

Arrest

nr. 224 352 van 29 juli 2019
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 minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, op 8 april 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 11 februari 2019 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.

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 26 april 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 21 mei 2019.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat H. VAN NIJVERSEEL, die *loco* advocaat K. VERSTREPEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat E. WILLEMS, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De verzoekende partij, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, dient op 16 juli 2016 een aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

Op 30 januari 2017 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard.

Op 20 juli 2017, met kennisgeving op 18 augustus 2017, beslist de gemachtigde van de toenmalig bevoegde staatssecretaris dat de boven genoemde medische verblijfsaanvraag ongegrond is. Op diezelfde datum besluit de gemachtigde om de verzoekende partij een bevel te geven om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Deze beide beslissingen werden door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) vernietigd 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). Deze beide beslissingen werden door de Raad vernietigd bij arrest nr. 210 348 van 28 september 2018.

Op 11 februari 2019 beslist de gemachtigde van de bevoegde minister opnieuw de medische verblijfsaanvraag van 16 juli 2016 ongegrond te verklaren. Dit is de bestreden beslissing, waarvan de motieven luiden als volgt:

“(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 16.7.2016 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door

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

nationaliteit: Marokko

geboren te Oujda op (...).1970

adres: (...)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 30.1.2017, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden(en):

Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.. Er werden medische redenen ingediend voor E.A.M. (...) die echter niet weerhouden werden, (zie verslag arts-adviseur dd 14.1.2019 onder gesloten omslag)

Derhalve

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

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft. Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

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.

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."

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan E.A., M. (...) te willen overhandigen. Gelieve betrokkene(n) ervan op de hoogte te brengen dat deze beslissing overeenkomstig artikel 39/2, § 2, van de wet van 15 december 1980 vatbaar is voor een beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, dat ingediend moet worden, bij verzoekschrift, binnen de dertig dagen na de kennisgeving van deze beslissing.

(...)"

2. Over de rechtspleging

Waar de verwerende partij in haar nota met opmerkingen vraagt de kosten ten laste van de verzoekende partij te leggen, wijst de Raad erop dat de verzoekende partij het voordeel van de kosteloze rechtspleging geniet, zodat aan geen van de partijen kosten van het geding ten laste kunnen worden gelegd. Het beroep is immers kosteloos.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een enig middel voert de verzoekende partij onder meer de schending aan van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet en van de zorgvuldigheidsplicht.

Zij betoogt:

“Vooraf: het juridische kader:

(...)

2. In casu: gebrekking onderzoek naar de financiële toegankelijkheid van zorgen

2.1. Verwerende partij nam reeds twee maal eerder de beslissing waarbij de aanvraag van verzoeker op basis van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard. Deze beslissingen werden telkens door Uw Raad vernietigd. In arrest nr. 196 806 oordeelde Uw Raad dat er sprake is van een onzorgvuldige feitenvinding inzake de financiële toegankelijkheid via het RAMED-systeem. In arrest nr. 220 072/ II oordeelde Uw Raad dat de financiële toegankelijkheid tot de benodigde medische zorgen nog steeds niet zorgvuldig werden onderzocht. Naar aanleiding van dit laatste arrest paste de arts-adviseur het medisch advies lichtjes aan, zonder eventueel de kern van het probleem aan te pakken. Nog steeds wordt niet aangetoond dat de nodige medische zorgen financieel toegankelijk zijn voor verzoeker. De argumentatie van verzoeker in het kader van de vorige beroepsprocedure bij Uw Raad (tegen de negatieve beslissing van 9 maart 2018) blijft integraal overeind. Verzoeker voerde in zijn vorige beroepsprocedure bij Uw Raad (waarbij Uw Raad in arrest nr. 220 072/ II de negatieve beslissing vernietigde) de volgende argumenten aan: "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".

[..] 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. " ([..]).

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.

[..] 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.

[..] 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 Medicale 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.

[..] 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 RAMFD. 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 [..]) 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) ([..]) 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." ([..]) 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.

[..] 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 allerminst een nauwkeurig en individueel onderzoek uit, dat artikel 9ter Yw. 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 allerminst 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 medicijncocktail 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 tussenkort 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 [..]), 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."

2.2. De bovenstaande kritiek blijft onveranderd van kracht. Verwerende partij maakt zich schuldig aan dezelfde fouten als bij het nemen van de twee eerdere negatieve beslissingen, en slaagt er nog steeds niet in om de financiële toegankelijkheid van de nodige zorgen aan te tonen. Daarenboven houdt de bestreden beslissing een miskennis in van het gezag van gewijsde van zowel RvV arrest nr. 196 806 als RvV arrest nr. 220 072 /II, zoals hierna zal blijken. Verwerende partij verwijst in de bestreden beslissing wederom naar de twee systemen van gezondheidszorg die in Marokko bestaan, namelijk AMO en RAMED. Beide systemen worden hierna apart bekeken. Voorts neemt verwerende partij argumenten op omtrent de arbeidsongeschiktheid van verzoeker, verwijst ze naar hulp van familie, vrienden of kennissen en het IOM. Deze aspecten van de bestreden beslissing worden hierna

afzonderlijk bekeken, waarbij telkens zal worden verwezen naar de relevante passages in RvV arrest nr. 220 072 /II, aangezien Uw Raad zich al eerder over deze zaken heeft uitgesproken:

2.2.1. Verwerende partij verwijst om te beginnen nogmaals naar het AMO systeem. De motivering van de bestreden beslissing op dit punt komt niet tegemoet aan de kritiek van Uw Raad in RvV arrest nr. 220 072 /II: 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 "öepaafcte* 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 heelt 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 miskennis in van de zorgvuldigheidsplicht in het raam van artikel 17, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, maar zij houdt ook een miskennis in van het gezag van gewijsde van 's Raads arrest nr. 196 809 van 18 december 2017. Ook nu ontbreekt enige concrete analyse omtrent verzoekers specifieke situatie, meerbepaald de voorwaarde dat men 54 dagen dient te werken in een periode van 6 maanden vooraleer men in aanmerking kan komen voor de financiële steun van de AMO. Verwerende partij neemt hierover nog steeds geen argumenten op in de bestreden beslissing. Daarenboven maakt deze voorwaarde om in te stappen in de AMO dat de continuïteit van de behandeling van verzoeker niet gegarandeerd kan worden. Zelfs indien hij medisch gezien in de mogelijkheid zou zijn om te werken (quod non), zou verzoeker immers pas ten vroegste 6 maanden na terugkeer steun van de AMO kunnen krijgen. Hierdoor komt er een onderbreking in de noodzakelijke medische behandelingen van verzoeker, met alle gevolgen van dien.

