

Arrest

nr. 227 599 van 17 oktober 2019
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat L. RECTOR
J. P. Minckelersstraat 164
3000 LEUVEN

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 18 juli 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 28 mei 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 ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

Gezien titel Ibis, hoofdstuk 2, afdeling IV, onderafdeling 2, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Gezien de beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 22 juli 2019 met referthenummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 2 september 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 24 september 2019.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. HAEGEMAN, die loco advocaat L. RECTOR verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. NIKKELS, die loco advocaten D. MATRAY en A. DE WILDE 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 12 april 2019 een aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980

betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

Op 28 mei 2019, met kennisgeving op 18 juni 2019, verklaart de gemachtigde van de bevoegde minister deze aanvraag ontvankelijk, doch ongegrond. Dit is de bestreden beslissing, waarvan de motieven luiden als volgt:

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

Redenen :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor R., M. (...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 16.05.2019 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Marokko.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

Eveneens op 28 mei 2019, met kennisgeving op 18 juni 2019, wordt aan de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten uitgereikt. Dit is de tweede bestreden beslissing.

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een enig middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de artikelen 3 en 8 van het Europees Verdrag tot Bescherming voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

Zij betoogt:

“Bij het nemen van haar beslissingen dient verweerster rekening te houden met een heel aantal wettelijke bepalingen, verdragsbepalingen, alsook beginselen (van behoorlijk bestuur).

Verzoekster en haar echtgenoot van oordeel dat verweerster nagelaten heeft alle toepasselijke bepalingen en beginselen na te leven, reden waarom de bestreden beslissing dient te worden vernietigd.

Meer bepaald zijn verzoekster en haar echtgenoot van oordeel dat verweerster:

- *Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens*
- *Artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens*
- *Het zorgvuldigheidsbeginsel, en*
- *Het redelijkheidsbeginsel schendt.*

B- Schending van artikel 9bis van de Vreemdelingenwet en artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

De gezondheid van verzoekster en haar echtgenoot faalt.

De heer R.M. (...) zelf lijdt aan diabetes en hartkwalen.

Mevrouw O. (...) heeft slechte gewrichten en diende al meermaals te worden geopereerd ten gevolge daarvan. Ook heeft zij te kampen met een hardnekkig, terugkerend gezwel in haar baarmoeder. Verder heeft zij last van een hoge bloeddruk, een slechtwerkende schildklier en chronische migraine.

2. Verzoekster en haar echtgenoot moeten veel medicatie nemen en regelmatig behandelingen ondergaan.

Verzoekster en haar echtgenoot kunnen dat niet betalen.

Noch mevrouw O. (...), noch haar echtgenoot; ontvangen immers een pensioen of zijn in staat een eigen inkomen te verwerven. Mevrouw O. (...) was huisvrouw. De heer R. (...) was zelfstandige.

3. MAROKKO heeft geen welzijnsmaatschappij: Er nauwelijks sociale zekerheid en de kosten voor behandelingen en medicijnen zijn torenhoog, zeker voor mensen zoals verzoekster en haar echtgenoot die geen ziekteverzekering hebben - en er omwille van hun hoge leeftijd ook geen meer kunnen krijgen.

"The financing of health care by households is currently a source of inequality in access to care, in particular among the poorest and those without health insurance. This situation is made worse by the lack of institutionalised solidarity and the pooling of health risks, due to the weakness of health insurance which only covers 37% (17% in 2006) of the total population. As a result, Morocco chose to extend the basic medical coverage. Firstly, through the implementation of Obligatory Medical Insurance for active professionals and retired persons in the public and private sectors, through two managing bodies: the National Fund of Social Welfare Bodies (NFSWB) for civil servants and public sector workers, and the National Fund for Social Security (NFSS) for workers in the private sector. These managing bodies are overseen by a regulatory body, the National Agency for Health Insurance (NAHI). The Medical Assistance Regime for the Economically Disadvantaged (MARED) makes up the second part of the system of basic medical coverage which is covered by legislation. This is a social net for the poorest, whose economic vulnerability keeps them outside the contributory system. It is based on the principles of social assistance and national solidarity. Its financing is mainly ensured by the State and local communities, as well as by a contribution from eligible beneficiaries."

