



## Arrest

nr. 210 348 van 28 september 2018  
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat K. VERSTREPEN  
Rotterdamstraat 53  
2060 ANTWERPEN

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie  
en Administratieve Vereenvoudiging.

### DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, op 14 mei 2018 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 9 maart 2018, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van diezelfde gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 9 maart 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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 11 juni 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 2 juli 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. DE GROOTE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die *loco* advocaat K. VERSTREPEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat T. BRICOUT, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

### WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

#### 1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 16 juli 2016 dient de verzoeker 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).

Op 30 januari 2017 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard.

Op 20 juli 2017, met kennisgeving op 18 augustus 2017, beslist de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris (hierna: de gemachtigde) dat de boven genoemde medische verblijfsaanvraag ongegrond is. Op diezelfde datum besluit de gemachtigde om de verzoeker het bevel te geven om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Deze beide beslissingen werden door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) vernietigd, dit bij arrest nr. 196 809 van 18 december 2017.

Op 9 maart 2018 beslist de gemachtigde opnieuw dat de voornoemde medische verblijfsaanvraag ongegrond is. Tevens beslist hij op 9 maart 2018 tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Het betreft de thans bestreden beslissingen, die aan de verzoeker werden ter kennis gebracht op 13 april 2018.

De eerste bestreden beslissing is de beslissing van 9 maart 2018, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ongegrond wordt verklaard. Deze beslissing is als volgt gemotiveerd:

*"(...)*

*Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 16.07.2016 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:*

*E. A., M. (R.R.: ...)*

*Geboren te O. op (...)1970*

*Nationaliteit: Marokko*

*Adres: (...)*

*In toepassing van artikel 9ter van de wet 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 30.01.2017, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.*

*Reden:*

*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. A., M., die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 06.03.2018 in gesloten omslag).*

*Derhalve*

*1) kan uit het voorgelegd medisch 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).*

*Er wordt geen rekening gehouden met eventuele stukken toegevoegd aan het beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gezien deze niet ter kennis werden gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het komt immers aan betrokkene toe om alle nuttige en recente inlichtingen in zijn aanvraag of als aanvulling op deze aanvraag aan onze diensten over te maken.*

*Dat in het verzoekschrift ook argumenten worden aangevoerd welke geen betrekking hebben op de medische toestand van betrokkene (verzoeker haalt aan dat hij sinds 2004 in België woont, geïntegreerd is, hier een netwerk heeft uitgebouwd en nooit criminele feiten pleegde). 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.*

*Het attest van immatriculatie dat werd afgegeven in het kader van de procedure op basis van genoemd artikel 9ter dient te worden ingetrokken. Gelieve betrokkene tevens af te voeren uit het Vreemdelingenregister omwille van “verlies van recht op verblijf”.  
(...)”*

De tweede bestreden beslissing is de beslissing van 9 maart 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Deze beslissing bevat de volgende motieven:

*“(...*

*De heer, die verklaart te heten:*

*Naam + voornaam: E. A. M.*

*Geboortedatum: (...)1970*

*Geboorteplaats: O.*

*Nationaliteit: Marokko*

*wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,  
binnen 0 dagen (onmiddellijk) na de kennisgeving.*

**REDEN VAN DE BESLISSING:**

*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 hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum.*

*Met toepassing van artikel 74/14 §3, werd de termijn om het grondgebied te verlaten naar [0] dagen verminderd omdat:*

*o 4 de onderdaan van een derde land niet binnen de toegekende termijn aan een eerdere beslissing tot verwijdering gevolg heeft gegeven: Betrokkene heeft geen gevolg gegeven aan het bevel om het grondgebied te verlaten d.d. 04.09.2015.*

*(...)”*

## 2. Over de rechtspleging

### 2.1. Over de samenhang

Meerdere beslissingen kunnen slechts ontvankelijk als één enkele rechtszaak aanhangig worden gemaakt indien bij uitzondering de goede rechtsbedeling daardoor wordt bevorderd, meer bepaald indien de beslissingen, wat hun voorwerp of wat hun grondslag betreft, zo nauw samenhangen dat vaststellingen gedaan met betrekking tot één beslissing een weerslag zullen hebben op de uitkomst van een andere. Het komt daarbij uitsluitend aan de rechter toe te oordelen of de gezamenlijke behandeling van verschillende vorderingen het vlot verloop van het geding bevordert of schaadt (RvS 4 augustus 1997, nr. 67.627).

*In casu* is de Raad van oordeel dat de verschillende voorwerpen niet van dien aard zijn dat de gezamenlijke behandeling ervan het vlot verloop van het geding zou schaden.

Niettegenstaande het feit dat de twee bestreden beslissingen formeel steun vinden in een andere bepaling uit de vreemdelingenwet, stelt de Raad vast, op basis van de feitelijke gegevens in het dossier, dat de verweerder het zelf klaarblijkelijk nuttig en nodig heeft geacht om de uitkomst van de medische

verblijfsaanvraag op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet af te wachten alvorens een bevel om het grondgebied te verlaten aan de verzoeker af te geven. De verweerder heeft pas besloten tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten nadat werd beschikt over de door de verzoeker ingediende aanvraag tot medische verblijfsregularisatie. Aldus heeft de vaststelling, dat de aanvraag om medische regularisatie ongegrond is en dat er vanuit medisch standpunt geen bewaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland, geleid tot het oordeel dat er geen medische bezwaren zijn die zich verzetten tegen de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Door aldus te handelen erkent de verwerende partij dat de uitkomst van deze aanvraag bepalend kan zijn voor het al dan niet afleveren van het bevel om het grondgebied te verlaten.

Een en ander blijkt overigens ook uit een samenlezing van de bestreden beslissingen: deze werden genomen op dezelfde datum door dezelfde ambtenaar, attaché Y.P. In de eerste bestreden beslissing wordt ook aan de burgemeester van Antwerpen instructie gegeven het attest van immatriculatie in te trekken en de verzoekende partij af te voeren uit het vreemdelingenregister omwille van het *“verlies van recht op verblijf”*. Het is precies die vaststelling die *in casu* aanleiding heeft gegeven tot de afgifte van het bevel om het grondgebied te verlaten.

Aldus blijkt dat *in casu* het nemen van de verwijderingsmaatregel tegelijkertijd werd onderzocht als de ongegrondheidsbeslissing met betrekking tot de medische verblijfsaanvraag en dat de beslissingen onlosmakelijk samenhangen. Beide bestreden beslissingen werden ook nog op dezelfde dag aan de verzoeker betekend.

In het licht van bovenstaande feitelijke elementen is de Raad dan ook van oordeel dat de eerste bestreden beslissing en het bestreden bevel een zodanige graad van samenhang vertonen dat het in het kader van een goede rechtsbedeling gepast voorkomt deze samen te behandelen. De verweerder betwist de samenhang niet in de nota met opmerkingen.

### 3. Onderzoek van het beroep

In een eerste en enig middel voert de verzoeker de schending aan van de artikelen 3 en 13 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te New York op 4 november 1950 en goedgekeurd bij wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

#### 3.1. De verzoeker betoogt in het verzoekschrift als volgt:

*“1. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet dat “de in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.”*

*In het kader van deze bepaling is een onderzoek nodig naar de vraag of er voor de ziekte van de verzoeker een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst.*

*Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is ruimer maar omhelst ook artikel 3 EVRM, dat elke onmenselijke of vernederende behandeling verbiedt. Onder de gezamenlijke lezing van artikel 3 EVRM en artikel 13 EVRM is een gedegen onderzoek van alle relevante stukken die kunnen wijzen op een onmenselijke of vernederende behandeling verplicht.*

*Het bestaan van een reëel gevaar van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling wordt beoordeeld op grond van de omstandigheden waarvan de verwerende partij kennis had, of had moeten hebben, op het ogenblik van de bestreden beslissing (EHRM 4 december 2008, Y t. Rusland, §81; EHRM 20 maart 1991, Cruz Varas e.a. t. Zweden, §§ 75-76; EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah e.a. t. Verenigd Koninkrijk, §107).*

*Samen gelezen met het recht op een effectief rechtsmiddel vervat in artikel 13 van het EVRM vereist artikel 3 van het EVRM dat verwerende partij een zo nauwkeurig mogelijk onderzoek doet van de*

gegevens die wijzen op een reëel risico van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling (EHRM 21 januari 2011, M.S.S. t. België en Griekenland, §§293 en 387).

De motiveringsplicht gebiedt verwerende partij hier omtrent motieven op te nemen. Zo stelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in EHRM, 11 juli 2000, Jabari t. Turkije, § 50 het volgende: "Pour la Cour, compte tenu de la nature irréversible du dommage susceptible d'être causé en cas de réalisation du risque de torture ou de mauvais traitements et vu l'importance qu'elle attaché a l'article 3, la notion de recours effectif au sens de l'article 13 requiert, d'une part, un examen indépendant et rigoureux de tout grief aux termes duquel il existe des motifs sérieux de croire a l'existence d'un risque réel de traitements contraires a l'article 3 et, d'autre part, la possibilité de faire surseoir a l'exécution de la mesure litigieuse. (...)"

Het Hof bevestigde dit principe in het EHRM, 21 januari 2011, M.S.S. t. België en Griekenland, § 387: "Tout en reconnaissant qu'il s'agit la d'une évolution qui va dans le sens de l'arrêt Conka précité (§§ 81-83, confirmé par l'arrêt Gebremedhin précité, §§ 66-67), la Cour rappelle qu'il ressort également de la jurisprudence (paragraphe 293 ci-dessus) que le grief d'une personne selon lequel son renvoi vers un pays tiers l'exposerait a des traitements prohibés par l'article 3 de la Convention doit faire l'objet d'un controle attentif et rigoureux et que la conformité avec l'article 13 implique, sous réserve d'une certaine marge d'appréciation des Etats, que l'organe compétent puisse examiner le contenu du grief et offrir le redressement approprié. "

Het zorgvuldigheidsbeginsel verplicht elk bestuur om een "beslissing op een zorgvuldige wijze voor te bereiden. De beslissing dient te steunen op een correcte feitenvinding. Het bestuur dient zo nodig voldoende te informeren om met kennis van zaken een beslissing te nemen. " (A. MAST en J. DUJARDIN, Overzicht van het Belgisch Administratief Recht, 13e druk, Brussel, 1994, p. 53)

Voorts is het arrest van het EHRM van 13 december 2016, Paposhvili t. België (GK), nr 41738/10, par. 183) relevant in voorliggende zaak.