2.2.2. Ook wat betreft de RAMED, schiet de motivering en het onderzoek van verwerende partij voor een derde maal tekort. Nog steeds blijkt niet of de medicamenteuze behandeling voor verzoekers ernstige psychologische problemen gedekt wordt door het RAMED-systeem wanneer verzoeker niet opgenomen is in een ziekenhuis.

Uw Raad oordeelde hierover in arrest nr. 220 072 /II als volgt: 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 'BOA 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 BOA-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 1, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, uit te sluiten.

De motivering van de bestreden beslissing komt niet tegemoet aan deze kritiek van Uw Raad, wel integendeel. De arts-adviseur nam een nieuwe paragraaf in het medisch advies op, waarin het volgende wordt gesteld met betrekking tot de toegankelijkheid van de nodige zorgen voor verzoekers psychologische problemen: "Specifiek voor betrokkene en zijn verschillende aandoeningen kunnen we het volgende stellen: Sinds 2012 heeft het ministerie van Volksgezondheid zich een specifiek doel gesteld, namelijk de mentale gezondheidszorg beter uitbouwen met een betere toegankelijkheid en meer centra. Deze evolutie is volop bezig met integratie van een afdeling voor mentale zorg in algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde opvang modaliteiten. De zorg is gratis. Consultaties worden ofwel terugbetaald ofwel zijn ze gratis afhankelijk van de verzekering onder welke men valt. - [!]" Uit deze motivering blijkt geenszins dat verzoekers medicatie voor zijn psychologische problemen gedekt wordt door de RAMED. Verwerende partij neemt hierover geen motieven op in de bestreden beslissing, ondanks de kritiek van Uw Raad in arrest nr. 220 072 /II. De arts-adviseur verwijst in deze passage omtrent de medische toegankelijkheid van de nodige zorgen voor de psychologische problemen naar twee bronnen opgenomen in de voetnoten, nl. document BDA-20151130-MA-6197 en BDA-20170919-MA-6613. Uit deze bronnen blijkt net de problematische toegankelijkheid van de nodige zorgen voor de psychologische problemen van verzoeker. Verwerende partij citeert deze bronnen uiterst selectief en op een intellectueel oneerlijke wijze. Document BDA-20170919-MA-6613 bevat geen informatie omtrent medische verzekeringen (RAMED/AMO) of omtrent de kosten van medicatie. Uit het document BDA-20151130-MA-6197 blijkt onder meer het volgende: "Despite a mental healthcare diseases program update, the sector still suffers a lack of human resources and infrastructures. "

Deze bron halt de doelstellingen aan die het ministerie van Volksgezondheid zich in 2012 heeft gesteld en waarnaar de bestreden beslissing refereert, maar voegt hieraan toe dat eind 2014 deze doelstellingen allesbehalve gehaald zijn. Over de huidige stand van zaken ontbreekt alle informatie: "In 2012, the Ministry of Health set several goals: the mental healthcare in Morocco had to reach 34004 beds capacity and train 30 psychiatrists and 185 specialised nurses by 2016. Three specialised regional hospitals and other integrated services have to come to reality in the country⁵. At midterm (end of 2014), the results are far from being reached, even if the construction of the regional hospitals are planned end of the year 2014⁶. Concretely, it is still difficult for a mental health patient to get a bed in a hospital when needed, according to a source quoted in an article. " Dezelfde bron signaleert nog de volgende problemen: "Officially, mental health treatment is free by decree in Morocco but the lack of means is not the only explanation to the difficulties faced by patients: socially, they are rejected. Mental disorders are often considered as a curse and possession, or a "lack of faith". These considerations, together with stigmatisation and discrimination towards mental health patients, has led to bad treatment and living conditions. " Informatie omtrent de economische toegankelijkheid van de zorgen ontbreekt in bovenstaande bron. Uit het document BDA-20181029-MA-6914 (waarnaar verwerende partij enkel verwijst in voetnoot 9 met betrekking tot de toegankelijkheid van de behandeling van diabetes, en vreemd genoeg niet in het kader van de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg) blijkt dan weer dat de kritiek van verzoeker en Uw Raad met betrekking tot de RAMED nog steeds van kracht is: "It should be noted that medicines are free of charge only if administered during treatment in a public facility. Otherwise they are not free nor reimbursed and RAMED beneficiaries should buy them at the pharmacy. This is one of the major sources of dissatisfaction among RAMED beneficiaries. " Uit de bronnen die verwerende partij zelf aanhaalt, blijkt bijgevolg net dat de RAMED enkel de kosten van medicatie dekt terwijl men in een publiek ziekenhuis verblijft. Indien men zoals verzoeker nood heeft aan een ambulante behandeling, dient men zelf volledig de kosten voor de medicatie te dragen. Voor verzoeker is dit problematisch, aangezien hij op dagelijkse basis een groot aantal medicijnen dient te nemen ter behandeling van zijn ernstige psychologische problemen. Uit het bovenstaande blijkt dat verwerende partij het gezag van gewijsde van RvV arrest nr. nr. 220 072 /II miskende, en meer dan tweeënhalf jaar na het indienen van de aanvraag cfr. artikel 9ter van de Vreemdelingenwet (en na twee vernietigingsarresten van Uw Raad), nog steeds geen zorgvuldig onderzoek voerde naar de toegankelijkheid van de nodige zorgen. Ten

overvloede nog het volgende: uit document BDA-20181029-MA-6914 blijkt dat er ook problemen bestaan met betrekking tot de toegankelijkheid van medicijnen terwijl men in publieke ziekenhuizen verblijft (hetgeen wel onder de RAMED valt in theorie): "All available treatments and medicines in public health facilities are free for RAMED beneficiaries but they must first consult in their local reference centre from which they can be referred to higher levels of care. However, in practice it is not always possible for RAMED beneficiaries to benefit from free treatment of free medicines in public healthcare facilities because the system is under-financed and under a lot of pressure due to the number of non-paying users. According to a 2017 report from the National Observatory of Human Rights (Observatoire National des Droits de l'Homme- ONDH), RAMED beneficiaries still have to pay a large percentage of the medical costs out of pocket: their 2015 survey indicates that only 20% of RAMED beneficiaries had all their costs covered."