https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/PPE_Morocco_CaseStudy.pdf

"Morocco's health system has undergone reforms in recent years, but their effectiveness has been hindered to some extent by corruption. While adequate care is available in the larger cities, coverage is patchy in many areas of the country, and specialist treatment may not be available, which means it is a good idea to obtain Morocco expat health insurance coverage that includes an emergency evacuation or repatriation plan. Government hospitals may provide free or minimal charge emergency treatment initially, but insurance is necessary to cover costs beyond that. Insurance is available locally but this tends to limit where you can receive care and will not cover you if you need to leave the country or be evacuated to receive specialist treatment. Morocco's hospitals have strong links with France and Spain, and these are the usual destination for those requiring specialist expertise or treatments not available locally. Most common prescriptions and over the counter medicines are available in the cities, and major cities also have emergency pharmacies (pharmacies du garde, the addresses of which are usually posted in pharmacy windows), but it is a good idea to bring what you need, especially if you are planning to travel into the interior, where health coverage is very limited. Morocco aims to reduce the level of deaths in childbirth from the current rate of 227 per 100,000 to 50 per 100,000. Infant mortality, currently 40 per 1,000 births (an improvement on 1981's figures when it was around 91 per 1,000), is to be reduced to 15 per 1,000 by 2012. However, only around 82 percent of Morocco's population has access to clean water and only around 75 percent to proper sanitation. At present, Morocco has around 46 doctors per 100,000 inhabitants, 44% of whom are located in the narrow zone between Rabat and Casablanca. There are only around 130 hospitals and 2,400 basic health care centres in Morocco, and approximately 1 hospital bed per 1,000 people. The government spends about 5.5 percent of its budget on health. Reforms were introduced in 2005 to increase the number of people covered by health insurance coverage - a payroll-based mandatory health insurance plan for employees and a publicly financed fund to cover services for the poor. The National Fund of Social Providence Organisations (CNOPS) had doubled to more than 3.2 billion dirhams in 2007 since the introduction of compulsory public health insurance, and now covers around 3.2 million people. Other successes include an increase in the number of reimbursable drugs from 1,000 to 2,497, a new IT system to reduce reimbursement waiting times, the removal of restrictions in 87% of operations and extension of cover for medical expenses of patients with cancer, diabetes and high blood pressure. On the other hand, the infrastructure is not always in place to allow people to get the care they are theoretically entitled to. Doctors across Morocco have gone on strike several times in recent years including in 2007, when they came to an agreement for more benefits and higher pay. The fund also

faces difficulties such as the insured population consisting of a higher proportion of older people; retirees now represent 22% of those insured, up from 16% before the introduction of compulsory health insurance. There are nevertheless plans to extend the fund to other categories of people, such as students in higher education and people in liberal professions such as doctors and engineers. The government is trying to remedy the unequal distribution of health services across Morocco, with a new restructuring and decentralizing plan set to run from 2008 to 2012. It is also aimed at reducing the cost and increasing the availability of drugs, which currently cost about 750m dirhams of the state budget, but are not available everywhere, and increase the use of generic medicines, which currently only have around a 25% market share. Corruption remains a problem in the Moroccan health system, although the government aims to make it easier for complaints to be reported and followed up." (<https://xmjow.pacificprime.com/country/africa/morocco-health-insurance/>)