Het EHRM heeft verhelderd in het Grote Kamer arrest van Paposhvili t. België dat onder uitzonderlijke gevallen, niet alleen worden begrepen situaties van verwijdering van ernstig zieke personen waar er sprake is van een onmiddellijk en nakend levensgevaar, maar dat ook ernstig zieke personen bij wie er ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of een aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland dienen begrepen te worden.

Wat betreft het vereiste onderzoek onder artikel 3 EVRM dient volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze zou evolueren na de transfer naar het ontvangende land. Het risico op een schending van artikel 3 EVRM moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie aldaar en de individuele omstandigheden van de betrokken persoon. Daarbij moet voor elke afzonderlijke zaak worden nagegaan of de zorg algemeen beschikbaar is in de ontvangende staat, in de praktijk voldoende en geschikt is voor de behandeling van de ziekte van de betrokken persoon om te vermijden dat hij wordt blootgesteld aan een behandeling in strijd met artikel 3 EVRM.

Tevens moet de mate waarin de betrokken persoon daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg in de ontvangende staat worden onderzocht. In dit kader wijst het EHRM op de noodzaak om de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk, en de reisafstand tot de benodigde zorgen bij dit toegankelijkheidsonderzoek in rekening te nemen (par 190):

"181. The Court concludes from this recapitulation of the case-law that the application of Article 3 of the Convention only in cases where the person facing expulsion is close to death, which has been its practice since the judgment in *N. v. the United Kingdom*, has deprived aliens who are seriously ill, but whose condition is less critical, of the benefit of that provision. As a corollary to this, the case-law subsequent to *N. v. the United Kingdom* has not provided more detailed guidance regarding the "very exceptional cases " referred to in *N. v. the United Kingdom*, other than the case contemplated in *D. v. the United Kingdom*.

182. In the light of the foregoing, and reiterating that it is essential that the Convention is interpreted and applied in a manner which renders its rights practical and effective and not theoretical and illusory (see *Airey v. Ireland*, 9 October 1979, §26, Series A no. 32; *Mamatkulov and Askarov v. Turkey* [GC], nos. 46827/99 and 46951/99, § 121, ECHR 2005-1; and *Hirsi Jamaa and Others v. Italy*

[GC], no. 27765/09, § 175, ECHR 2012), the Court is of the view that the approach adopted hitherto should be clarified.

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.

(...)

186. In the context of these procedures, it is for the applicants to adduce evidence capable of demonstrating that there are substantial grounds for believing that, if the measure complained of were to be implemented, they would be exposed to a real risk of being subjected to treatment contrary to Article 3 (see *Saadi*, cited above, § 129, and *F.G. v. Sweden*, cited above, § 120). In this connection it should be observed that a certain degree of speculation is inherent in the preventive purpose of Article 3 and that it is not a matter of requiring the persons concerned to provide clear proof of their claim that they would be exposed to proscribed treatment (see, in particular, ' *Trabelsi v. Belgium*, no. 140/10, § 130, ECHR 2014 (extracts)).

187. Where such evidence is adduced, it is for the authorities of the returning State, in the context of domestic procedures, to dispel any doubts raised by it (see *Saadi*, cited above, § 129, and *F.G. v. Sweden*, cited above, § 120). The risk alleged must be subjected to close scrutiny (see *Saadi*, cited above, § 128; *Sufi and Elmi v. the United Kingdom*, nos. 8319/07 and 11449/07, § 214, 28 June 2011; *Hirsi Jamaa and Others*, cited above, § 116; and *Tarakhel*, cited above, § 104) in the course of which the authorities in the returning State must consider the foreseeable consequences of removal for the individual concerned in the receiving State, in the light of the general situation there and the individual's personal circumstances (see *Vilvarajah and Others*, cited above, § 108; *El-Masri*, cited above, § 213; and *Tarakhel*, cited above, § 105). The assessment of the risk as defined above (see paragraphs 183-84) must therefore take into consideration general sources such as reports of the World Health Organisation or of reputable non-governmental organizations and the medical certificates concerning the person in question.

188. As the Court has observed above (see paragraph 173), what is in issue here is the negative obligation not to expose persons to a risk of ill-treatment proscribed by Article 3. It follows that the impact of removal on the person concerned must be assessed by comparing his or her state of health prior to removal and how it would evolve after transfer to the receiving State.

As regards the factors to be taken into consideration, the authorities in the returning State must verify on a case-by-case basis whether the care generally available in the receiving State is sufficient and appropriate in practice for the treatment of the applicant's illness so as to prevent him or her being exposed to treatment contrary to Article 3 (see paragraph 183 above). The benchmark is not the level of care existing in the returning State; it is not a question of ascertaining whether the care in the receiving State would be equivalent or inferior to that provided by the health-care system in the returning State. Nor is it possible to derive from Article 3 a right to receive specific treatment in the receiving State which is not available to the rest of the population.

190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and *E.O. v. Italy* (dec.), cited above).

191. Where, after the relevant information has been examined, serious doubts persist regarding the impact of removal on the persons concerned - on account of the general situation in the receiving country and/or their individual situation - the returning State must obtain individual and sufficient assurances from the receiving State, as a precondition for removal, that appropriate treatment will be available and accessible to the persons concerned so that they do not find themselves in a situation contrary to Article 3 (on the subject of individual assurances, see *Tarakhel*, cited above, §120). "

In het arrest nr. 187 083 van 19 mei 2017 merkt Uw Raad nog op dat niet meer dienstig kan verwezen worden naar de enigszins gedateerde rechtspraak van het EHRM, nu arrest *Paposhvili t. België* een nieuw licht doet schijnen op de toepassing van artikel 3 EVRM bij ernstig zieke migranten.

2. Verzoeker is het niet eens met de bestreden beslissing en meent dat de genoemde wettelijke bepalingen geschonden zijn doordat verwerende partij onterecht meende dat de nodige zorgen financieel toegankelijk zijn in Marokko.

Wat betreft de financiële toegankelijkheid verwijst verwerende partij naar verschillende instanties en projecten in Marokko waarop verzoeker beroep zou kunnen doen, nl. AMO (Assurance Médicale Obligatoire) en RAMED (Régime d'assurance médicale des économiquement démunis). Verwerende partij maakt zich echter schuldig aan een te optimistische inschatting van de hulp die deze instanties en projecten kunnen bieden.

Met betrekking tot AMO geeft verwerende partij in het medisch advies zelf al aan dat het om een ziekteverzekering voor werknemers, gepensioneerden en studenten gaat.

Verder vermeldt verwerende partij het volgende: "In het AMO systeem worden bepaalde mentale aandoeningen zoals psychoses, schizofrenie, depressies,... beschouwd als een "lange-termijn ziekte" en behandelingen en geneesmiddelen worden hier beter gedekt".

2.1.1. Verzoeker is om te beginnen geen werknemer. Verzoeker heeft reeds meer dan tien jaar geleden Marokko verlaten, en kan zich niet onmiddellijk terug inschakelen in de arbeidsmarkt bij aankomst in Marokko. Verzoeker kampt met meerdere medische problemen, waaronder morbide obesitas, diabetes mellitus type II en angststoornissen waarvoor hij een cocktail van antipsychotica en antidepressiva dient te nemen. Verzoeker is niet bepaald een 'young potential' die vlot een job zal vinden op de Marokkaanse arbeidsmarkt. Dit is geen realistische verwachting.

Daarenboven is verzoeker geen gepensioneerde. Immers heeft verzoeker de pensioengerechtigde leeftijd van 62 jaar nog niet bereikt.

"De nieuwe tekst voorziet onder meer de verhoging van de pensioenleeftijd naar 61 jaar in 2017, 62jaar in 2018 en uiteindelijk 63 jaar in 2019. " (stuk 5).

Tot slot is verzoeker geen student. Gezien verzoeker zijn groot aantal medische problemen verkeert hij in de onmogelijkheid om studies aan te vangen in zijn land van herkomst.

2.1.2. Bovendien blijft verwerende partij uiterst vaag over of verzoeker zijn aandoeningen beschouwd kunnen worden als een "lange-termijn ziekte" en dat als gevolg hiervan verzoeker zijn behandelingen en geneesmiddelen beter gedekt zouden worden door AMO.

Verwerende partij beperkt zich tot het geven van een opsomming van een aantal ziekten die beschouwd kunnen worden als "lange-termijn ziekte": bepaalde mentale aandoeningen zoals psychoses, schizofrenie, depressies. Verwerende partij laat na in concreto na te gaan of de specifieke mentale aandoening van verzoeker eveneens onder het toepassingsgebied van AMO valt. Verwerende partij noemt enkele mentale aandoeningen op waarvan geen enkele betrekking heeft op de specifieke mentale aandoening van verzoeker zijn zeer ernstige angststoornis, namelijk chronische PTSD.

Daarenboven geeft verwerende partij zelf aan dat het slechts gaat om bepaalde mentale aandoeningen, wat er eens te meer op wijst dat niet elke mentale aandoening in acht wordt genomen om een lange-termijn ziekte te definiëren.

Bijgevolg geeft verwerende partij geen concrete, precieze weergave van de toegankelijkheid van verzoeker tot het AMO-systeem en heeft zij dit niet afdoende onderzocht.

2.1.3.

Tot slot oordeelde uw Raad in een eerder arrest over de financiële toegankelijkheid van AMO het volgende:

"Wat betreft de financiële toegankelijkheid verwijst de ambtenaar-geneesheer naar AMO (Assurance Médicale Obligatoire), die bestemd is voor werknemers 54 dagen van bijdrage te leveren in een periode van zes maanden, voorafgaand aan de ziekte, alvorens zij financieel kunnen worden gesteund door de AMO.

De verzoekende partij betoogt dat de continuïteit van haar behandeling in het gedrang komt indien zij zou moeten rekenen op het AMO systeem, nu zij er onmogelijk direct na aankomst beroep op zal kunnen doen nu zij geen 54 dagen in een periode van 6 maand voorafgaand zal gewerkt hebben.