2.2.3. Voorts verwijst verwerende partij naar steun door het IOM, en haalt ze aan dat het onwaarschijnlijk is dat verzoeker geen familie, vrienden of kennissen heeft in Marokko waarbij hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en (financiële) hulp. Ook hierover nam Uw Raad reeds argumenten op in arrest nr. 220 072 /II: 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 reïntegratie, waarbij echter nergens wordt geïndiceerd 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 klemt 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. Verwerende partij maakt nog steeds niet duidelijk of het IOM steun kan verlenen voor het bekostigen van medische behandelingen. De enige steun die verwerende partij vermeldt van het IOM, heeft betrekking op opleidingen met het oog op een toetreding tot de arbeidsmarkt, hulp bij het zoeken naar werk of het opstarten van een zaak als zelfstandige. Verzoeker is echter arbeidsongeschikt (zie infra), waardoor deze 'bijstand' van IOM zinloos is. De enige steun die overblijft, is steun bij accommodatie/huur en extra bagage. Er blijkt ergens nergens concreet waarop verzoeker nu aanspraak kan maken (welk bedrag voor de huur? Wat zijn de voorwaarden? Hoelang krijgt hij deze bijdrage, mocht hij in aanmerking komen?) Dit garandeert geenszins de financiële toegang tot een waslijst aan medicatie die verzoeker op dagelijkse basis dient te nemen.

2.2.4. Ook wat betreft de argumentatie van verwerende partij omtrent de steun van familie, vrienden of kennissen, wenst verzoeker te verwijzen naar het hierboven geciteerde arrest van Uw Raad. De vermelding omtrent de steun van vrienden, familie of kennissen is ook in casu een zeer bijkomende vermelding. Daarnaast kan men van familie, vrienden en kennissen moeilijk verwachten dat ze de hoge kosten voor de waslijst aan medicatie die verzoeker op dagelijkse basis neemt, voor onbepaalde duur op zich nemen.

2.2.5. Tot slot lijkt verwerende partij te suggereren dat verzoeker niet arbeidsongeschikt is. In arrest nr. 220 072 /II stelde Uw Raad het volgende over dit onderwerp: 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 Verwerende partij kan niet dienstig verwijzen naar vroegere administratieve documenten uit het jaar 2011 waarin melding werd gemaakt van een zekere arbeidscapaciteit. Het attest van de behandelende psychiater van september 2017 is van recentere datum, en laat niets aan de verbeelding over: verzoeker is meer dan 66 %

arbeidsongeschikt. Verwerende partij meent verder dat de psychiater het nalaat om te vermelden waarom verzoekende partij arbeidsongeschikt is. Het feit dat de behandelende psychiater aangeeft dat verzoeker meer dan 66 % arbeidsongeschikt is, zonder verder in detail te gaan hierover, betekent niet dat de conclusie van deze specialist zomaar aan de kant kan worden geschoven, wel integendeel. Voorts blijken uit de overige medische attesten duidelijk de medische problemen waarmee verzoeker kampt, en die aan de oorzaak liggen van zijn arbeidsongeschiktheid. De medische situatie van verzoeker is verder sinds september 2017 niet geëvolueerd. Er werd een uitgebreid medisch dossier (met veelvuldige actualisaties) overgemaakt aan verwerende partij, waardoor deze hiervan ook op de hoogte is. De conclusie van de behandelende psychiater van september 2017 omtrent de arbeidsongeschiktheid van verzoeker is dan ook nog steeds van kracht. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat op 20/04/2018 dr. Stefan Moreel (de huisarts) aangaf dat verzoeker om psychische redenen niet in staat is om het openbaar vervoer te nemen, en op 03/05/2018 de psychiater aangaf dat verzoeker een ernstige vorm van een angststoornis heeft, met moeilijkheden om te verblijven in kleine ruimtes, wachtzalen, kamers met gesloten ramen en drukke ruimtes. Tot slot wordt de boutade van verwerende partij, namelijk dat de algemene tendens in ons land, gesteund door het RIZIV, erin bestaat dat voor de aandoeningen van verzoeker (alle aandoeningen of enkel zijn psychologische problemen?) een aan gepaste werksituatie, eventueel deeltijds, positief zou zijn, niet gesteund door bronnen in het administratief dossier. Verwerende partij gaat hiermee in tegen de conclusie van de behandelende specialist, maar laat het na om zelfs maar een bron te vermelden. Dit is een onzorgvuldige werkwijze, en volstaat niet om de conclusies van de behandelende psychiater (een specialist) te weerleggen.

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 allerminst 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 9ter Vw. en artikel 3 EVRM. 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 verwerende partij antwoordt hierop het volgende in haar nota met opmerkingen:

“Verzoeker stelt in een eerste en enig middel een schending voor van de artikelen 3 en 13 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 bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

Hij betoogt dat nog steeds niet onderzocht wordt of de medische zorgen voor hem financieel toegankelijk zijn. Zijn argumentatie uit vorige annulatieberoepen zou integraal overeind blijven. De verwerende partij zou zich schuldig maken aan een te optimistische inschatting van de hulp die de instanties AMO en RAMOD kunnen bieden. Er zou geen concrete precieze weergave gegeven worden van de toegankelijkheid tot het AMO-systeem. Na terugkeer zou hij eerst moeten werken en vervolgens gedurende een periode bijdragen moeten betalen aan de ziekteverzekering AMO, vooraleer hij in aanmerking zou kunnen komen voor de financiële steun. De continuïteit van de behandeling zou hierdoor in gedrang komen. Zijn medicamenteuze behandeling zou niet gedekt worden door RAMED, daar dit enkel de kosten dekt van en medicamenteuze behandeling indien een patiënt opgenomen is in het ziekenhuis, wat niet het geval is. Uit informatie verkregen via de cel vrijwillige terugkeer van Caritas Internationale zou blijken dat de kosten van zijn medicatie niet gedekt worden door RAMED. De verwerende partij zou dezelfde fouten maken als in de twee voorgaande beslissingen. De bestreden beslissing zou niet tegemoetkomen aan de arresten van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. Doc BDA20170919-MA-6613 zou geen informatie bevatten omtrent medisch verzekeringen of omtrent de kosten van medicatie. BDA-20151130-MA zou spreken over de doelstellingen van 2012, die niet werden behaald in 2014 en verder niet ingaan om de actuele situatie. Van familie en vrienden kan men niet verwachten dat men de steun voor onbepaalde tijd op zich zou nemen. M.b.t. de arbeidscapaciteit meent hij dat niet verwezen kan worden naar een stuk van het jaar 2011, nu hij een attest van een behandelend psychiater van september 2017 voegde dat van recentere datum is en waaruit blijkt dat hij meer dan 66% arbeidsongeschikt is. Zijn situatie zou sedertdien niet zijn geëvolueerd.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat de ambtenaar-geneesheer nadat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen een vorige 9ter beslissing vernietigde d.d. 14 januari 2019 een nieuw advies opstelde dat onder meer luidt als volgt:

“(…) Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken : (...) En van de medische stukken ons overgemaakt bij een spontane actualisatie van het medisch dossier door betrokkene: (...) 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 (...), met een ernstige angststoornis sinds 2012 en een obstructief mictiepatroon ten gevolge een goedaardige prostaatvergroting (...).