"Although the health system is accessible to expats, insurance is only provided by employers. Not all companies pay for their employees to receive health benefits, and some more complex treatments may be challenging to access in the country. Receiving compensation for medical care can also require multiple visits to the insurance agency. Consider subscribing to health insurance in your country before starting your expatriation project. Good to know: The current Moroccan health care system is not very developed. However, the Moroccan government has initiated a reform process in order to strengthen the system and improve the quality of services provided to residents and expatriates." (<https://www.expats.com/en/guide/africa/morocco/8895-health-care-in-morocco.html>) National Coverage Achieving universal health coverage to ensure better access to health care services and medicine has been a lingering challenge the country has sought to overcome in the past decade. It has nonetheless made significant progress in absorbing a majority of the population under various state-instituted schemes. Today, the national health coverage system in Morocco is shared between two main state-financed schemes: the Mandatory Health Insurance Plan (Assurance Maladie Obligatoire, AMO) and the Medical Assistance Regime (Régime d'Assistance Médicale, RAMED). Combined, these two schemes provide coverage to around 62% of the Moroccan population, up from 33.7% in 2010. B £016-103 7 AMO In place since 2005, AMO was until recently an employer-based health insurance. Benefitting up to 34% of the Moroccan population, employees in both the private and public sectors were the main beneficiaries of the programme. However, in September 2015, coverage was extended to post-secondary students, adding some 260,000 people to the pool of beneficiaries, with additional financing coming primarily from the government, which is expected to channel up to Dh100m (€9.2m) into the scheme for its latest members. While free for students enrolled in the public sector, those studying in the private sector will need to contribute Dh400 (€36.70) annually to become eligible for the advantages offered by AMO, which include partial and total coverage on medical consultations, hospitalisation, surgery and dental care, among others. Up to 70% of the price of medicines will also be reimbursed. A bill was presented to Parliament in March 2016 to extend the AMO to family members of existing beneficiaries. As it currently stands, AMO provides coverage to the spouse and children of the insured. Demands, however, are being made to extend entitlement beyond this sphere to include family members who are under the direct responsibility of the insured, such as siblings and parents. Around 40% of the population - roughly 10m people - are uninsured, and the road ahead for expanding coverage still looks challenging (see analysis). This category consists mainly of independent, self-employed workers, such as doctors, lawyers and architects, and those in the informal sector. The debate over health insurance for independent workers, modelled on the AMO, is ongoing; as of autumn 2016 there was no clear indication as to when such a scheme might be in place. RAMED RAMED was first launched as a pilot project in 2009 in the region of Beni Mellal, before being expanded in 2012 to the rest of the country. The scheme, which targets the low-income population, took off with the aim of bringing health care coverage to 8.5m people, or 28% of Morocco's inhabitants. As of December 2015, the number of RAMED beneficiaries was 9.2m people, exceeding its initial target. While this suggests that more people than originally planned are able to access health services at affordable rates, it also means that more financing will need to be sourced in order to fund the scheme. RAMED is largely funded by the Ministry of Health, which in 2016 allocated Dh1bn (€91.7m) to the programme. Beneficiaries are also subjected to an annual contribution of Dh120 (€11) per person or Dh600 (€55) per household. However, failing to supply these funds, an estimated 700,000 existing members are struggling to contribute their share, according to recent local media reports, threatening the expansion of the scheme and straining financing capacities. To improve this, a number of proposals are currently being examined to bring about better financial management. Suggestions include the possibility of shifting the management of the scheme from the National Agency of Health Insurance to another governing body. Another challenge is ensuring that health services covered by RAMED are accessible, particularly in rural areas where infrastructure and medical personnel may be lacking. "Medical coverage has progressed positively in recent years. The issue now though is the additional workload expanded coverage has brought with it, considering the shortage of medical professionals, and its risks and impact

on the quality of services being delivered," Mohammed Hamoui, farmer head of the emergency department at the MS, told OBG. An estimated 45% of doctors operate in either Rabat or Casablanca, while the proportion of doctors working in the rural parts of the country accounts for just 24%. To address this situation, authorities are looking to introduce a National Health Service (Service National Sanitaire, SNS) by which medical students would be assigned for a period of two years following graduation to designated regions nationwide. Should the SNS bill go through, doctors assigned to rural and disadvantaged areas would receive additional compensation to complement their salaries. The idea has met with some controversy, prompting protests from students - who wanted to reserve the right to choose where they practice - at the start of the academie year. Talks with the ministry have stalled since November 2015, when possible amendments to the existing proposal were suggested, and as of September 2016 the dispute had yet to be settled. (<https://oxfordbusinessgroup.com/overview/forward-steps-access-care-has-broadened-and-infrastructure-improved-challenges-remain>)

4. Zoals reeds meermaals herhaald, zijn de kinderen van verzoekster niet in staat deze kosten op zich te nemen. Deze kosten bestaan niet alleen uit medische kosten, maar ook uit kosten van huisvesting, levensonderhoud, etc.