*Daarnaast wijst zij erop dat zij reeds bij de aanvraag om machtiging tot verblijf een stuk voorlegde waaruit blijkt dat zij niet in aanmerking zou komen voor AMO.*

*De verzoekende partij kan worden gevolgd nu de ambtenaar-geneesheer zich beperkt tot een simpele affirmatie zonder enige analyse voor de verzoekende partij in concreto, namelijk dat zij onmogelijk voorafgaand aan de vraag om hulp via AMO 54 dagen zal gewerkt hebben in een periode van 6 maand bij een terugkeer." (Arrest RvV nr 196 809 van 18 december 2017)*

*Verwerende partij behoudt in bestreden beslissing volledig het stilzwijgen over deze voorwaarde die wordt gesteld om te kunnen profiteren van het AMO-systeem. Op geen enkele wijze tracht verwerende partij te weerleggen dat deze voorwaarde voor verzoeker niet langer zou gelden. Bijgevolg zal verzoeker in geval van terugkeer, nog steeds éérs moeten werken, en vervolgens gedurende een periode bijdragen moeten betalen aan de ziekteverzekering AMO, vooraleer hij in aanmerking kan komen voor financiële steun. Hierdoor komt de continuïteit van de behandeling in gedrang.*

*Door dit arrest van uw Raad dat in kracht van gewijsde is gegaan, links te laten liggen in bestreden beslissing, schendt verzoekende partij de zorgvuldigheidsplicht. Immers, heeft verwerende partij de mogelijkheid voor verzoeker om zich te wenden tot AMO onvoldoende onderzocht.*

*2.2. Verzoeker zou in theorie aanspraak kunnen maken op de ziekteverzekering RAMED, hetgeen een basis ziekteverzekering is.*

*Ook hierbij dienen er echter serieuze kanttekeningen geplaatst te worden.*

*Verzoeker dient een cocktail van verschillende medicijnen te nemen voor onder meer zijn chronisch PTSD. De behandelende arts geeft aan dat bij een stopzetting van deze behandeling, er een gevaar voor zelfdoding bestaat. Voorts heeft verzoeker ook insuline-afhankelijke diabetes mellitus II.*

*De arts-adviseur betwist in haar medisch advies niet dat deze medicamenteuze behandeling noodzakelijk is voor verzoeker.*

*In de bestreden beslissing stelt de arts-adviseur dat verzoeker een beroep kan doen op RAMED, dat ook de kosten voor medicatie dekt. Dit is echter te kort door de bocht. De medicamenteuze behandeling van verzoeker wordt niet gedekt door RAMED.*

*RAMED dekt immers enkel de kosten van een medicamenteuze behandeling zolang een patiënt opgenomen is in een ziekenhuis. Zieken die niet in een hospitaal zijn opgenomen, worden door het programma RAMED niet bijgestaan in de kosten van medicatie.*

*Verzoeker dient op dagelijkse basis een medicijnencocktail te nemen, maar een ziekenhuisopname is momenteel niet aan de orde.*

*Daarbij voegde verzoeker bij zijn aanvraag tot medische regularisatie ook informatie toe die Fedasil had verkregen via de Cel Vrijwillige Terugkeer van Caritas International om te onderzoeken of verzoekers' medische behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Marokko. Uit deze informatie, afkomstig van een gezaghebbende bron, blijkt dat de kosten van verzoekers' medicatie niet gedekt worden door RAMED:*

*"Niet veel van de medicatie van meneer blijkt beschikbaar in Marokko, enkel:*

*Risperdal 2 mg: 570 DH*

*Humalog mix 25: 508 Dh (contient 5 cartouches)*

*Ziekteverzekering is mogelijk, voor zijn profiel zou dit RAMED zijn, maar dit dekt geen enkele kost voor medicatie, enkel hospitalisatie en scans.*

*Heb bijkomende info gevraagd (ook naar programma's voor diabetici maar zou me verbazen), mocht ik nog interessante info krijgen stuur ik het je zeker door. " (zie stuk 3 en administratief dossier)*

*Ook andere gezaghebbende bronnen bevestigen het feit dat de kosten voor verzoekers' medicijnen niet gedekt worden door RAMED, aangezien verzoeker niet opgenomen is in een ziekenhuis.*

*Zo blijkt uit een rapport van Human Rights Watch van februari 2016 het volgende:*

*"In theory, people who qualify for RAMED can receive essential healthcare services in public hospitals and public health centers around the country, but the facilities that they have access to may not always provide them with the care and medicines that they need. Indeed, public health facilities often suffer from underfunding, poor quality of reception and care, and are difficult to access for rural Moroccans. Similarly, RAMED only covers medications dispensed from public pharmacies. With few exceptions, public pharmacies only supply medications to patients during hospitalization. Thus, RAMED 's coverage only extends to "drugs and pharmaceuticals administered during [inpatient] treatment." Outpatients have to fill and pay for their prescriptions at private pharmacies." (eigen onderlijning) (stuk 4, p. 23)*

*Uit ditzelfde rapport blijkt trouwens dat slechts 50 procent van de Marokkaanse bevolking een ziekteverzekering heeft, en dat 2,5 miljoen personen wel in aanmerking komen voor een aansluiting bij RAMED op papier, maar in de praktijk deze verzekering niet hebben verkregen:*

*"As of 2013, 5.6 million Moroccans were covered by RAMED—approximately 17 percent of the population—bringing the total of medically covered Moroccans to just over 50 percent of the population. 57 The other nearly 50 percent of the Moroccan population is uninsured. In particular, insuring those who are eligible but not receiving RAMED (approximately 2.5 million people) and those working within the informal economy (approximately 10 million people) remain large obstacles to achieving universal health coverage. " (stuk 4, p 24)*

*Hieruit blijkt dat het niet eens zeker is of verzoeker wel de steun van RAMED zal krijgen.*

*Het rapport van Human Rights Watch van februari 2016 toont aan dat de analyse van de arts-adviseur foutief is. Wederom ging verwerende partij zeer onzorgvuldig te werk.*

*2.3. The International Organization for Migration is, zoals verwerende partij zelf aangeeft, een organisatie die migranten hulp biedt bij de re-integratie van migranten in hun land van herkomst. Eén van de projecten van de organisatie is het aanbieden van extra begeleiding voor mensen met medische problemen. Verwerende partij heeft echter nagelaten om na te gaan wat deze organisatie concreet zou kunnen betekenen voor verzoeker. Op geen enkele manier blijkt uit de bestreden beslissing dat deze organisatie kan instaan of helpen bij het financieel toegankelijk maken van de nodige zorgen voor verzoeker.*

*De theoretische beschouwingen en opsomming van verwerende partij van lopende projecten van ziekteverzekering en ziekenzorg in Marokko, maken allerm minst een nauwkeurig en individueel onderzoek uit, dat artikel 9ter Vw. nochtans voorschrijft.*

*Verwerende partij moet motiveren en onderzoeken in welke mate verzoeker beroep kan doen op de door haar genoemde overheidsinitiatieven.*

#### *Besluit*

*Uit al het voorgaande blijkt dat verwerende partij een gebrekkig onderzoek voert naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Marokko voor verzoeker.*

*In deze omstandigheden heeft verwerende partij allerm minst op redelijke, afdoende en zorgvuldige wijze onderzocht of verzoeker wel effectief toegang zal kunnen krijgen tot de nodige behandeling. Hierdoor bestaat het risico op een schending van artikel 3 EVRM:*

*"Bovendien blijkt uit de rechtspraak van het EHRM dat het onderzoek naar een mogelijke schending van artikel 3 EVRM meer betreft dat een louter beantwoorden van de vraag of het voor betrokkene, gezien zijn huidige gezondheidstoestand, fysiek mogelijk is om te reizen of de vraag of de verwijdering een reëel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van de betrokkene. Het Hof heeft oog voor alle omstandigheden die een aanhangige zaak betreffen, en dus ook voor de algemene omstandigheden in het land van herkomst alsook de persoonlijke situatie van een vreemdeling in dat land van herkomst. Het is immers mogelijk dat factoren en omstandigheden, die op zichzelf genomen geen aanleiding geven tot een schending van artikel 3 EVRM, in hun combinatie wel aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 EVRM. Aldus motiveert het Hof in haar arresten, zelfs als reeds is vastgesteld dat de ziekte van betrokken vreemdeling heden zich niet in een kritiek of vergevorderd stadium bevindt, ook verder met betrekking tot de eventuele beschikbaarheid van een medische behandeling in het land van herkomst, en in mindere mate de toegankelijkheid ervan, alsook met betrekking tot de eventuele*

*aanwezigheid van een sociale en familiale opvang in het land van herkomst, indien dit vereist is en indien hierover gegevens bekend zijn. " (RvV 14 februari 2013, nr. 97.196.)*

*Doordat verzoeker op dagelijkse basis een medicijnencocktail dient te nemen, lopen de kosten van deze medicamenteuze behandeling snel op.*

*Zowel de arts-adviseur als de behandelende geneesheer zijn het er over eens dat verzoeker deze behandeling moet voortzetten.*

*Verzoeker kan deze kosten niet zelf dragen.*

*In het verzoekschrift tot medische regularisatie werd de volgende informatie aangehaald:*

*"Uit de nieuwe informatie blijkt dat verzoeker zich wel kan aansluiten bij een ziekteverzekering genaamd RAMED, maar dat deze verzekering niet tussenkomt in de kosten van medicatie. Verzoeker zal deze kosten dus zelf moeten dragen, hetgeen voor hem niet mogelijk is.*

*Verzoeker heeft geen contact meer met zijn familie in Marokko (zie stuk 2), en is compleet arbeidsongeschikt. Doordat hij een waslijst aan medicijnen dient te nemen op een dagelijkse basis, loopt de kostprijs van zijn behandeling hoog op. Zijn behandelende arts geeft aan dat deze behandeling nog voor onbepaalde duur voortgezet moet worden. Dit is voor verzoeker financieel gezien onmogelijk. Door deze financiële barrières zijn de weinige zorgen die in Marokko bestaan ontoegankelijk voor verzoeker."*

*Om al deze redenen vindt verzoeker dat de bestreden beslissing niet op afdoende en zorgvuldige wijze gemotiveerd is en bovenstaande wettelijke bepalingen schendt."*

3.2. De verweerder repliceert hierop in de nota met opmerkingen als volgt:

*"Verzoeker stelt dat het Marokkaans gezondheidssysteem enkel voorziet in gratis medicatie - of terugbetaling van medicatie- voor hetzij gepensioneerden, werknemers en studenten (AMO-systeem) hetzij ingeval van hospitalisatie (RAMED-systeem). Hij zou aldus geen toegang kunnen hebben tot de noodzakelijke medicatie.*

*De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat de determinerende juridische en feitelijke motieven op een eenvoudige wijze in de bestreden beslissing kunnen worden gelezen, alsook in het advies van 06.03.2018 dat geacht wordt integraal deel uit te maken van de thans bestreden beslissing. Er wordt met verwijzing naar artikel 9ter van de Vreemdelingenwet op een duidelijke en uitvoerige wijze aangegeven waarom de aanvraag ongegrond is, met name het feit dat de adequate medische behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, zijnde Marokko.*