Bespreking: De urologische symptomen (...) 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 een Tamsulosine als medicamenteuze therapie vermeld. Urologische follow-up is aangewezen. (...)

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 (...). Hoewel er in het voorliggende medische dossier geen gewag wordt gemaakt van diabetische neuropathie (...) blijkt, volgens de attestenrede endocrinoloog, betrokkene nood te hebben aan een pijnstiller voor zenuwpijn (...). 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 atypische antipsychotica (...). Verdere opvolging en bijsturing van de medicatie door ene psychiater is aangewezen.

Als actuele medicatie weerhoud ik: (...) Volgens de attesterende psychiater zou betrokkene in september 2017 nog meer dan 66% arbeidsongeschikt zijn. Er wordt geen attest voorgelegd van de erkenning van deze arbeidsongeschiktheid door een officiële instantie.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen, noch een medische nood aan mantelzorg.

Beschikbaarheid van de zorgen (...) Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (...)

3. Informatie afkomstig uit de MedCOI databank die nietpubliek is. (...) 4. 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, alsook psychiatrische crisisopvang is beschikbaar. Opvolging van de bloedsuikerwaarden in bloed en urine is beschikbaar.

Tamsulosine, insuline lispro, (...) 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 de 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 (BMZ-10753).

Toegankelijkheid van de zorgen (...)

Specifiek voor betrokkene en zijn verschillende aandoeningen kunnen we het volgende stellen: - Sinds 2012 heeft het ministerie van Volksgezondheid zich een specifiek doel gesteld, namelijk de mentale gezondheidszorg beter uitbouwen met een betere toegankelijkheid en meer centra. Deze evolutie is volop bezig met integratie van een afdeling voor mentale zorg in algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde opvang modaliteiten; De zorg is gratis. Consultaties worden ofwel terugbetaald ofwel zijn ze gratis afhankelijk van de verzekering onder de welke men valt - Omwille van de controversie rond de betaling van behandeling van diabetes heeft de overheid een speciaal programma opgezet waar iedereen gratis behandeld wordt onafhankelijk van hun verzekeringsstatus - In het kader van de urologische problematiek dient vermeld dat d mediatie, Tamsulosine, in België ook ten laste is van de patiënt. Controle door een arts is verzekerd in alle verzekeringssystemen. - De huidaandoening is geen aandoening die de fysieke integriteit of een risico voor het leven inhoudt. Behandeling is hier niet levensnoodzakelijk.

We mogen dus besluiten dat de zorg voor betrokkene voor zijn levensbelangrijke pathologieën toegankelijk is in zijn thuisland.

Betrokkene legt een attest van arbeidsongeschiktheid voor en is alleenstaand. In vroegere administratieve documenten (2011) werd wel melding gemaakt van een zekere arbeidscapaciteit. We dienen op te merken dat deze attesten van de psychiater alleen een arbeidsongeschiktheid attesteren zonder specificatie waarom, dit terwijl de algemene tendens in ons land, gesteund door het RIZIV is, dat voor de aandoeningen van betrokkene een aangepaste werksituatie, eventueel deeltijds, positief is.

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene in Marokko, een land waar hij geruime tijd gewoond heeft, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar e/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Niets verhindert verzoeker derhalve om te reizen.(...)"

Verzoeker betwist niet dat de nodige zorgen en opvolging beschikbaar zijn in het herkomstland, doch betwist de financiële toegankelijkheid ervan en meent dat ondanks vorige vernietigingsarresten, de verwerende partij zich opnieuw schuldig maakt aan dezelfde fouten. Verzoeker kan niet gevolgd worden. Uit het medisch advies van 14 januari 2019 blijkt immers dat er, in tegenstelling tot in vorige adviezen, niet enkel uiteengezet wat RAMED en AMO in het algemeen inhoudt, maar werd er ook ingegaan op de financiële toegankelijkheid specifiek voor verzoeker. Hierbij werd in de voetnoten verwezen naar de bronnen die geraadpleegd werden, waaronder BDA Belgian Desk of Accessibility met vermelding van de internet sites en de website www.prostaat.be. De afschriften werden toegevoegd aan het administratief dossier zodat verzoeker kennis kon nemen van de inhoud.

Verzoeker kan niet zonder meer verwijzen naar zijn argumentatie in het kader van vorige annulatieberoepen nu het thans voorliggend advies verschillend is van vorige adviezen.

Voor wat betreft de mentale gezondheidszorg werd gemotiveerd dat de zorg gratis is en dat consultaties ofwel worden terugbetaald ofwel gratis zijn afhankelijk van de verzekering onder de welke men valt. Verzoeker toont dan ook niet aan dat de verwerende partij verder had moeten ingaan op het onderscheid tussen RAMED en AMO.

M.b.t. de aandoening diabetes werd verwezen naar het document BDAA-20181029 (...) en gesteld dat een speciaal programma werd opgezet waar iedereen gratis behandeld wordt onafhankelijk van de verzekeringsstatus. Ook hier toont verzoeker niet aan dat de verwerende partij verder had moeten ingaan op het onderscheid tussen RAMED en AMO.

Voor wat betreft de urologische problematiek, werd opgemerkt dat ook in België de medicatie, zijnde tamsulosine ten laste valt van de patiënt. Het is dan ook niet kennelijk onredelijk dat niet verder werd ingegaan op het onderscheid tussen Ramed en Amo, nu voor wat betreft die medicatie verzoekers situatie niet wijzigt ten opzichte van in België.

Tenslotte werd gemotiveerd dat de huidaandoening geen aandoening betreft die een risico voor het leven inhoudt, waardoor de behandeling niet levensnoodzakelijk werd bevonden en ook niet verder ingegaan diende te worden op de kostprijs.

Verzoeker gaat op algemene wijze in op RAMED en AMO en tracht uiteen te zetten waarom hij op geen van beiden zou kunnen beroep doen, terwijl de ambtenaar-geneesheer aandoening per aandoening bespreekt en de financiële toegankelijkheid onderzocht.