Zij hebben beiden hun eigen gezin, hetwelk zij moeten onderhouden.

Indien verzoekster moet terugkeren naar MAROKKO betekent dit dus noodzakelijkerwijze dat zij geen toegang meer zal hebben tot adequate medische hulp, hetgeen een schending uitmaakt van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

C. Schending van artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens 1. Iedereen heeft recht op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.

Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang is van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

Dat volgens het Hof de zinsnede "noodzakelijk in een democratische samenleving" betekent dat een inmenging onder meer moet beantwoorden aan een "dwingende maatschappelijke behoefte" en proportioneel moet zijn aan het gerechtvaardigd doel dat wordt nagestreefd.

Op straffe van nietigheid vanwege schending van artikel 8 E.V.R.M., moet dan ook een afweging worden gemaakt tussen enerzijds de motieven van de weigeringsbeslissing of verwijderingsmaatregelen en anderzijds de door de beslissing of maatregel veroorzaakte ontwrichting van het gezin (Nr. 26.933, R.W., 1986-87, 2854 e.v.; zie ook Raad van State, 13.02.1992, nr. 38.739, Arr. R.v.St., 1992, z.p. en Raad van State, 25.06.1992, nr. 39.848, Arr. R.v. St., 1992, z.p.).

Er moet dus worden nagegaan of de inmenging in het privé levensnoodzakelijk is, met name gerechtvaardigd wordt door een dwingende sociale behoefte en proportioneel is met het nagestreefte doel (EHRM 19 februari 1998, nr. 26102/95, Dalia v. Frankrijk, par. 52).

Deze beoordeling geschiedt aan de hand van de fair balancetoets, waarbij wordt nagegaan of een billijke afweging werd gemaakt tussen de belangen van het individu en de belangen van de samenleving (EHRM 23 juni 2008, nr. 1638/03, Maslov v. Oostenrijk, par. 76). In concreto betekent dit dat de uitwijzende staat een groter voordeel moet hebben bij de verwijdering en de uitwijzing dan het nadeel dat betrokkene hierdoor ondervindt. 2. Verweerster heeft in haar beslissing geenszins een afdoende afweging doorgevoerd tussen enerzijds de bescherming van de openbare orde en noodzakelijkheid ervan in een democratische samenleving en anderzijds het recht op een privé en familieleven in hoofde van verzoekster en haar echtgenoot.

Verzoekster en haar echtgenoot menen dat er sprake is van een onevenwicht en wel omwille van volgende reden: Verzoekster en haar echtgenoot wonen nu al bijna 9 jaar in bij hun dochter, R.A. (...), die hen een dak boven hun hoofd biedt en in hun levensonderhoud voorziet. Verzoekster en haar echtgenoot zijn volledig afhankelijk van hun dochter. Ook maken zij ontegensprekelijk deel uit van de gezinskern van mevrouw R.A. en dienst echtgenote.

D. Schending van het zorgvuldigheidsbeginsel

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (R.v.St. arrest n° 154.954 van 14 februari 2006; R.v.St. arrest n° 167.411 van 2 februari 2007; R.v.V. arrest n° 43.735 van 25 mei 2010). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratieve overheid bij het nemen van de beslissing moet steunen op ALLE GEGEVENS van het betreffende dossier en op ALLE daarin vervatte dienstige stukken (R.v. V. arrest n° 43.735 van 25 mei 2010; R.v.V. arrest n° 28.599 van 11 juni 2009, punt 2.4.). Het zorgvuldigheidsbeginsel impliceert verder dat de beslissing

dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. 2. Hierboven werd reeds uiteengezet dat verweerster, ten onrechte geen rekening houdt met het langdurig verblijf van verzoekster en haar echtgenoot op het Belgische grondgebied, hun integratie, de ernst hun gezondheidssituatie, het feit dat zij MAROKKO nergens terecht kunnen en het feit dat zij deel uitmaken van de gezinskern van hun dochter, R.A. (...). 3. Verweerster heeft in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel nagelaten om dit alles in rekening te brengen.