*Uit de in het verzoekschrift geuite kritiek blijkt overigens dat verzoeker die motieven kent, zodat in casu het voornaamste doel van de formele motiveringsplicht is bereikt.*

*Verzoeker toont geen schending aan van de artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 en van artikel 62 van de Vreemdelingenwet.*

*"Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad niet 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 tot haar besluit is gekomen". (RvV, 29 maart 2012, nr. 78.303)*

*Door middel van de thans bestreden beslissing werd een aanvraag ex artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond verklaard, hierbij steunend op het advies d.d. 06.03.2018 van de ambtenaar-geneesheer.*

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

*"De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde."*

*In het voormeld advies heeft de ambtenaar-geneesheer als volgt geconcludeerd:*

*“Uit het voorgelegd medisch dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type II en de angststoornis, hoewel deze kunnen beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. E. A. indien deze niet op een adequate manier opgevolgd en behandeld worden, geen reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Marokko.*

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

*Een eenvoudige lezing van het advies toont aan dat de ambtenaar-geneesheer tot dit besluit kwam, nadat hij op uitvoerige wijze de voorgelegde medische getuigschriften heeft geanalyseerd, op basis waarvan hij het te weerhouden ziektebeeld en de belangrijke medische elementen ter zake heeft vastgesteld. Uit het advies blijkt tevens dat die elementen de basis vormden van het onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische behandeling in het land van herkomst. De ambtenaar-geneesheer heeft ook de bronnen vermeld waarop het advies steunt.*

*Er wordt onder meer gemotiveerd door de ambtenaar-geneesheer dat de Marokkaanse overheid twee geïmplementeerde vormen van zorgverzekering kent, nl. RAMED en AMO.*

*Dit wordt ook niet betwist door de verzoekende partij. Verzoeker stelt evenwel dat hij enkel van het AMO-systeem kan genieten als gepensioneerde, als werknemer of als student, terwijl verzoeker zelf geen enkele van deze drie profielen zou hebben. Hij betwist niet dat hij beroep kan doen op het RAMED-systeem, maar in dit systeem wordt de medicatie niet terugbetaald. Zodoende zouden de medicatiekosten voor verzoeker niet toegankelijk zijn.*

*Waar verzoeker stelt niet aan de zgn drie voornoemde profielen te kunnen voldoen, moet gerepliceerd dat er geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid werd voorgelegd en dat er zich in het administratief dossier geen element bevindt dat erop wijst dat verzoeker in het land van herkomst geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt.*

*Hij beperkt zich tot een ongestaafde bewering als zou hij zich bij aankomst in Marokko niet onmiddellijk terug kunnen inschakelen op de arbeidsmarkt. Verzoeker toont met zijn betoog dan ook niet aan dat de overwegingen omtrent de financiële toegankelijkheid kennelijk foutief of onredelijk zouden zijn.*

*In dat opzicht kan tevens worden verwezen naar volgende rechtspraak van de RVV:*

*RVV nr. 165 113 van 31maart 2016*

*“Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt dat er geen elementen in het dossier zijn die erop zouden wijzen dat de verzoekende partij arbeidsongeschikt is, of geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van herkomst. De verzoekende partij weerlegt dit niet en maakt het tegendeel niet aannemelijk. De verzoekende partij maakt dan ook niet aannemelijk dat zij nooit als werknemer zal kunnen functioneren en om die reden geen aanspraak kan maken op de AMO. Voorts valt uit de bewoordingen van de bestreden beslissing, in tegenstelling tot wat de verzoekende partij wil laten geloven, geenszins af te leiden dat een werknemer die al ziek is zich niet kan beroepen op de verzekering nadat de wachttijd is verstreken binnen dewelke de bijdragen moeten worden geleverd. Wat er ook van zij, zelfs indien de verzoekende partij niet, of niet meteen, zou terecht kunnen op de arbeidsmarkt, is er nog de Ramed (Régime d'assurance médicale des économiquement démunis), waarnaar de verwerende partij verwijst, het regime bedoeld voor de economisch zwakkeren die geen deel uitmaken van het AMO.”*

*Ook in casu maakt verzoeker niet aannemelijk dat hij nooit zou kunnen werken in Marokko en daardoor kunnen genieten van het AMO-systeem.*

*Daarnaast en in iedere hypothese blijkt ook dat – zoals gemotiveerd in het advies –er alternatieven zijn zoals steun van het IOM, van kennissen en/of familie en ook via het RAMED-systeem (zie infra).*

*Inderdaad wordt in het medisch advies niet alleen uitdrukkelijk gesteld dat behandelingen en medicatie worden terugbetaald volgens het AMO systeem, zodat verzoeker via het AMO-systeem terugbetaling van de medicatie kan bekomen.*

*Er wordt ook aangehaald dat RAMED-begunstigden zich gratis kunnen laten behandelen in publieke instellingen, zodat verzoeker, wanneer hij zich tijdens een behandeling registreert in een publiek*

ziekenhuis, hij gratis medicatie kan bekomen. Diverse universitaire ziekenhuizen bieden de medicatie overigens gratis aan.

Verzoeker kan aldus wel degelijk (ook, naast het AMO-systeem) via het RAMED-systeem terugbetaling van zijn medicatie bekomen als hij zich laat behandelen in een ziekenhuis. Bijgevolg maakt hij niet aannemelijk dat hij zich niet zou kunnen laten behandelen in een ziekenhuis – die behandeling is overigens gratis – en dat hij vervolgens ook de medicatie voor hem niet toegankelijk zou zijn.

Voorts wordt ook gemotiveerd dat het weinig onwaarschijnlijk is dat verzoeker geen kennissen en/of familie meer zou hebben in het land van herkomst die hem kunnen ondersteunen aangezien hij er zo goed als veertig jaren verbleven heeft en dat hij beroep kan doen op het IOM indien hij zou terugkeren naar Marokko en aldaar dus ook begeleiding en (financiële) hulp kan krijgen.

Bijgevolg maakt verzoeker niet aannemelijk dat de medicatie voor hem financieel niet toegankelijk zou zijn.

Het zij tevens benadrukt dat het bronnenmateriaal van het medisch advies (ditmaal) zeer recent is, nl. een Medoci-aanvraag van 09.05.2017 met als antwoord 19.05.2017. Dit betreft dus recenter bronnenmateriaal dan de stukken waarin in het verzoekschrift naar verwezen worden.

Uit het voormeld advies blijkt verder dat alle door de ambtenaar-geneesheer noodzakelijk geachte medicatie beschikbaar is in het land van herkomst, hetgeen steun vindt in het administratief dossier.

In tegenstelling tot wat verzoeker wenst te laten uitschijnen, vereist artikel 9ter van de Vreemdelingenwet geenszins dat de medicatie in het land van herkomst op identieke wijze beschikbaar en toegankelijk zou zijn als in België. Dergelijke vereiste kan geenszins worden gelezen in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. De omstandigheid dat de behandeling moeilijker beschikbaar en toegankelijk zou zijn in het land van herkomst volstaat dus niet om te stellen dat er sprake is van een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Het middel is onontvankelijk voor zoveel verzoeker de schending van de artikelen 3 en 13 EVRM aanvoert. Verzoeker beperkt zich ter zake immers tot een louter theoretisch betoog, doch laat na op een duidelijke wijze aan te geven hoe die verdragsbepalingen geschonden worden door de thans bestreden beslissing.

Louter ten overvloede, maakt verzoeker niet aannemelijk dat zijn medische situatie dermate ernstig is dat hij bij een terugkeer naar het land van herkomst een ernstig en reëel risico loopt te worden blootgesteld aan foltering of mensonterende behandeling en er aldus sprake zou zijn van een schending van artikel 3 EVRM.

In medische zaken, hanteert het EHRM in haar rechtspraak sinds de zaak D. t. Verenigd Koninkrijk (EHRM, 2 mei 1997, nr. 30240/96) immers een hoge drempel. Diezelfde hoge drempel werd in 2008 bevestigd door het arrest N. t. Verenigd Koninkrijk (EHRM, 27 mei 2008, Grote Kamer, nr. 265.855). Voormelde zaak handelde over de uitzetting van een hiv-positieve vrouw van het Verenigd Koninkrijk naar Oeganda. Zonder medicatie en behandeling zou haar levensverwachting volgens dokters ongeveer een jaar bedragen. Het Hof benadrukte dat er slechts sprake kan zijn van een schending van artikel 3 EVRM in het zeer uitzonderlijk geval (“a very exceptional case”), wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn (EHRM, grote kamer, 27 mei 2008, N. t. Verenigd Koninkrijk, § 42).

Het EHRM oordeelde dat artikel 3 EVRM 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 van herkomst: de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand of de levensverwachting van de betrokkene beïnvloedt, volstaat niet om een schending van die bepaling op te leveren. Enkel “in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”, kan een schending van artikel 3 van het Europees Verdrag aan de orde zijn (EHRM, Grote kamer, 27 mei 2008, N. t. Verenigd Koninkrijk, §42).

De Grote Kamer handhaafde dan ook de hoge drempel, die in D. t/ Verenigd Koninkrijk werd gesteld. Het EVRM is volgens het Hof immers essentieel gericht op de bescherming van burgerlijke en politieke rechten. Volgens het Hof kan artikel 3 EVRM niet beschouwd worden als een verplichting voor de

verdragspartijen om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen. In casu oordeelde het Hof dat uit de beschikbare informatie bleek dat antiretrovirale middelen in principe beschikbaar zijn in Oeganda – al geraakten ze wegens een gebrek aan middelen vaak maar bij de helft van de personen die deze nodig hadden – en zouden ze niet beschikbaar zijn in verzoeksters rurale streek van afkomst en zou ze deze middelen naar eigen zeggen niet kunnen betalen noch zou zij op de steun en zorg van de in Oeganda aanwezige familieleden kunnen rekenen. Op het moment van de behandeling van de zaak was haar gezondheidstoestand niet kritiek, de snelheid van haar achteruitgang was volgens het Hof onderhevig aan een bepaalde graad van speculatie. De Grote Kamer kwam tot de conclusie dat er geen sprake was van de zeer uitzonderlijke omstandigheden zoals in voornoemd arrest D. t/ het Verenigd Koninkrijk en besloot dat haar uitzetting niet in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM.