M.b.t. de arbeidsongeschiktheid erkende de ambtenaargeneesheer dat verzoeker een attest van arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dat hij alleenstaand is. De ambtenaargeneesheer stelde hierbij echter vast dat er in vroegere administratieve documenten (2011) wel melding werd gemaakt van een zekere arbeidscapaciteit. Daarnaast preciseerde de ambtenaar-geneesheer dat de attesten van de psychiater alleen een arbeidsongeschiktheid attesteren zonder specificatie waarom, dit terwijl de algemene tendens in België, gesteund door het RIZIV is, dat voor de aandoeningen van verzoeker een aangepaste werksituatie, eventueel deeltijds, positief is.

Het is niet kennelijk onredelijk, nu het tegendeel niet blijkt, te oordelen dat het onwaarschijnlijk is dat verzoeker in Marokko, een land waar hij geruime tijd gewoond heeft, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Het loutere betoog dat dit niet kan verwacht worden van familie of vrienden, is niet voldoende om de bevindingen van de ambtenaar-geneesheer te weerleggen.

Een schending van de artikelen 3 en 13 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 bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel wordt niet aannemelijk gemaakt.

Het enig middel is niet ernstig.”

3.3. De Raad wijst erop dat het zorgvuldigheidbeginsel de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

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.

De schending van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, op grond waarvan de bestreden beslissing werd genomen.

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet luidde ten tijde van het nemen van de bestreden beslissing als volgt:

“§ 1. 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. (...) 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.”

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen van toepassing is op twee onderscheiden gevallen, met name: (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de aanvrager, 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.

Deze bepaling houdt twee verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Artikel 9ter, § 1, laatste lid, van de vreemdelingenwet bepaalt verder:

“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.”

De bestreden beslissing stelt dat de medische elementen die werden aangehaald in hoofde van de verzoekende partij niet worden weerhouden, waarbij uitdrukkelijk wordt verwezen naar het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer van 14 januari 2019, dat in gesloten omslag werd gevoegd bij deze beslissing.

Dit medisch advies, dat aan de bestreden beslissing ten grondslag ligt, luidt als volgt:

“(…)

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. (...) (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 r

- SMG d.d. 20/04/2016 van Dr. I.E. (...) (uroloog): DM type II, hallucinatoire psychose, LUTS (BHP 18cc) - obstructief mictiepatroon - medicatie: Tamsulosine en Profyt
 - SMG d.d. 21/04/2016 van Dr. Tania Daems (internist-endocrinoloog): psychose en DM 2 in de voorgeschiedenis, actueel DM 2-medicatie: insuline en consultatie 1x/3mnd
 - Corisultatieverslag d.d. 07/04/2016 van Dr. T.D. (...): in België sinds 2004 (administratief dossier overname NED 29/12/2009), obese DM 2 patiënt (BMI 30,97kg/m², 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 doorbetrokkene:
- ¹ Arbeidsongeschiktheidsattest d.d. 26/10/2017 van Dr. S.M. (...) (huisarts): op advies van specialist (welke?) is betrokkene >66% arbeidsongeschikt
 - Medisch attest d.d. 03/10/2017 van Dr. M.K. (...) (psychiater): sinds 05/08/2016 hier in behandeling na intakefase op 22 oktober (2015?) en plaatsing op de behandelwachtlijst met overbruggingsgesprekken
 - Medisch attest d.d. 14/09/2017 van Dr. E. V. (...): sinds 2014 opgevolgd o.w.v. diffuse angsten als onderdeel van PTSD met auditieve- hallucinaties — medicatie: Abilify, Escitalopram, Mirtazapine en Sulpiride; en >66% arbeidsongeschiktheid
 - 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: Abilify, Risperdal, Mirtazapine, Escitalopram en Trazolan; EPSI PZ Stuivenberg op 07/05/2013
 - SMG d.d. 18/12/2017 van Dr. T. Daems: DM 2 en psychose — medicatie: insuline, antipsychotica, ambulante opvolging
 - Consultatieverslag d.d. 18/09/2017 van Dr. T.D. (...): geen diabetesconventie mogelijk gezien OCMWstatuut- medicatie: Humalog, Toujeo Sofostar, Metformine, Lyrica en Cetirizine - BMI 32 1 en HbA1c 8,6% ^
 - SMG d.d. 23/01/2018 van Dr. S.V. (...) (uroloog): DM II, psychose, LUTS o.w.v. BPH – BPH met plasklachten - medicatie: Tamsulosinè
 - Een SMG van Dr. V.D.V. (...), uroloog. 16-10-2018 mei Vermelding van diabetes type II, psychose en plasklachten door benigne pfoostaathypertrofie waarvoor Tamsulosine
 - SMG d.d. 18-10-2018 van Dr.D. (...), ehdocrinoloog, met vermelden van diabetes type II, een chronische aandoening met risico op cardiovasculaire complicatie waarvoor therapie met 'insuline • Verslag van de raadpleging diabetologieiid. 21-6-2018
 - • SMG d.d. 10-10-2018 van Dr. M. (...), dermatoloog, met vermelden van alopecia decalvans, een ontsteking van de hoofdhuid met definitief haarverlies behandeld met isotretinoïne
 - Attest van arbeidsongeschiktheid d.d. 26-10-2017
 - SMG d.d. 25-10-2018 van Dr. V. (...), psychiater, met vermelden van PTSD en een ernstige maagstoornis met onveranderde medicamenteuze therapie
 - Attest van 14-9-2017 van Dr. V. (...) met vermelden van arbeidsongeschiktheid
 - Attest voor dringende medische hulp d.d.?'
 - Consultatieverslag d.d. 18/12/2017 van Dr. T.D. (...) (internist-endocrinoloog) van de raadpleging op 21/06/2018: aanvaardbare metabole. controle, levensmoe
 - Medisch attest d.d. 20/04/2018 van Dr. S.M. (...) (huisarts): is om psychische redenen niet in staat om openbaar vervoer te nemen —
 - Medisch attest d.d. 03/05/2018 van Dr. M. K. (...) (psychiater): ernstige vorm van een angststoornis met moeilijkheden om te verblijven in kleine ruimtes, wachtzalen, kamers met gesloten ramen en drukke ruimtes , '

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 (BMI 31,7kg/m²) waardoor hij lijdt aan insuline-behoevende ouderdomssuikerziekte (diabetes mellitus type II), met een ernstige angststoornis sinds 2012 en een obstructief mictiepatroon ten gevolge 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. Urologische 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 (2x 60min./dag voorgeschreven door Dr. Daems), 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.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

Tamsulosine (Tamsulosine), een alfa-1 blokker bij piasproblemen 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 antihistaminicinn tegen de bijwerkingen van de antipsychotica

Aripiprazol (Abilify), een atypisch antipsyriiloticum

Risperidon (Risperdal), een atypisch antipsychoticum

Escitalopram (Escitalopram), een antidepressivum

Trazodön (Trazolan), een antidepressivum

Mirtazapine (Mirtazapine), een antidepressivum

Pregabaline (Lyrica), pijnstiller voor neurcspathische pijn

Volgens de attesterende psychiater zou betrokkene in september 2017 nog meer dan 66% arbeidsongeschikt zijn. Er wordt geen attest voorgelegd van de erkenning van deze arbeidsongeschiktheid door een officiële instantie.