E. Schending van het redelijkheidsbeginsel

1. Elke discretionaire bevoegdheid heeft de redelijkheid tot grens.

Er is sprake van een schending van het redelijkheidsbeginsel wanneer men zich tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot een dergelijke keuze is gekomen.

Met andere woorden, om het redelijkheidsbeginsel geschonden te kunnen noemen, moet men voor een beslissing staan waarvan men na lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk genomen is.

Het is de taak van Uw Raad om het oordeel van het bestuur onwettig te bevinden wanneer de administratieve beslissing tegen alle redelijkheid ingaat doordat de door het bestuur geponeerde verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (R.v.St. n° 82.301 van 20 september 1999; R.v.V. arrest n° 43.735 van 25 mei 2010; R.v.V. arrest nr. 28602 van 11 juni 2009, punt 2.3. in fine en R.v.V. arrest nr. 28599 van 11 juni 2009, punt 2.4. in fine).

Verweerster heeft in de bestreden beslissing op kennelijk onredelijk wijze geoordeeld door (de samenloop) van de omstandigheden te negeren en alsnog te besluiten tot de ongegrondheid van de aanvraag van verzoekster en de aflevering van het bevel om het grondgebied te verlaten."

VII. NIETIGVERKLARING VAN HET BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

Gelet op het voorgaande, kan niet anders worden besloten dan dat verweerster de medische regularisatieaanvragen van verzoekster en haar echtgenoot ten onrechte afwees als zijnde ongegrond, reden waarom ook het navolgende Bevel om het Grondgebied te verlaten dient te worden vernietigd."

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

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet, op grond waarvan de eerste bestreden beslissing werd genomen, luidt als volgt:

"§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde. De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België. De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft. Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag getuigschrift vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling. De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen."

Artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet houdt duidelijk twee mogelijkheden in wat betreft de ziekte van de betrokkene: de ziekte houdt een reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit in, of zij houdt een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling in door een gebrek aan

adequate behandeling in het land van herkomst. De duidelijke bewoordingen van deze bepaling, waarin de twee mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat de tweede mogelijkheid, zijnde een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst, afhankelijk is van de eerste mogelijkheid, met name een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene (RvS 28 november 2013, nr. 225.632 ; RvS 19 juni 2013, nr. 223.961).

In de eerste bestreden beslissing wordt verwezen naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 16 mei 2019 dat als basis dient voor de eerste bestreden beslissing. Dit medisch advies werd gevoegd aan deze beslissing, zodat de motieven van dit medisch advies onmiskenbaar deel uitmaken van de bestreden beslissing. In het medisch advies wordt het volgende gesteld:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. R.M. (...) In het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 12.04.2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *SMG d.d. 16/01/2019 van Dr. C.T. (...) (huisarts):*
 - *Huidige pathologie: discopathie L4-L5 en L5-S1, arteritis onderste ledematen en instabiele angor*
 - *Antecedenten: CVA, ischemisch hartlijden waarvoor 2 stents, acute pericarditis, depressie, diabetes type II, urinaire incontinentie, arteriële hypertensie (AHT), diabetische rétinopathie, poly-artrose, diabetische nefropathie en "onleesbaar myocard..."*
 - *Medicatie: Apranax, Duloxetine, Tardyferon, Insulatard, Novorapid, Emconcor, Combodart, Asaflow, Plavix, Glucophage, Losartan, Atorvastatine, Lyrica, Moxonidin en Pantomed*
- *Consultatieverslag d.d. 22/01/2019 van Dr. S.M.C. (...) (internist in opleiding) onder supervisie van Prof. B.V. (...) (internist-endocrinoloog) van de raadpleging op 07/01/2019: rookstop sinds 2004, insuline-behoevende diabetes mellitus type 2 (gediagnosticeerd in 2013, HbA1c 7,8% op 07/01/2019)) gecompliceerd met een rétinopathie, nefropathie met micro-albuminurie, sensorimotorische polyneuropathie van de onderste ledematen, ischemische cardiomyopathie, arteritis stadium 2 onderste ledematen en arteriële stenoses onderste ledematen behandeld met angioplastie in 2012 - medicatie: Insulatard, Novorapid, Glucophage, Pantomed, Asaflow, Losartan, Emconcor, Atorvastatine, Clopidogrel en Duloxetine Laboresultaten 07/01/2019: HbA1c 7,8%, normale nierfunctie en ionogram, LDL 66mg/dl, triglyceriden 87mg/dl, leverenzymen normaal, matige micro-albuminurie à 41Mg/g van de creatininurie, normaal hemogram.*