Het Hof heeft bijgevolg een zeer bewuste keuze gemaakt om in Grote Kamer de hoge drempel zoals gehanteerd sinds voornoemd arrest D. t/ het Verenigd Koninkrijk te behouden. In D. t/ het Verenigd Koninkrijk waren de zeer uitzonderlijke omstandigheden volgens het Hof: “only in a very exceptional case, where the humanitarian grounds against the removal are compelling. In the D. case the very exceptional circumstances were that the applicant was critically ill and appeared to be close to death, could not be guaranteed any nursing or medical care in his country of origin and had no family there willing or able to care for him or provide him with even a basic level of food, shelter or social support.”

Mede gelet op de zeer hoge drempel die het EHRM hanteert sinds de zaak D. t. Verenigd Koninkrijk, moet verzoeker in concreto dan ook aantonen dat zijn actuele medische toestand dermate ernstig en kritisch is dat er dwingende humanitaire gronden zijn welke zich zouden verzetten tegen de uitvoering van de bestreden beslissing.

Verzoeker laat na het vooropgesteld bewijs te leveren. Verzoeker toont geen schending aan van artikel 3 EVRM. Om die reden, toont hij evenmin een schending aan van artikel 13 EVRM, dit gelet op de inhoud van artikel 13 EVRM.

Uit wat voorafgaat, blijkt dat verzoeker met zijn betoog niet aantoont met welke feiten en elementen die verwerende partij en de ambtenaar-geneesheer kenden op het ogenblik dat de bestreden beslissing werd genomen zij geen rekening zou hebben gehouden, noch dat zij die niet correct zou hebben beoordeeld. Verzoeker toont evenmin aan dat er een kennelijke wanverhouding bestaat tussen de overwegingen die de bestreden beslissing onderbouwen en het dispositief van die beslissing.

*Het middel is niet ernstig.”*

### 3.3. Beoordeling

De verzoeker voert onder meer de schending aan van het zorgvuldigheidsbeginsel en van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

In zoverre de verzoeker de schending aanvoert van de zorgvuldigheidsplicht, dient te worden opgemerkt dat dit beginsel van behoorlijk bestuur de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 22 maart 2010, nr. 202.182, RvS 21 september 2009, nr. 196.247; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Een zorgvuldige voorbereiding van de beslissing impliceert dat deze beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheid verplicht de overheid onder meer om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat de overheid met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 maart 2013, nr. 222.953; RvS 29 januari 2013, nr. 222.290; RvS 28 juni 2012, nr. 220.053).

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.

Om na te gaan of een beslissing zorgvuldig is voorbereid, moet de Raad de uitgedrukte motieven aftoetsen aan de gegevens van het dossier en aan de toepasselijke wetsbepalingen.

In casu wordt de medische verblijfsaanvraag op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ontvankelijk, doch ongegrond verklaard.

Artikel 9ter, §1, van de vreemdelingenwet bepaalt 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.*

*De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.*

*De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.*

*Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.*

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

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen betrekking heeft op twee onderscheiden toepassingsgevallen, met name:

- (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de patiënt, of;
- (2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

Overeenkomstig artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet komt de beoordeling van de in artikel 9ter, § 1, vermelde risico's, alsook van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, toe aan de ambtenaar-geneesheer die door de minister c.q. staatssecretaris is aangesteld. Zoals de verweerder in de nota met opmerkingen pertinent stelt, komt het dus enkel de ambtenaar-geneesheer toe om het al dan niet bestaan van de voormelde risico's te beoordelen.

De eerste bestreden beslissing betreft voorts het antwoord op een door de verzoeker ingediende aanvraag conform artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Bij het indienen van een aanvraag komt het aan de aanvrager toe om de nuttige elementen aan te brengen teneinde het bestuur in staat te stellen om met kennis van zaken te beoordelen of de betrokken aanvraag kan worden ingewilligd in het licht van de wettelijke bepalingen die deze aanvraag regelen. Zo moet de aanvrager, naast het bijbrengen van de nodige documenten om te voldoen aan de documentaire ontvankelijkheidsvoorwaarden (artikel 9ter, §3, 1° tot en met 3°, van de vreemdelingenwet), bij de aanvraag ook alle nuttige en recente inlichtingen overmaken aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft (artikel 9ter, §1, derde lid, van de vreemdelingenwet).

Het is dan aan de ambtenaar-geneesheer om de voorgelegde elementen zorgvuldig te onderzoeken en ze op afzonderlijke wijze af te toetsen aan de beide risico's, zoals voorzien in artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet. In het licht van de bepalingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet en de zorgvuldigheidsplicht dient bijgevolg uit het advies van de ambtenaar-geneesheer te blijken dat deze de bij de aanvraag voorgelegde medische attesten en gegevens op een zorgvuldige wijze heeft onderzocht en heeft afgetoetst aan de twee onderscheiden toepassingsgevallen van artikel 9ter, §1, van de vreemdelingenwet.

In casu wordt in de eerste bestreden beslissing uitdrukkelijk verwezen naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 6 maart 2018. Dit advies werd samen met de eerste bestreden beslissing aan de verzoeker ter kennis gebracht. Zodoende maken de motieven ervan integraal deel uit van de eerste bestreden beslissing, die er haar noodzakelijke grondslag in vindt.

Het medisch advies van 6 maart 2018 luidt als volgt:

“NAAM: E. A., M.(R.R.: ...)  
Mannelijk  
nationaliteit: Marokko  
geboren te O. op (...)1970  
adres: (...)

ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door mr. E. A. M. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 16.07.2016.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- SMG d.d. 18/04/2016 van Dr. E. V.e (psychiater): IDDM, PTSD met diffuse angststoornissen, neemt sinds 2012 Risperidone – zeer ernstige angststoornis vermoedelijk passend in chronische PTSD – medicatie: Abilify, Mirtazapine, Risperdal, Escitalopram, Metformine en Humalog; EPSI op 07/05/2013
- SMG d.d. 20/04/2016 van Dr. I. E. (uroloog): DM type II, hallucinatoire psychose, LUTS (BHP 18 cc) – obstructief mictiepatroon – medicatie: Tamsulosine en Profyt
- SMG d.d. 21/04/2016 van Dr. T. D. (internist-endocrinoloog): psychose en DM 2 in de voorgeschiedenis, actueel DM 2 – medicatie: insuline en consultatie 1x/3mnd
- Consultatieverslag d.d. 07/04/2016 van Dr. T D.: in België sinds 2004 (administratief dossier overname NED 29/12/2009), obese DM 2 patient (BMI 30,97 Kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 7,4 %) – medicatie: Humalog mix, Metformine, Isotretinoïne, Aripiprazol, Risperdal, tamsulosine en Cimetidine, hypocalorisch diabetesdieet en 30 min. lichaamsbeweging per dag

En van de medische stukken ons overgemaakt bij een spontane actualisatie van het medisch dossier door betrokkene:

- > Arbeidsongeschiktheidsattest d.d. 26/10/2017 van Dr. S. M. (huisarts): op advies van specialist (welke?) is betrokkene >66% arbeidsongeschikt
- > Medisch attest dd 03/10/2017 van Dr. M. K. (psychiater): sinds 06/08/2016 hier in behandeling na intakefase op 22 oktober (2015?) en plaatsing op de behandelwachtlijst met overbruggingsgesprekken > Medisch attest
- > SMG d.d. 20/12/2017 van Dr. <onleesbaar>: folliculitis decalvans - medicatie: Isotretinoïne
- > SMG d d 14/12/2017 van Dr. E. V.: IDDM, PTSD+diffuse angststoornis neemt sinds 2012 Risperidone - zeer ernstige angststoornis vermoedelijk passend in chronische PTSD --medicatie: Abilfy, Risperdal, Mirtazapine, Escitalopram en Trazolan; EPSI PZ Stuivenberg op 07/05/2013
- > SMG d.d. 18/12/2017 van Dr. T. D.: DM 2 en psychose - medicatie: insuline, antipsychotica, ambulante opvolging
- > Consultatieverslag d.d. 18/09/2017 van Dr. T. D.: geen diabetesconventie mogelijk gezien OCMW-statuuat - medicatie: Humalog, Toujeo Solostar, Metformine, Lyrica en Cetirizine - BMI 32,1 en HbA1c 8,6 %
- > SMG d.d. 23/01/2018 van Dr. S. V. D. V. (uroloog): DM II, psychose, LUTS o.w.v. BPH – BPH met piasklachten - medicatie: Tamsulosine

Het voorgelegde medische dossier bevat ook nog een niet medisch stuk: e-mail uitwisseling d.d.19/05/2016 en 03/05/2016 tussen Mevr. J. D. van Fedasil en Mevr. S. F. van de Cel Vrijwillige terugkeer, waarvan akte.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 48-jarige man met zwaarlijvigheid waardoor hij lijdt aan insuline-behoevende ouderdomssuikerziekte (diabetes mellitus type II), met een ernstige angststoornis sinds 2012 en een obstructief mictiepatroon ten gevolge van een goedaardige prostaatvergroting (BPH = benigne prostaat hypertrofie).

Bespreking:

De urologische symptomen, LUTS (Lower Urinary Tract Symptomatology) vereisen niet absoluut een medicamenteuze behandeling en volgens het SMG d.d. 20/04/2016 werd er gedurende 6 maanden een behandeling met Tamsulosine en een voedingssupplement (Profyt) ingesteld. op het SMG d.d. 23/01/2018 wordt enkel nog Tamsulosine als medicamenteuze therapie vermeld. Urologisch follow-up is aangewezen.

Isotretinoïne wordt gebruikt bij de behandeling van acne. Betrokkene zou last hebben van folliculitis decalvans, een ontsteking van de haarwortelzakjes op de hoofdhuid met abcesvorming, waardoor er haaruitval en littekenvorming optreedt met voortschrijdende alopecia (= kaalheid). Dit is geen aandoening die een risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, noch een risico op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen adequate behandeling bestaat in Marokko. Isotretinoïne wordt niet weerhouden als essentiële medicatie.

De diabetes mellitus type II moet, naast een hypocalorisch diabetesdieet en minstens 30 min lichaamsbeweging per dag, onder controle gehouden worden met insuline lispro (Humalog), insuline glargine (Toujeo) en Metformine. Hoewel er in het voorliggende medische dossier geen gewag wordt gemaakt van diabetische neuropathie (zenuwaandoening/zenuwpijn ten gevolge van langdurig verhoogde bloedsuikerspiegels) blijkt, volgens de attesterende endocrinoloog, betrokkene nood te hebben aan een pijnstiller voor zenuwpijn, pregabaline (Lyrica). Opvolging bij een internist/endocrinoloog om de 3 maanden met controle van de bloedsuikerspiegels en bijsturen van dieet en medicatie is aangewezen.