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): ^

1. informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is 1:

Aanvraag Medcoi met het uniëke referentienummer BMA 8570

Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 7315

Aanvraag Medcoi met het urifeke referentienummèr BMA 9542

Aanvraag Medcoi met het unifke referentienummer 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 opvolgingen behandeling van korte en lange duur, alsook psychiatrische crisisopvang is beschikbaar. Opvolging van de bloedsuikerwaarden in bloed en urine is beschikbaar.

Tamsulosine, insuline lispro, insuline glargine, Metibrmine, Cetirizine, Aripiprazol, Risperidon, Escitalopram Mirtazapine en Pregabaline zijn beschikbaar.

Trazodon is momenteel niet beschikbaar. Dit behoort tot dezelfde klasse van antidepressiva als Mirtazapine, zodat men de dosis van Mirtazapine kan verhonger om de afwezigheid van Trazodon in de cocktail op te vangen. Trazodon kan ook vervangen worden doorzijn therapeutisch equivalent², 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. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van uit 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 zorgverleningen 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 de zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

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

In Marokko bestaan er twee naast elkaar staande systemen van gezondheidszorg, namelijk: - Le Régime d'Assistance Médicale of RAMED.

- L' Assurance Maladie Obligatoire of AMO) In maart 2015 was 58% van de bevolking reeds aangesloten bij één van de twee systemen.

De AMO werd in 2005 opgericht met de bedoeling gezondheidszorg te garanderen zowel in de publieke als private sector, voor werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Tot op heden is men nog niet in de volledige opzet geslaagd, maar is er reeds een dekking voor werknemers in de privé en publieke sector en voor studenten. Werknemers uit de private sector en gepensioneerden zijn aangesloten bij de Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CVSS), de publieke sector is aangesloten bij de Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale (CNOPS)³ Personen die onder het AMO-systeem vallen, krijgen behandelingen en medicijnen terugbetaald door de verzekering. Het percentage van terugbetaling varieert tussen de 70 en 100 %.⁴

De RAMED werd opgericht in 2012. Er zijn twee, categorieën van mensen die kunnen genieten van de voordelen van RAMED: is'; personen die als 'kwetsbaar' beschouwd worden: zij betalen een bijdrage van MAD 120 (+/-10 euro) per persoon personen die als 'arm' beschouwd worden: zij kunnen gratis-beroep doen op het systeem Begunstigden van RAMED krijgen gratis eerste-, tweede- en derdelijnszorg in publieke ziekenhuizen, op voorwaarde dat ze eerst langsgaan in hun gezondheidscentrum. Volwassenen zonder familie, alsook personen zonder verblijfplaats kunnen gratis genieten van het RAMED-systeem.

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

Er bestaat eveneens een vorm van sociale zekerheid voor personen die zich inschrijven in het systeem. Hieronder zijn vergoedingen vervat voor arbeidsongeschiktheid bij ziekte of werkloosheid.⁶

Specifiek voor betrokkene en zijn verschillende aandoeningen kunnen we het volgende stellen:

Sinds 2012 heeft het ministerie van Volksgezondheid zich een specifiek doel gesteld, namelijk de mentale gezondheidszorg beter uitbouwen met een betere toegankelijkheid en meer centra. Deze evolutie is volop bezig met integratie van een afdeling voor mentale zorg in algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde opvang modaliteiten. De Zorg is gratis.⁷ Consultaties worden ofwel terugbetaald ofwel zijn ze gratis afhankelijk van de verzekering onder de welke men valt⁸

Omwille van de controverse rond de betaling en behandeling van diabetes heeft de overheid een speciaal programma opgezet waar iedereen gratis behandeld wordt onafhankelijk van hun verzekeringsstatus⁹

In het kader van de urologische problematiek dient vermeld dat de medicatie, Tamsulosine, in België ook ten laste is van de patiënt. Controle door een arts is verzekerd in alle verzekeringssystemen¹⁰ De huidaandoening is geen aandoening, die de fysieke integriteit of een risico voor het leven inhoudt. Behandeling is hier niet levensnoodzakelijk

We mogen dus besluiten dat de zorg voor betrokkene voor zijn levensbelangrijke pathologieën toegankelijk is in zijn thuisland.

Betrokkene legt een attest van arbeidsongeschiktheid voor en is alleenstaand. In vroegere administratieve documenten (2011) werd wel melding gemaakt van een zekere arbeidscapaciteit. We dienen op te merken dat deze attesten van de psychiater alleen een arbeidsongeschiktheid attesteren zonder specificatie waarom, dit terwijl de algemene tendens in ons land, gesteund door het RIZIV is, dat voor de aandoeningen van betrokkene een aangepaste werksituatie, eventueel deeltijds; positief is. Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene; in Marokko, een land waar hij geruime tijd gewoond heeft, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voortijdelijke) financiële;hulp.¹¹

Niets verhindert verzoeker derhalve om terug te keren. Het staat hem vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie. (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om, een cursus

of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

*Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type 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 standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Marokko.
(...)"*

Uit dit advies blijkt dat de ambtenaar-geneesheer verscheidene elementen van de voorgelegde specialistische verslagen bevestigt. Zo wordt bevestigd dat de verzoekende partij 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 pijnstillers 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 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 verzoekende partij indien deze niet op een adequate manier opgevolgd en behandeld wordt. 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 het 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 redelijkheids criterium dient in de voorliggende zaak echter enigszins strenger te worden opgevat omdat de verwerende partij en de door haar aangestelde ambtenaar-geneesheer gehouden zijn het gezag van gewijsde van de arresten met nr. 196 809 van 18 december 2017 en nr. 210 348 van 28 september 2018 te respecteren. In deze arresten heeft de Raad immers eerdere beslissingen tot ongegrondheid van de voorliggende medische verblijfsaanvraag vernietigd, waarbij welbepaalde onzorgvuldigheden in de feitenvinding werden vastgesteld. De Raad benadrukt dat het gezag van gewijsde van voormelde arresten zich uitstrekt tot de onverbreekelijk 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 verzoekende partij voert aan dat de ambtenaar-geneesheer wederom een onzorgvuldig onderzoek heeft gevoerd naar de financiële toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen in Marokko. In het medisch advies van 14 januari 2019 wordt hieromtrent 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. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van uit 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 zorgverleningen 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 de zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

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

In Marokko bestaan er twee naast elkaar staande systemen van gezondheidszorg, namelijk: - Le Régime d'Assistance Médicale of RAMED.