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 70-jarige man die lijdt aan:

- 1) *Diabetes mellitus type 2 (ouderdomssuikerziekte) met behoefte aan insuline en met volgende orgaanschade:*
 - Retinopathie (aandoening van het netvlies van het oog) - niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier*
 - Nefropathie met micro-albuminurie (nierbeschadiging met eiwitverlies in de urine) Sensorimotorische polyneuropathie (beschadiging van gevoels- en motorische zenuwen) in beide benen - niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier*
 - Atherosclerose:*
 - i. *Coronairlijden, waardoor ischemische cardiomyopathie (slechte werking van de hartspier door te weinig zuurstofvoorziening door dichtslibben/atherosclerose van de kransslagaders (stenting in 2012) met angorklachten (instabiele angor wordt niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier, betrokkene krijgt geen medicatie tegen angor)*
 - ii. *Arteritis stadium 2 in beide benen (etalagebenen, claudicatio intermittens = angina pectoris van de benen) ten gevolge van athérosclérose en post-angioplastie van de A. femoralis superficialis links en van de truncus tibio-peronealis en het initiële deel van de A. tibialis posterior in 2012 - niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier*
 - iii. *CVA in 2014* iv. *Arteriële hypertensie (AHT): 16/9mmHg onder medicatie* v. *Hyperlipidemie (LDL, triglyceriden) onder controle met atorvastatine*
- 2) *Gewrichtsslijtage conform de leeftijd en het overgewicht (105kg):*
 - Discopathie (beschadiging van de tussenwervelschijf) tussen lendenwervel 4 en 5 (L4L5) en tussen lendenwervel 5 en heiligbeenwervel 1 (L5S1) - (ernst) niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier*

Poly-artrose = slijtage van het kraakbeen van verschillende gewrichten, die niet verder gespecificeerd worden - niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier 3) Goedaardige prostaatvergroting (prostaalhypertrofie), af te leiden aan de medicatie die betrokkene hiervoor zou innemen volgens de huisarts, nl. dutasteride+tamsulosine (Combodart) de combinatie van een alfa-blokker en een 5-alfa-reductase-inhibitor - geen objectivering in voorliggend medisch dossier 4) Depressie - niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier

Mr. R. (...) wordt opgevolgd bij de huisarts en een internist-endocrinoloog. Zijn laatste cardiologisch nazicht dateert van februari 2018, maar hiervan wordt geen verslag voorgelegd.

Uit het voorliggend medisch dossier blijkt geen medische contra-indicatie om te reizen.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- o Acetylsalicylzuur (Asafio, Aspirine), een anti-aggregans (bloedverdunner)
- o Clopidogrel (Plavix), een anti-aggregans
- o Naproxen (Apranax), een pijnstiller van het type NSAID
- o Duloxetine (Duloxetine), een antidepressivum van het type SNRI
- o Insuline isofaan (Insulatard), een insuline met intermediaire werkingsduur, bloedsuiker verlagend Insuline aspart (NovoRapid), een ultrasnelwerkend insuline-analoog, bloedsuiker verlagend Metformine (Glucophage), een bloedsuiker verlagend middel
- o Bisoprolol (Emconcor), een bèta-blokker die het hartritme vertraagt en de bloeddruk verlaagt Moxonidine (Moxonidine), een centraal werkend antihypertensivum (bloeddruk verlagend)
- o Losartan (Losartan), een bloeddruk verlagend middel van de klasse van de saranen Atorvastatine (Atorvastatine), een cholesterol verlagend middel
- o Pantoprazole (Pantomed), een maagzuursecretieremmer Pregabaline (Lyrica), een anti-epilepticum dat gebruikt wordt bij zenuwpijnen
- o Dutasteride+tamsulosine (Combodart) de combinatie van een alfa-blokker en een 5-alfa-reductaseinhibitor gebruikt bij goedaardige prostaatvergroting om het plassen te vergemakkelijken

