de boot valt bij de AMO als bij de RAMED en zij geen enkel recht heeft op terugbetaling van welke medische kosten dan ook. De Raad stelt opnieuw vast dat de verzoekende partij hier in de voorwaardelijke wijs spreekt: "indien" haar inkomen boven de vastgestelde inkomstengrenzen zou blijken te liggen. De verzoekende partij maakt op geen enkel concrete wijze aannemelijk dat dit ook het geval is. Bovendien blijkt uit de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, die gedateerd is op 17 mei 2018, dat de verzoekende partij daarin zelf stelt dat het "in casu nogal duidelijk (is) dat verzoekende partij bij terugkeer in het land van herkomst compleet in de marginaliteit zal terechtkomen. (...) verzoekende partij is dan ook geenszins in staat een inkomen te genereren (...) een degelijke behandeling zal de verzoekende partij zich zeker niet kunnen veroorloven (...)". Aangezien de verzoekende partij in haar aanvraag zelf stelt dat zij niet in staat is een inkomen te genereren is er ook geen enkel risico dat haar inkomen boven de vastgestelde inkomstengrenzen zou liggen. De verzoekende partij maakt haar beweringen ter zake dan ook niet aannemelijk.

De Raad stelt dan ook vast dat de verzoekende partij niet aannemelijk maakt dat de motivering van de ambtenaar-geneesheer ter zake kennelijk onredelijk zou zijn. De Raad merkt op dat de verzoekende partij de overige, zeer uitgebreide motieven van het advies niet betwist, en zij dus blijven staan.

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

Het eerste middel is niet gegrond.

2.1.2. In een tweede middel voert de verzoekende partij de schending aan van het redelijkheidsbeginsel en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

De verzoekende partij licht het tweede middel als volgt toe:

“

Doordat het redelijkheidsbeginsel veronderstelt dat de genomen beslissing dient voort te spruiten uit een zorgvuldig onderzoek en een beslissing moet hun die door ieder ander redelijk denkend mens of orgaan zou kunnen worden genomen en die men als een redelijk verantwoorde beslissing zou kunnen zien en aanvaarden. Zodat de bestreden beslissing geenszins op redelijke wijze werd genomen.

Zoals uiteengezet onder het eerste middel heeft verwerende partij bij haar beoordeling van de toegankelijkheid van de voor verzoekende partij noodzakelijke zorgen enkel rekening gehouden met een louter theoretische analyse van de wettelijk voorziene zorgverzekeringsystemen in Marokko.

Nergens uit te beslissing blijkt dat DVZ enig onderzoek heeft gevoerd naar hoe deze systemen in de praktijk werken en meer bepaald in welke mate zij performant zijn dan wel louter dode letter blijven.

Dat DVZ hierin in gebreke blijft, is een schending van de op haar rustende zorgvuldigheidsplicht en bijgevolg een schending van het redelijkheidsbeginsel.

Hetzelfde kan overigens gezegd worden over de theoretische analyse zelf, die zeer kort door de bocht is en belangrijke hiaten vertoont (cf. opnieuw hetgeen werd uiteengezet onder het eerste middel).

Ook dit middel is derhalve gegrond.”

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

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

Het redelijkheidsbeginsel staat de Raad niet toe het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te bevinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat doordat de door het bestuur geponeerde verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

De Raad stelt vast dat de verzoekende partij in haar tweede middel verwijst naar haar uiteenzetting in haar eerste middel. De Raad kan in dat opzicht dan ook volstaan met te verwijzen naar de bespreking van het eerste middel.

Waar de verzoekende partij stelt dat nergens uit de bestreden beslissing blijkt dat de verwerende partij een onderzoek heeft gevoerd naar hoe de systemen in de praktijk werken en in welke mate zij performant zijn dan wel dode letter blijven, stelt de Raad vast dat het advies van 8 augustus 2018 een zeer uitgebreide motivering bevat aangaande de verschillende gezondheidssystemen die in Marokko bestaan. De ambtenaar-geneesheer motiveert ook dat hij van oordeel is dat de verzoekende partij hiervan zal kunnen gebruik maken. Het is dan ook aan de verzoekende partij zelf om aan te tonen dat dit niet het geval is, wat zij in casu nalaat te doen. De verzoekende partij maakt dan ook niet aannemelijk dat de bestreden beslissing in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel of het redelijkheidsbeginsel werd genomen.

Het tweede middel is niet gegrond.

2.3.1. In wat als een derde middel kan aangemerkt worden voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (hierna: het EVRM). Dit derde middel is integraal gericht tegen het bevel om het grondgebied te verlaten.

De verzoekende partij licht het derde middel als volgt toe:

“Doordat de bestreden beslissing verzoekende partij verplicht om terug te keren naar haar land van herkomst, zonder voldoende zeker is dat de nodige zorgen voor haar medische, levensbedreigende aandoeningen daarginds toegankelijk voor haar zijn.

Terwijl artikel 3 EVRM bepaalt dat niemand mag worden onderworpen aan onmenselijke of vernederende behandeling

Door haar aandoening zal een terugkeer van verzoekende partij naar haar land van herkomst een blootstelling aan een onmenselijke of vernederende behandeling zijn of met zich meebrengen.