- L' Assurance Maladie Obligatoire of AMO) In maart 2015 was 58% van de bevolking reeds aangesloten bij één van de twee systemen.

De AMO werd in 2005 opgericht met de bedoeling gezondheidszorg te garanderen zowel in de publieke als private sector, voor werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Tot op heden is men nog niet in de volledige opzet geslaagd, maar is er reeds een dekking voor werknemers in de privé en publieke sector en voor studenten. Werknemers uit de private sector en gepensioneerden zijn aangesloten bij de Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CVSS), de publieke sector is aangesloten bij de Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale (CNOPS)³ Personen die onder het AMO-systeem vallen, krijgen behandelingen en medicijnen terugbetaald door de verzekering. Het percentage van terugbetaling varieert tussen de 70 en 100 %.⁴

De RAMED werd opgericht in 2012. Er zijn twee, categorieën van mensen die kunnen genieten van de voordelen van RAMED: is'; personen die als 'kwetsbaar' beschouwd worden: zij betalen een bijdrage van MAD 120 (+/-10 euro) per persoon personen die als 'arm' beschouwd worden: zij kunnen gratis-beroep doen op het systeem Begunstigden van RAMED krijgen gratis eerste-, tweede- en derdelijnszorg in publieke ziekenhuizen, op voorwaarde dat ze eerst langsgaan in hun gezondheidscentrum. Volwassenen zonder familie, alsook personen zonder verblijfplaats kunnen gratis genieten van het RAMED-systeem.

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

Er bestaat eveneens een vorm van sociale zekerheid voor personen die zich inschrijven in het systeem.

Hieronder zijn vergoedingen vervat voor arbeidsongeschiktheid bij ziekte of werkloosheid.⁶

Specifiek voor betrokkene en zijn verschillende aandoeningen kunnen we het volgende stellen:

- Sinds 2012 heeft het ministerie van Volksgezondheid zich een specifiek doel gesteld, namelijk de mentale gezondheidszorg beter uitbouwen met een betere toegankelijkheid en meer centra. Deze evolutie is volop bezig met integratie van een afdeling voor mentale zorg in algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde opvang modaliteiten. De Zorg is gratis.⁷ Consultaties worden ofwel terugbetaald ofwel zijn ze gratis afhankelijk van de verzekering onder de welke men valt⁸
- Omwille van de controverse rond de betaling en behandeling van diabetes heeft de overheid een speciaal programma opgezet waar iedereen gratis behandeld wordt onafhankelijk van hun verzekeringsstatus⁹
- In het kader van de urologische problematiek dient vermeld dat de medicatie, Tamsulosine, in België ook ten laste is van de patiënt. Controle door een arts is verzekerd in alle verzekeringsystemen¹⁰
- De huidaandoening is geen aandoening, die de fysieke integriteit of een risico voor het leven inhoudt. Behandeling is hier niet levensnoodzakelijk

We mogen dus besluiten dat de zorg voor betrokkene voor zijn levensbelangrijke pathologieën toegankelijk is in zijn thuisland.

Betrokkene legt een attest van arbeidsongeschiktheid voor en is alleenstaand. In vroegere administratieve documenten (2011) werd wel melding gemaakt van een zekere arbeidscapaciteit. We dienen op te merken dat deze attesten van de psychiater alleen een arbeidsongeschiktheid attesteren zonder specificatie waarom, dit terwijl de algemene tendens in ons land, gesteund door het RIZIV is, dat voor de aandoeningen van betrokkene een aangepaste werksituatie, eventueel deeltijds; positief is. Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene; in Marokko, een land waar hij geruime tijd gewoond heeft, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voortijdelijke) financiële;hulp.¹¹

Niets verhindert verzoeker derhalve om terug te keren. Het staat hem vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie. (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om, een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage."

Wat betreft de financiële toegankelijkheid verwijst de ambtenaar-geneesheer naar twee verschillende vormen van ziekteverzekering in Marokko: AMO (*Assurance Medicale 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 erop dat hij in zijn arrest nr. 196 809 van 18 december 2017, waarbij een 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 Medicale 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 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. Het argument van verwerende partij dat de verzoekende partij niet aantoont 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 verzoekende partij terecht opmerkt, hult de ambtenaar-geneesheer zich in zijn nieuw medisch advies van 14 januari 2019 – net als in het advies van 6 maart 2018 dat leidde tot de vorige ongegrondheidsbeslissing – 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, zelfstandigen en gepensioneerden uit de publieke en private sector dekt, alsook studenten. Bovendien stelt de ambtenaar-geneesheer zelf dat het project *“tot op heden (...) nog niet in de volledige opzet (is) geslaagd”*, dat er reeds dekking is voor werknemers en studenten, en dat het percentage van terugbetaling voor personen die onder het AMO-systeem vallen varieert tussen de 70 en 100 procent.

Enig concreet onderzoek of de verzoekende partij zelf – die niet terugkeert naar Marokko als werknemer of student – of haar specifieke aandoeningen hiervoor *überhaupt* in aanmerking komen, ontbreekt. Bovendien wordt ook met deze vage motivering niet onderzocht of de verzoekende partij feitelijk in de mogelijkheid zal zijn om, bij haar 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 de specifieke situatie van de verzoekende partij, met name of zij 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 miskennis in van de zorgvuldigheidsplicht in het raam van artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, maar zij houdt ook een miskennis in van het gezag van gewijsde van 's Raads arresten met nr. 196 809 van 18 december 2017 en nr. 210 348 van 28 september 2018.

In het medisch advies van 14 januari 2019 wordt gesteld dat de verzoekende partij, naast het systeem van AMO, tevens beroep kan doen op het systeem van RAMED. De ambtenaar-geneesheer geeft hieromtrent het volgende aan:

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

- personen die als 'kwetsbaar' beschouwd worden: zij betalen een bijdrage van MAD 120 (+/-10 euro) per persoon*
 - personen die als 'arm' beschouwd worden: zij kunnen gratis-beroep doen op het systeem*
- Begunstigden van RAMED krijgen gratis eerste-, tweede- en derdelijnszorg in publieke ziekenhuizen, op voorwaarde dat ze eerst langsgaan in hun gezondheidscentrum. Volwassenen zonder familie, alsook personen zonder verblijfplaats kunnen gratis genieten van het RAMED-systeem.*

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

Er bestaat eveneens een vorm van sociale zekerheid voor personen die zich inschrijven in het systeem. Hieronder zijn vergoedingen vervat voor arbeidsongeschiktheid bij ziekte of werkloosheid.”