Ijzersulfaat (Tardyferon) wordt niet weerhouden, omdat ijzer voldoende aanwezig is in normale voeding en er in het voorliggend medisch dossier geen ijzertekort in het bloed geobjectiveerd wordt (hemogram is normaal).

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:
 - o Aanvraag Medcoi van 25/06/2018 met het unieke referentienummer BMA 11249
 - o Aanvraag Medcoi van 01/05/2018 met het unieke referentienummer BMA 11086
 - o Aanvraag Medcoi van 06/02/2019 met het unieke referentienummer BMA 12069
2. Overzicht met beschikbare medicatie voor Mr. R. (...) in Marokko volgens recente MedCOIdossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist en een internist, eventueel gesuperspecialiseerd als geriater, endocrinoloog, cardioloog en nefroloog en neuroloog beschikbaar zijn in Marokko. Acetylsalicylzuur, Clopidogrel, Duloxetine, Metformine, insuline isofaan, insuline aspart, Bisoprolol, Losartan, Atorvastatine, Pantoprazole, Pregabaline en Tamsulosine zijn beschikbaar in Marokko. De beschikbaarheid van Naproxen² werd niet nagegaan, vermits zijn analoog, Ibuprofen, beschikbaar is in Marokko.

Centraal werkende antihypertensiva, zoals Moxonidine, Methyldopa en Clonidine, zijn niet beschikbaar in Marokko. Moxonidine kan echter vervangen worden door bloeddrukverlagende therapeutische equivalenten³ die wel beschikbaar zijn in Marokko, zoals de Calciumantagonisten: Nifedipine of Amlodipine. Een ander therapeutisch equivalent om de bloeddruk te verlagen en angorklachten aan te pakken zijn de vasodilatoren nitroglycerine en/of isosorbidedinitraat, die ook beschikbaar zijn in Marokko. ACE-inhibitoren, ook beschikbaar in Marokko, worden echter beter niet geassocieerd met sartanen. Vermits Mr. Rahmani baat heeft bij Losartan voor de controle van zijn micro-albuminurie, haal ik geen ACE-inhibitoren aan als alternatief voor Moxonidine.

De beschikbaarheid van Dutasteride in Marokko werd niet nagegaan, vermits de combinatie van Dutasteride+Tamsulosine geen meerwaarde biedt ten opzichte van Tamsulosine alleen