De angststoornis vereiste een cocktail van de atypische antipsychotica, Aripiprazol (Abilify) en Risperidon (Risperdal) en de antidepressiva, Escitalopram, Trazodon (trazolan) en Mirtazapine, hoewel de laatste crisisopname in de psychiatrie (EPSI) dateert van 07/05/2013 volgens het SMG d.d. 18/04/2016 en 14/12/2017. Verdere opvolging en bijsturing van de medicatie door een psychiater is aangewezen.

Verdere opvolging en bijsturing van de medicatie door een psychiater is aangewezen.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Tamsulosine (Tamsulosine), een alfa-1 blokker bij plasproblemen ten gevolge van een prostaatvergroting
- Insuline lispro (Humalog), een bloedsuikerverlagend middel
- Insuline glargine (Toujeo), een bloedsuikerverlagend middel
- Metformine (Metformine), een bloedsuikerverlagend middel
- Cetirizine (Cetirizine), een antihistaminicum tegen de bijwerkingen van de antipsychotica
- Aripiprazol (Abilify), een atypisch antipsychoticum
- Risperidon (Risperdal), een atypisch antipsychoticum
- Escitalopram (Escitalopram), een antidepressivum
- Trazodon (Trazolan), een antidepressivum
- Mirtazapine (Mirtazapine), een antidepressivum
- Pregabaline (Lyrica), pijnstiller voor neuropathische pijn.

Volgens de attesterende psychiater zou betrokkene in september 2017 nog meer dan 66% arbeidsongeschikt zijn, wat een logisch gevolg is van al de psychofarmaca die betrokkene zou innemen. Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen, noch een medische nood aan mantelzorg.

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 met het unieke referentienummer BMA 8570
- Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 7315
- Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 9542
- Aanvraag Medcoi met het unieke referentie nummer BMA 10753

2. Overzicht van de beschikbare noodzakelijke medicatie voor Mr. E. A. in Marokko volgens recente MedCOI dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging bij een huisarts, internist, endocrinoloog, psychiater, psycholoog, uroloog en diëtist in Marokko beschikbaar is.

Zowel ambulante opvolging, in-hospitaal opvolging en behandeling van korte en lange duur, en psychiatrische crisisopvang is beschikbaar.

Opvolging van de bloedsuikerwaarden in bloed en urine is beschikbaar.

Tamsulosine, insuline lispor, insuline glargine, Metformine, Cetrizine, Aripiprazol, Risperidon, Escitalopram, Mirtazapine en Pregabalin zijn beschikbaar.

Trazodon is momenteel niet beschikbaar. Dit behoort tot dezelfde klasse van antidepressiva als Mirtazapine, zodat men de dosis van Mirtazapine kan verhogen om de afwezigheid van Trazodon in cocktail op te vangen. Trazodon kan ook vervangen worden door zijn therapeutisch equivalent, het antidepressivum Amitriptyline bijvoorbeeld, dat wel beschikbaar is in Marokko, of door Clomipramine of Imipramine die ook beschikbaar zijn (BMA-10753).

*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.

Marokko kent twee door de overheid geïmplementeerde vormen van zorgverzekering. Er is RAMED (Régime d'Assistance Médicale), wat een basis ziekteverzekering is. Eind 2016 kende RAMED 10,4 miljoen begunstigden, waaronder veel arme en kwetsbare mensen. Daarnaast is er ook AMO (Assurance Maladie Obligatoire) welke bestaat uit een publiek luik (Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale of CNOPS) en een privé luik (Caisse Nationale de Sécurité Sociale of CNSS). Deze verplichte verzekering dekt werknemers en gepensioneerden uit de publieke en private sector en studenten.' Wat betreft het dekken van de kosten van behandelingen werkt men in Marokko met twee categorieën van serieuze aandoeningen: ALD (affections de longue durée) en ALC (affections lourdes et coûteuses).

Betrokkene lijdt aan mentale gezondheidsproblemen. In het AMO systeem worden bepaalde mentale aandoeningen zoals psychoses, schizofrenie, depressies,...beschouwd als een "lange-termijn ziekte" en behandelingen en geneesmiddelen worden hier beter gedekt. Voor CNSS begunstigden wordt er 70 % tot 100 % van de kosten van behandeling en medicijnen terugbetaald, terwijl voor CNOPS begunstigden de behandeling en medicatie voor 90 tot 100% worden gedekt. RAMED-begunstigden krijgen een gratis behandeling in publieke instellingen. Als men zich tijdens de behandeling registreert in een publiek ziekenhuis, is de medicatie gratis. Diverse universitaire ziekenhuizen bieden de nodige medicatie gratis aan."

Betrokkene kan ook een beroep doen op The International Organization for Migration die Marokkaanse burgers helpt om te re-integreren.

Betrokkene brengt vervolgens correspondentie aan tussen Fedasil en Caritas International waarin gesteld wordt dat RAMED geen enkele kost voor medicatie dekt, enkel hospitalisatie en scans.

Uit onze - recentere - bronnen, zoals hierboven uiteengezet, blijkt dat voor betrokkene de kosten van zowel behandelingen en medicatie gedekt worden volgens het AMO systeem. Betrokkene kan dus via het AMO - systeem een terugbetaling verkrijgen. Tevens blijkt uit de hier aangehaalde info dat RAMED-begunstigden een gratis behandeling krijgen in publieke instellingen.

Voorts blijkt uit het medisch advies dat alle medicatie wel aanwezig is.

Wat betreft de arbeidsongeschiktheid, in het RAMED systeem is, zoals reeds aangehaald, zowel de medicatie als de behandeling gratis waardoor ook voor betrokkene de zorgen toegankelijk zijn.

Verder lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene geen kennissen en/of familie meer zou hebben in het land van herkomst aangezien hij er zo goed als veertig jaar verbleven heeft.

*Conclusie:*

*Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type II en de angststoornis, hoewel deze kunnen beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. E. A. indien deze niet op een adequate manier opgevolgd en behandeld worden, geen reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Marokko.”*

Uit dit advies blijkt zodoende dat de ambtenaar-geneesheer verscheidene elementen van de voorgelegde specialistische verslagen bevestigt. Zo wordt bevestigd dat de verzoeker lijdt aan insuline-behoevende ouderdomssuikerziekte (diabetes mellitus type II), aan een ernstige angststoornis sinds 2012 en aan een obstructief mictiepatroon ten gevolge van een goedaardige prostaatvergroting (BPH). De ambtenaar-geneesheer weerhoudt met betrekking tot deze aandoeningen ook een hele lijst van medicatie, waaronder een alfa 1-blokker (prostaatvergroting), diverse types insuline (diabetes mellitus) en verschillende antipsychotica en antidepressiva (angststoornis), alsook een pijnstiller voor neuropatische pijn (diabetische neuropathie). De ambtenaar-geneesheer bevestigt tevens de nood aan opvolging door een uroloog, psychiater en een internist/endocrinoloog. Het belang van de aldus weerhouden medicamenteuze behandeling en verdere opvolging wordt verder onderstreept waar de ambtenaar-geneesheer aangeeft dat de medische problematiek een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van de verzoeker *“indien deze niet op een adequate manier opgevolgd en behandeld word(t)”*. De ambtenaar-geneesheer concludeert dan dat de medische problematiek geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling aangezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Marokko. Aangezien de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de benodigde medicatie en opvolging in het land van herkomst het determinerende motief vormt voor het besluit dat er geen ziekte voorligt in de zin van artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, dient in het licht van de zorgvuldigheidsplicht en artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet te worden nagegaan of de ambtenaar-geneesheer op zorgvuldige wijze heeft besloten dat de behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in verzoekers land van herkomst, Marokko.

In het kader van een medische verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet moet worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong en dit onderzoek dient geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (*Parl.St. Kamer, 2005-2006, doc. nr. 51-2478/01, 35 en doc. nr. 51-2478/08, 9*). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Dit redelijkheidscriterium dient in de voorliggende zaak echter enigszins strenger te worden opgevat omdat de verweerder en de door hem aangestelde ambtenaar-geneesheer gehouden zijn het gezag van gewijsde van het arrest nr. 196 809 van 18 december 2017 te respecteren. In dit arrest heeft de Raad immers een eerdere beslissing tot ongegrondheid van de thans voorliggende medische verblijfsaanvraag vernietigd, waarbij welbepaalde onzorgvuldigheden in de feitenvinding werden vastgesteld. De Raad benadrukt dat het gezag van gewijsde van voormeld arrest zich uitstrekt tot de onverbrekelijk met het *dictum* verbonden motieven, waarbij uitspraak wordt gedaan over de tijdens het rechtsgeding betwiste rechtspunten waarover de partijen tegenspraak hebben kunnen voeren (*cf. RvS 14 januari 2016, nr. 233.464*).

De verzoeker voert te dezen aan dat de ambtenaar-geneesheer wederom een onzorgvuldig onderzoek heeft gevoerd naar de financiële toegankelijk van de benodigde medische zorgen in Marokko. In het medisch advies van 6 maart 2018 wordt dienaangaande als volgt gemotiveerd:

*“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.*

*Marokko kent twee door de overheid geïmplementeerde vormen van zorgverzekering. Er is RAMED (Régime d'Assistance Médicale), wat een basis ziekteverzekering is. Eind 2016 kende RAMED 10,4 miljoen begunstigden, waaronder veel arme en kwetsbare mensen. Daarnaast is er ook AMO (Assurance Maladie Obligatoire) welke bestaat uit een publiek luik (Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale of CNOPS) en een privé luik (Caisse Nationale de Sécurité Sociale of CNSS). Deze verplichte verzekering dekt werknemers en gepensioneerden uit de publieke en private sector en studenten.' Wat betreft het dekken van de kosten van behandelingen werkt men in Marokko met twee categorieën van serieuze aandoeningen: ALD (affections de longue durée) en ALC (affections lourdes et coûteuses).*

*Betrokkene lijdt aan mentale gezondheidsproblemen. In het AMO systeem worden bepaalde mentale aandoeningen zoals psychoses, schizofrenie, depressies,...beschouwd als een "lange-termijn ziekte" en behandelingen en geneesmiddelen worden hier beter gedekt. Voor CNSS begunstigden wordt er 70 % tot 100 % van de kosten van behandeling en medicijnen terugbetaald, terwijl voor CNOPS begunstigden de behandeling en medicatie voor 90 tot 100% worden gedekt. RAMED-begunstigden krijgen een gratis behandeling in publieke instellingen. Als men zich tijdens de behandeling registreert in een publiek ziekenhuis, is de medicatie gratis. Diverse universitaire ziekenhuizen bieden de nodige medicatie gratis aan.*