De verzoekende partij wijst er echter op dat haar medicamenteuze behandeling niet wordt gedekt door het RAMED-systeem, omdat dit enkel de kosten dekt van patiënten die verblijven in een ziekenhuis.

De Raad kan er aan herinneren 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 hetgeen hoger werd geciteerd. Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer geheel voorbij gaat aan de informatie van Caritas International van 2016 verstrekt door de verzoekende partij.

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 een kopie van de relevante pagina's werd toegevoegd. 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”.

(…)”

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer weliswaar een nieuwe paragraaf opneemt in het advies, waarin zij stelt dat specifiek met betrekking tot de aandoeningen van de verzoekende partij het volgende kan worden gesteld:

- “Sinds 2012 heeft het ministerie van Volksgezondheid zich een specifiek doel gesteld, namelijk de mentale gezondheidszorg beter uitbouwen met een betere toegankelijkheid en meer centra. Deze evolutie is volop bezig met integratie van een afdeling voor mentale zorg in algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde opvang modaliteiten. De Zorg is gratis.⁷ Consultaties worden ofwel terugbetaald ofwel zijn ze gratis afhankelijk van de verzekering onder de welke men valt⁸*

- *Omwille van de controverse rond de betaling en behandeling van diabetes heeft de overheid een speciaal programma opgezet waar iedereen gratis behandeld wordt onafhankelijk van hun verzekeringsstatus⁹*
- *In het kader van de urologische problematiek dient vermeld dat de medicatie, Tamsulosine, in België ook ten laste is van de patiënt. Controle door een arts is verzekerd in alle verzekeringsystemen¹⁰*
- *De huidaandoening is geen aandoening, die de fysieke integriteit of een risico voor het leven inhoudt. Behandeling is hier niet levensnoodzakelijk*

We mogen dus besluiten dat de zorg voor betrokkene voor zijn levensbelangrijke pathologieën toegankelijk is in zijn thuisland.”

Echter, zoals de verzoekende partij terecht opmerkt, blijkt hieruit niet dat de kosten voor de medicatie voor de psychologische aandoening gedekt worden door RAMED. Uit het BDA-20151130-MA-6197, waarnaar in de voetnoot van het advies wordt verwezen, blijkt inderdaad dat ondanks de inspanningen in de mentale gezondheidszorg er gebrek is aan mensen en middelen en worden de gestelde doelen niet gehaald. Uit dit document blijkt allerm minst dat de medicatie gratis is of op een andere manier toegankelijk wordt gemaakt voor patiënten. Het bevat geen informatie omtrent de financiële toegankelijkheid. Dit blijkt evenmin uit de andere voetnoot die nochtans door de ambtenaar-geneesheer wordt toegevoegd, namelijk BDA-20170919-MA-6613, dat evenmin informatie bevat omtrent de financiële toegankelijkheid. Uit het document BDA-20181029-MA-6914, waarnaar de ambtenaar-geneesheer enkel verwijst in voetnoot 9 met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen voor de behandeling van diabetes, blijkt dan weer dat – zoals de verzoekende partij terecht opmerkt – de kritiek van de verzoekende partij en de Raad met betrekking tot het RAMED-systeem nog steeds van kracht is.

Immers wordt in dit zeer recente document aangegeven dat de kosten van medicatie enkel worden gedekt als de patiënt in een ziekenhuis verblijft, en niet in het geval van de verzoekende partij, die nood heeft aan een ambulante behandeling waarbij zij dus niet in een ziekenhuis verblijft, maar wel dagelijks een groot aantal medicijnen dient in te nemen ter behandeling van onder meer haar psychische aandoening. Bovendien blijkt uit dit document dat er zich in de praktijk zelfs problemen voordoen met betrekking tot de toegankelijkheid van medicatie zelfs als men in een ziekenhuis verblijft, omwille van onderfinanciering en de hoge druk op het systeem omwille van het hoge aantal personen dat er gebruik van maakt. Een rapport van 2017, vermeld in dit BDA-document, toont aan dat een groot aantal van de patiënten de kosten van medicatie zelf moet dragen.

Gelet op het voorgaande is de conclusie van de ambtenaar-geneesheer dat de verzoekende partij ook een beroep kan doen op RAMED zoals gesteld te kort door de bocht, temeer de verzoekende partij wijst op het rapport van *Human Rights Watch* van februari 2016 en gelet op de zeer recente BDA-documentatie – waarnaar de ambtenaar-geneesheer overigens zelf verwijst in het advies, maar dan slechts fragmentarisch. In deze stand van zaken blijkt dat de ambtenaar-geneesheer zich slechts heeft beperkt tot algemene en hypothetische vaststellingen wat betreft een dekking van de medische kosten door middel van AMO en RAMED en de financiële toegang tot de voor de verzoekende partij benodigde medische zorgen niet afdoende heeft onderzocht.

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 verzoekende partij, ook buiten de residentiële behandeling in een ziekenhuis om, in haar land van herkomst voldoende financieel toegankelijk zijn. Zoals de verzoekende partij terecht betoogt, is een zorgvuldig onderzoek naar de daadwerkelijke financiële toegankelijkheid des te belangrijker aangezien de verzoekende partij 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 verzoekende partij 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 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 verzoekende partij en de wijze waarop zij in haar land van herkomst zou kunnen terugvallen op enige tussenkomst vanwege de overheid of via een verzekeringssysteem. Een en ander klemt 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 verzoekende partij, voldoende toegankelijk zijn. De financiële toegankelijkheid tot de benodigde medische zorgen werd niet zorgvuldig onderzocht.

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 aannemelijk gemaakt. De bestreden beslissing die, zoals reeds gesteld werd, volledig aan dat advies is opgehangen, is derhalve met hetzelfde gebrek behept. De argumenten van de verwerende partij in haar nota met opmerkingen doen aan het voorgaande geen afbreuk.

Het middel is in de besproken mate gegrond en leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing.

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. 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 minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 11 februari 2019 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, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negenentwintig juli tweeduizend negentien door:

mevr. J. CAMU,

kamervoorzitter,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

J. CAMU