Het EHRM oordeelt dat een verwijdering een schending van artikel 3 EVRM kan uitmaken wanneer er ernstige en bewezen motieven bestaan om aan te nemen dat de verzoekende partij in het land van bestemming een reëel gevaar loopt om te worden onderworpen aan behandelingen die in strijd zijn met artikel 3 EVRM. Artikel 3 EVRM verplicht de verdragstaten de betroffene persoon dan niet naar dat land te verwijderen.

Welnu, uit wat in de middelen onder 2.A. werd uiteengezet blijkt alleszins dat DVZ bij de weigeringsbeslissing niet voldoende onderzocht heeft of de voor verzoekende partij levensnoodzakelijke behandelingen voor haar toegankelijk zijn in haar land van herkomst.

Het bevel om het grondgebied te verlaten steunt rechtstreeks op deze weigeringsbeslissing en bevat op zichzelf geen verdere motivatie.

Er is bijgevolg een reëel risico op onmenselijke en/of vernederende behandeling in hoofde van verzoekende partij, aangezien:

- 1. Er niet wordt betwist dat de aandoeningen van verzoekende partij levensbedreigend zijn indien deze niet adequaat worden behandeld*
- 2. Het onderzoek, zoals supra reeds vermeld, naar de toegankelijkheid van de nodige zorgen in het land van herkomst ontoereikend is*
Het middel is derhalve gegrond."

2.3.2. Artikel 3 van het EVRM bepaalt dat *"Niemand mag worden onderworpen aan foltering en aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen"*.

Deze bepaling bekrachtigt een van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen foltering en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, § 218).

De verzoekende partij stelt in haar derde middel dat er volgens haar een reëel risico op onmenselijke en/of vernederende behandeling is wanneer zij moet terugkeren naar Marokko, aangezien er niet wordt betwist dat haar aandoeningen levensbedreigend zijn indien deze niet adequaat worden behandeld en het onderzoek naar de toegankelijkheid van de nodige zorgen in het land van herkomst volgens haar ontoereikend is. De verzoekende partij verwijst naar de argumentatie zoals ontwikkeld in haar eerste en tweede middel om dit aan te tonen. Volgens haar is het onvoldoende zeker dat de nodige zorgen voor haar levensbedreigende aandoeningen toegankelijk voor haar zijn in Marokko. Het bevel om het grondgebied te verlaten steunt volgens haar rechtstreeks op de weigeringsbeslissing en bevat op zich geen verdere motivatie.

De Raad benadrukt dat het EHRM een zeer hoge drempel hanteert wat betreft medische gevallen en de toepassing van artikel 3 van het EVRM. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens oordeelde immers dat artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens niet het recht waarborgt om op het grondgebied van een Staat te blijven louter om de reden dat die Staat betere medische verzorging kan verstrekken dan het land waarheen de vreemdeling zich dient te begeven en dat zelfs de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand van een vreemdeling beïnvloedt niet volstaat om een schending van die bepaling op te leveren.

Het EHRM heeft in haar rechtspraak voorts meermaals bevestigd dat het feit dat de medicatie aanwezig is, ook al is dat tegen een aanzienlijke kost, voldoende is. Eveneens heeft het EHRM in zijn rechtspraak gesteld dat het waarschijnlijk is dat de betrokkene beroep zal kunnen doen op in het land van herkomst aanwezige familieleden, ook al werd dit ontkend door de betrokkene (EHRM 27 mei 2008, N. t. Verenigd Koninkrijk, §§ 48, 49 en 50).

Er dient te worden opgemerkt dat artikel 3 van het EVRM vereist dat de verzoekende partij doet blijken dat er ernstige en zwaarwichtige gronden aanwezig zijn om aan te nemen dat, in het land waarnaar zij mag worden teruggeleid, zij een ernstig en reëel risico loopt te worden blootgesteld aan foltering of mensonterende behandeling. Diegene die aanvoert dat hij een dergelijk risico loopt zal zijn beweringen moeten staven met een begin van bewijs, zodat in het bijzonder blote en niet geconcretiseerde beweringen alsook de overtuiging inzake een onmenselijke behandeling, zoals geuit in onderhavig verzoekschrift, op zich niet volstaat om een inbreuk op artikel 3 van het EVRM aan te tonen.

De verzoekende partij poogt aannemelijk te maken dat de voor haar noodzakelijke medische behandeling niet beschikbaar of toegankelijk is in Marokko door te verwijzen naar de uiteenzetting van haar eerste en tweede middel. Uit de bespreking van het eerste en tweede middel is echter al gebleken dat de verzoekende partij hierin niet geslaagd is en dat zij niet aannemelijk maakt dat de beslissing tot ontvankelijkheid maar ongegrondheid van de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, op kennelijk onredelijke wijze werd genomen. De verzoekende partij maakt dan ook evenmin de schending van artikel 3 van het EVRM aannemelijk.

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

Het derde middel is niet gegrond.

3. Kosten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Artikel 2

De kosten van het beroep, begroot op 186 euro, komen ten laste van de verzoekende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijftwintig maart tweeduizend negentien door:

mevr. J. CAMU,

kamervoorzitter,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

J. CAMU