*Betrokkene kan ook een beroep doen op The International Organization for Migration die Marokkaanse burgers helpt om te re-integreren.*

*Betrokkene brengt vervolgens correspondentie aan tussen Fedasil en Caritas International waarin gesteld wordt dat RAMED geen enkele kost voor medicatie dekt, enkel hospitalisatie en scans.*

*Uit onze - recentere - bronnen, zoals hierboven uiteengezet, blijkt dat voor betrokkene de kosten van zowel behandelingen en medicatie gedekt worden volgens het AMO systeem. Betrokkene kan dus via het AMO - systeem een terugbetaling verkrijgen. Tevens blijkt uit de hier aangehaalde info dat RAMED-begunstigden een gratis behandeling krijgen in publieke instellingen.*

*Voorts blijkt uit het medisch advies dat alle medicatie wel aanwezig is.*

*Wat betreft de arbeidsongeschiktheid, in het RAMED systeem is, zoals reeds aangehaald, zowel de medicatie als de behandeling gratis waardoor ook voor betrokkene de zorgen toegankelijk zijn.*

*Verder lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene geen kennis en/of familie meer zou hebben in het land van herkomst aangezien hij er zo goed als veertig jaar verbleven heeft."*

*Wat betreft de financiële toegankelijkheid verwijst de ambtenaar-geneesheer zodoende naar twee verschillende vormen van ziekteverzekering in Marokko: AMO (Assurance Médicale Obligatoire), dat bestemd is voor werknemers zowel uit de publieke als private sector en RAMED (Régime d'Assistance Médicale), dat een basis-ziekteverzekering omvat.*

*De Raad wijst er samen met de verzoeker op dat hij in zijn arrest nr. 196 809 van 18 december 2017, waarbij de vorige ongegrondheidsbeslissing van 20 juli 2017 werd vernietigd, onder meer het volgende vernietigingsmotief heeft gehanteerd:*

*"Wat betreft de financiële toegankelijkheid verwijst de ambtenaar-geneesheer naar AMO (Assurance Médicale Obligatoire), die bestemd is voor werknemers zowel uit de publieke als private sector. Om in aanmerking te komen dienen werknemers 54 dagen van bijdrage te leveren in een periode van zes maanden, voorafgaand aan de ziekte, alvorens zij financieel kunnen worden gesteund door de AMO.*

*De verzoekende partij betoogt dat de continuïteit van haar behandeling in het gedrang komt indien zij zou moeten rekenen op het AMO systeem, nu zij er onmogelijk direct na aankomst beroep op zal kunnen doen nu zij geen 54 dagen in een periode van 6 maanden voorafgaand zal gewerkt hebben. Daarnaast wijst zij erop dat zij reeds bij de aanvraag om machtiging tot verblijf een stuk voorlegde waaruit blijkt dat zij niet in aanmerking zou komen voor AMO.*

*De verzoekende partij kan worden gevolgd nu de ambtenaar-geneesheer zich beperkt tot een simpele affirmatie zonder enige analyse voor de verzoekende partij in concreto, namelijk dat zij onmogelijk voorafgaand aan de vraag om hulp via AMO 54 dagen zal gewerkt hebben in een periode van 6 maand bij een terugkeer. Het argument van verwerende partij dat de verzoekende partij niet aantoonst dat zij arbeidsongeschikt is, doet geen afbreuk aan deze vaststelling.”*

De Raad werd in voormeld arrest geconfronteerd met een medisch advies van 14 juli 2017, waarin omtrent het AMO-systeem het volgende werd gesteld: *“AMO staat voor Assurance Médicale Obligatoire. Het is opgericht voor werknemers uit zowel de publieke als uit de private sector. De werknemers en de werkgevers dienen een bijdrage te leveren. Ze moeten 54 dagen van geleverde bijdrage in een periode van 6 maanden kunnen aantonen, voorafgaand aan de ziekte alvorens ze kunnen profiteren van de financiële steun van de AMO. Er zijn verschillende aandoeningen en behandelingen die deels worden terugbetaald door de CNOPS (publieke sector) en de CNSS (private sector) -> zie hiervoor ook de website van ANAM.”*

Zoals de verzoeker terecht opmerkt, hult de ambtenaar-geneesheer zich in zijn nieuw medisch advies van 6 maart 2018 in stilzwijgen omtrent de voorwaarde dat werknemers 54 dagen van geleverde bijdrage in een periode van 6 maanden, voorafgaand aan de ziekte moeten kunnen aantonen vooraleer ze in aanmerking komen voor de financiële steun van de AMO. De ambtenaar-geneesheer beperkt zich tot de loutere affirmatie dat het AMO-systeem een verplichte verzekering is die werknemers en gepensioneerden uit de publieke en private sector dekt, alsook studenten. Daarnaast wordt vaagweg gesteld dat *“bepaalde”* mentale aandoeningen, zoals psychoses, schizofrenie en depressies, beschouwd worden als een lange termijnziekte waarvan de medische kosten binnen de AMO aan een hoger percentage wordt gedekt. Enig concreet onderzoek of de specifieke aandoening van de verzoeker, met name een angststoornis, hiervoor *überhaupt* in aanmerking komt, ontbreekt. Bovendien wordt ook met deze vage motivering niet onderzocht of de verzoeker feitelijk in de mogelijkheid zal zijn om, bij zijn terugkeer naar Marokko, de nodige 54 dagen bijdrage te leveren teneinde in aanmerking te komen voor financiële steun op basis van het AMO-systeem.

De Raad stelt dan ook vast dat de ambtenaar-geneesheer wederom heeft nagelaten om enige concrete analyse door te voeren omtrent verzoekers specifieke situatie, met name of hij gelet op de verplichting om 54 dagen voorafgaand aan de vraag om hulp gewerkt te hebben in een periode van 6 maanden om in aanmerking te komen voor financiële tegemoetkoming via AMO. Deze gebrekkige feitenvinding houdt niet enkel een miskenning in van de zorgvuldigheidsplicht in het raam van artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, maar zij houdt ook een miskenning in van het gezag van gewijsde van 's Raads arrest nr. 196 809 van 18 december 2017.

In het medisch advies van 6 maart 2018 wordt gesteld dat de verzoeker, naast het systeem van AMO, tevens beroep kan doen op het systeem van RAMED. De ambtenaar-geneesheer geeft hieromtrent aan dat het gaat om een basisziekteverzekering die eind 2016 10,4 miljoen begunstigten kende, waaronder veel arme en kwetsbare personen. Deze begunstigten krijgen volgens de ambtenaar-geneesheer een gratis behandeling in publieke instellingen. Als men zich tijdens de behandeling registreert in een publiek ziekenhuis, zou ook de medicatie gratis zijn en diverse universitaire ziekenhuizen zouden de nodige medicatie gratis aanbieden. De ambtenaar-geneesheer verwijst dienaangaande naar pagina 7 van het stuk *“BDA-20170424-MO-6515”*. Dit stuk bevindt zich in het administratief dossier, doch op de door de ambtenaar-geneesheer genoemde pagina worden enkel een aantal principes van het terugbetaling onder het AMO-systeem besproken. De Raad gaat er daarom vanuit dat de ambtenaar-geneesheer zich bij de verwijzing heeft vergist en dat hij in werkelijkheid doelt op pagina 2 en volgende van het stuk *“BDA-20170509-MA-6525”*, waar inderdaad vermeld staat dat het RAMED-systeem op 30 november 2016 10,4 miljoen begunstigten kende.

De Raad herinnert eraan dat in het voormelde arrest nr. 196 809 van 18 december 2017 tevens tot de nietigverklaring werd besloten op grond van een onzorgvuldige feitenvinding inzake de financiële toegankelijkheid via het RAMED-systeem. De Raad oordeelde met name als volgt:

*“Daarnaast blijkt uit het advies van de ambtenaar-geneesheer niet dat deze rekening hield met alle informatie door de verzoekende partij verstrekt bij de aanvraag. Zo blijkt uit de correspondentie tussen Fedasil en Caritas International van 19 mei 2016, waarvan een kopie in het administratief dossier terug te vinden is, dat de contactpersoon van Caritas International – gevraagd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de voor de verzoekende partij noodzakelijke zorgen – antwoordt dat “(...) Ziekteverzekering is mogelijk, voor zijn profiel zou dit RAMED zijn, maar dit dekt geen enkele kost voor*

*medicatie, enkel hospitalisatie en scans. (...)”. Omtrent RAMED stelt de ambtenaar-geneesheer in het advies slechts “Daarnaast is er ook de Ramed. Ramed staat voor Régime d'assurance médicale des économiquement démunis. Het is één van de verschillende luiken van de dekking van de medische basiszorg. Het is gebaseerd op principes van sociale bijstand en nationale solidariteit. Het regime is bedoeld voor de economisch zwakkeren die geen deel uitmaken van het systeem van de verplichte ziekteverzekering (AMO). De mensen die kunnen profiteren van dit regime zijn zonder onderscheid gedekt door deze vorm van ziekteverzekering. De zorgen worden verstrekt in de publieke ziekenhuizen, andere publieke gezondheidsinstellingen of diensten die afhangen van de Staat. Ook medicatie valt hieronder.” Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer geheel voorbij gaat aan de informatie van Caritas International van 2016 verstrekt door de verzoekende partij, die veel recenter is dan de gegevens waarop hij zich voor het advies heeft gebaseerd nu de bronnen waarnaar wordt verwezen dateren van 2007 en 2009.*

*Gelet op het voorgaande is de conclusie van de ambtenaar-geneesheer dat de verzoekende partij ook een beroep kan doen op RAMED te kort door de bocht, temeer de verzoekende partij wijst op het Rapport van Human Rights Watch van februari 2016 waarvan zij een kopie van de relevante pagina's toevoegt aan haar verzoekschrift. Uit dit recente rapport blijkt onder meer dat “In theory, people who qualify for RAMED can receive essential healthcare services in public hospitals and public health centers around the country, but the facilities that they have access to may not always provide them with the care and medicines that they need. Indeed,, public health facilities often suffer from underfunding, poor quality of reception and care, and are difficult to access for rural Moroccans. RAMED only covers medications dispensed from public pharmacies. With few exceptions, public pharmacies only supply medications to patients during hospitalization. Thus, RAMED's coverage only extends to ‘drugs and pharmaceuticals administered during (inpatient) treatment’. Outpatients have to fill and pay for their prescriptions at private pharmacies”. Uit dit rapport blijkt voorts dat RAMED werd gelanceerd in 2011, terwijl de stukken waarop de ambtenaar-geneesheer zich baseert dateren van voor de lancering ervan, zoals de verzoekende partij terecht opmerkt. Het komt de Raad voor dat de verzoekende partij terecht opmerkt dat de ambtenaar-geneesheer zich baseert op de theoretische plannen van de Marokkaanse overheid, maar niet op de concrete uitwerking en de werkelijke en actuele situatie op het ogenblik van het nemen van de bestreden beslissing, zodat bij gebrek aan actuele bronnen geen conclusies konden worden getrokken omtrent de effectieve financiële toegankelijkheid.”*

Gevolg gevend aan het vernietigingsarrest van 18 december 2017, heeft de ambtenaar-geneesheer in zijn nieuw advies van 6 maart 2018 verwezen naar meer recente informatie omtrent het RAMED-systeem (het ‘BDA document MA-6525’ van 9 mei 2017). Omtrent de door de verzoeker bij zijn aanvraag gevoegde correspondentie tussen Fedasil en Caritas, stelt de ambtenaar-geneesheer het volgende:

*“Betrokkene brengt vervolgens correspondentie aan tussen Fedasil en Caritas International waarin gesteld wordt dat RAMED geen enkele kost voor medicatie dekt, enkel hospitalisatie en scans. Uit onze - recentere - bronnen, zoals hierboven uiteengezet, blijkt dat voor betrokkene de kosten van zowel behandelingen en medicatie gedekt worden volgens het AMO systeem. Betrokkene kan dus via het AMO - systeem een terugbetaling verkrijgen. Tevens blijkt uit de hier aangehaalde info dat RAMED-begunstigden een gratis behandeling krijgen in publieke instellingen. Voorts blijkt uit het medisch advies dat alle medicatie wel aanwezig is. Wat betreft de arbeidsongeschiktheid, in het RAMED systeem is, zoals reeds aangehaald, zowel de medicatie als de behandeling gratis waardoor ook voor betrokkene de zorgen toegankelijk zijn.”*

Aangezien de Raad reeds heeft vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer nagelaten heeft om op een zorgvuldige wijze te onderzoeken of de verzoeker feitelijk in de mogelijkheid zal zijn om in aanmerking te komen voor financiële steun op basis van het AMO-systeem, kan de loutere vermelding, dat verzoekers kosten van behandeling en medicatie gedekt worden volgens het AMO-systeem, niet volstaan. Wat de dekking door het RAMED-systeem betreft, wijst de verzoeker er opnieuw op dat de medicatie enkel wordt gedekt bij een daadwerkelijke opname in een ziekenhuis. De verzoeker verwijst hiertoe naar een rapport van *Human Rights Watch* van februari 2016, waarbij hij onderlijnt dat het RAMED-systeem zich enkel uitstrekt tot medicijnen en farmaceutische producten gedurende residentiële behandeling, terwijl ambulante patiënten hun medicijnen moeten halen en betalen in private apotheken. De verzoeker meent dat de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer wederom getuigen van een onzorgvuldige feitenvinding.

De Raad stelt vast dat de bevindingen uit het rapport van *Human Rights Watch* stroken met de vermeldingen in het door de ambtenaar-geneesheer gehanteerde 'BDA document MA-6525'. In dit document wordt immers de volgende *caveat* gesteld: *"However, it should be noted that medicines are free of charge only if administered during treatment in a public facility. Otherwise they are not reimbursed and RAMED beneficiaries should buy them at the pharmacy. This is one of the major sources of dissatisfaction among RAMED beneficiaries."* [vrije vertaling: Er moet echter op worden gewezen dat medicatie enkel gratis is indien zij wordt toegediend gedurende de behandeling in een publiek ziekenhuis. In de andere gevallen worden zij niet terugbetaald en moeten de begunstigden de medicatie kopen in de apotheek. Dit is een van de grootste bronnen van ontevredenheid onder de RAMED-begunstigden.] In het genoemde BDA-document kan ook niet worden gelezen dat medicijnen ook buiten de residentiële behandeling om worden terugbetaald als men zich tijdens de behandeling registreert in een publiek ziekenhuis noch kan uit deze informatie zonder enige nuance worden afgeleid dat zowel behandeling als medicatie gratis zijn onder het RAMED-systeem, zoals de ambtenaar-geneesheer het voorstelt. Ook dat diverse universitaire ziekenhuizen de nodige medicatie gratis aanbieden, kan in het BDA-document niet worden teruggevonden.

De Raad stelt dan ook vast dat de informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gesteund nog steeds niet volstaat om een antwoord te bieden op de vraag of de benodigde medische zorgen voor de verzoeker, ook buiten de residentiële behandeling in een ziekenhuis om, in zijn land van herkomst voldoende financieel toegankelijk zijn. Zoals de verzoeker terecht betoogt, is een zorgvuldig onderzoek naar de daadwerkelijke financiële toegankelijkheid *in casu* des te belangrijker aangezien de verzoeker dagelijks een groot aantal verschillende medicijnen dient te nemen die door de ambtenaar-geneesheer noodzakelijk werden geacht om een reëel risico in de zin van beide toepassingsgevallen van artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, uit te sluiten.

Weliswaar neemt de Raad kennis van het feit dat de ambtenaar-geneesheer ook heeft verwezen naar de mogelijkheid tot ondersteuning van het IOM en dat hij tevens stelt dat het onwaarschijnlijk is dat de verzoeker in Marokko geen vrienden of kennissen meer zou hebben, doch uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt geenszins dat deze vaststellingen concreet werden betrokken op de mogelijkheden voor de verzoeker om daadwerkelijk ook op financieel gebied toegang te hebben tot de nodige medische zorgen. De verwijzing naar het IOM beperkt zich tot de stelling dat deze organisatie hulp kan bieden voor re-integratie, waarbij echter nergens wordt geduid dat ook steun zou worden verleend voor het bekostigen van medische behandelingen. Ook met betrekking tot de verwijzing naar vrienden en kennissen, wordt geenszins gesteld dat deze de eventuele medische kosten op zich zouden kunnen nemen. Overigens blijkt uit het medisch advies van 6 maart 2018 zelf dat het om zeer bijkomende vermeldingen gaat. Immers wordt eerst en vooral de algemene situatie geschetst in het licht van de niveaus van gezondheidszorgen en de gratis medische zorgen voor behoeftigen. De ambtenaar-geneesheer geeft hiermee immers onmiskenbaar aan dat hij uitgaat van een zekere complementariteit tussen de financiële draagkracht van de verzoeker en de wijze waarop hij in zijn land van herkomst zou kunnen terugvallen op enige tussenkomst vanwege de overheid of via een verzekeringssysteem. Een en ander klemmt des te meer nu de verzoekende partij lijdt aan een angststoornis die verdere gespecialiseerde opvolging door een psychiater en antipsychotica en antidepressiva behoeft, evenals aan diabetes mellitus en urologische problemen die met medicatie worden behandeld en waarvoor opvolging door een specialist is vereist.

De Raad besluit dan ook dat de ambtenaar-geneesheer niet met de vereiste zorgvuldigheid heeft onderzocht of de benodigde gespecialiseerde zorg en medicatie voor genoemde aandoeningen, rekening houdend met de individuele situatie van de verzoeker, voldoende toegankelijk zijn. De financiële toegankelijkheid tot de benodigde medische zorgen werd niet zorgvuldig onderzocht.

De argumenten van de verweerder in de nota met opmerkingen doen aan het voorgaande geen afbreuk. Waar de verweerder stelt dat de verzoeker geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dat er zich in het administratief dossier geen element bevindt dat erop wijst dat verzoeker in het land van herkomst geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt en waar hij stelt dat de verzoeker niet aannemelijk maakt dat hij nooit zou kunnen werken in Marokko en daardoor kunnen genieten van het AMO-systeem, gaat de verweerder voorbij aan het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 6 maart 2018 heeft erkend dat de verzoeker volgens de attesterende psychiater in september 2017 nog meer dan 66% arbeidsongeschikt zou zijn, wat een logisch gevolg is van al de psychofarmaca die hij inneemt. In het voorliggende medisch advies wordt ook nergens geopperd dat de verzoeker in zijn land van herkomst zou kunnen gaan werken teneinde in aanmerking te komen voor het AMO-systeem, in tegendeel wordt vlak voorafgaand aan de conclusie nogmaals

verwezen naar verzoekers arbeidsongeschiktheid, waarna louter wordt verwezen naar het RAMED-systeem waarbinnen zowel de medicatie als de behandeling gratis zou zijn. De Raad merkt dan ook op dat het niet aan de verweerder zelf, maar enkel aan de ambtenaar-geneesheer toekomt om de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen te beoordelen (*cf.* artikel 9*ter*, § 1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet). Bijgevolg komt het argument in de nota met opmerkingen niet alleen voor als een *a posteriori*-motivering die de vastgestelde onzorgvuldigheid niet kan herstellen, maar dringt zich tevens de vaststelling op dat de verweerder niet de bevoegdheid heeft om zich hierover uit te spreken in de plaats van de ambtenaar-geneesheer.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet bij de totstandkoming van het advies van de ambtenaar-geneesheer, is derhalve aannemelijk gemaakt. De eerste bestreden beslissing die, zoals reeds gesteld werd, volledig aan dat advies is opgehangen, is derhalve met hetzelfde gebrek behept.

Het enig middel is, in de aangegeven mate, gegrond. Deze vaststelling leidt tot de nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing.

Met betrekking tot de tweede bestreden beslissing, het bevel om het grondgebied te verlaten, blijkt uit punt 2 van dit arrest dat er een nauwe samenhang bestaat tussen de eerste en de tweede bestreden beslissing. Gelet op de gegrondheid van het middel met betrekking tot de eerste bestreden beslissing, moet in de huidige stand van het geding worden uitgegaan van de veronderstelling dat het aangevoerde medische probleem mogelijk kan worden weerhouden in de zin van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet, zodat in die omstandigheden de gemachtigde niet zou hebben besloten tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

Derhalve is het passend het thans bestreden bevel om het grondgebied te verlaten mede uit het rechtsverkeer te halen en te vernietigen.

De overige onderdelen van het middel behoeven geen verder onderzoek nu deze niet tot een ruimere vernietiging kunnen leiden.

#### 4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp.

### OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

#### Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 9 maart 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 wordt verklaard en de beslissing van diezelfde gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 9 maart 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13), worden vernietigd.

#### Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op achtentwintig september tweeduizend achttien door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. DE GROOTE