Uit bovenstaande bronnen kan men besluiten dat de nodige medische zorgen beschikbaar zijn in Marokko.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De publieke gezondheidszorg is in Marokko heel gecentraliseerd. De staat en het Ministerie voor Gezondheid hebben een centrale rol in het implementeren van het overheidsbeleid wat betreft de volksgezondheid en de organisatie, financiering en aanbod van de gezondheidszorg. De publieke instellingen omvatten ongeveer 75% van de in het land aangeboden gezondheidszorg. Er bestaan verschillende types van gezondheidscentra die ook een brede waaier aan voorzieningen aanbieden. De basisgezondheidszorg wordt zowel in de steden als op het platteland aangeboden door Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB). Daarnaast zijn er de algemene ziekenhuizen en ondersteunende onderzoeksentra. Tenslotte zijn er vijftal universitaire ziekenhuizen.⁵ Marokko hanteert verschillende strategieën om de gezondheidszorg voor iedereen, dus ook voor de mensen die in meer ruraal gebied wonen, zo toegankelijk mogelijk te maken.⁶ De staat voorziet twee soorten van gratis gezondheidsdiensten. Ten eerste zijn de consultaties en beschikbare medicijnen in de ESSB's gratis voor alle burgers, of men nu een ziekteverzekering heeft of niet. Daarnaast zijn ook alle medische diensten aangeboden in publieke instellingen (van basiszorg tot zorg op het tertiaire niveau) gratis voor mensen aangesloten bij RAMED (zie verder). Zij moeten eerst wel op consultatie in hun referentiecentrum van waaruit ze dan worden doorverwezen.⁷ Er bestaan in Marokko twee soorten van ziekteverzekering. Er is de verplichte ziekteverzekering of Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Deze ziekteverzekering werd in 2005 geïmplementeerd en dekt werknemers en gepensioneerden van de formele sector (publiek en privaat) en hun gezin, en studenten. Het is de bedoeling dat op termijn ook zelfstandigen kunnen instappen in dit systeem. Die wet werd reeds goedgekeurd maar moet nog worden geïmplementeerd. Voor wat de terugbetaling van de medische kosten betreft, kunnen werknemers en gepensioneerden uit de publieke sector en studenten terecht bij de Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), terwijl de Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) verantwoordelijk is voor werknemers en gepensioneerden uit de private sector.⁸ Mensen aangesloten bij de AMO worden voor ongeveer 70% gedekt qua medische kosten. Toch worden de kosten van bepaalde ziekten zoals langdurige, ernstige of ziekten met bijhorende dure behandelingen, voor een groter deel gedekt. De Marokkaanse overheid stelde hiervoor een lijst op. Op deze lijst staan onder meer ook cardiovasculaire aandoeningen, waar betrokkene overigens aan lijdt. Voor CNOPS-begunstigden gaat dit van 90 tot 100% van de kosten, voor CNSS-begunstigden betreft tot 70 tot 100%.⁹ Naast AMO is er ook de Régime d'Assistance Médicale (RAMED), een ziekteverzekering die in 2012 werd geïmplementeerd en zich specifiek richt op het arme en kwetsbare deel van de bevolking. Wanneer men zich niet kan aansluiten bij AMO en moeilijk de kosten van een behandeling kan betalen, dan kan men terecht bij RAMED. RAMED dekt het aangesloten lid, zijn/haar echtgeno(o)t(e), kinderen tot 21 jaar (die geen eigen inkomen hebben, studenten tot 26 jaar), kinderen met een mentale of fysieke handicap die niet kunnen werken (los van hun leeftijd), en kinderen ouder dan 21 jaar maar die volledig afhankelijk zijn van hun ouders.¹⁰ Betrokkene lijdt onder meer aan diabetes. Marokko werkte de voorbije jaren aan informatie- en screeningcampagnes om diabetes te voorkomen en

patiënten een betere follow-up te bezorgen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie implementeerde Marokko een operationele strategie voor de bestrijding van diabetes en legde het criteria vast om patiënten te kunnen doorverwijzen van de primaire gezondheidszorg naar hogere niveaus van zorg. Marokko nam verschillende maatregelen zoals het jaarlijks organiseren van detectiecampagnes waarbij men zo'n 500.000 mensen bereikt, de gratis distributie van medicatie voor diabetici (waaronder dus ook insuline), huisartsen bijscholen over diabetes ter ondersteuning van endocrinologen, het oprichten van referentiecentra waar mensen met diabetes en hypertensie op consultatie kunnen gaan bij specialisten als endocrinologen, cardiologen en oftalmologen. Zo zijn er 23 referentiecentra waar patiënten terecht kunnen met diabetes en hypertensie, nadat ze werden doorverwezen in één van de ESSB's. Diabetes type 1 en 2 staan op de lijst van lange termijns ziekten wat met zich meebrengt dat AMO-begunstigden een grotere dekking van de medische kosten kunnen genieten. Voor CNSS-begunstigden betekent 70% van de kostprijs van medicatie, 70% van de behandeling in een privaat ziekenhuis en 90% van de behandeling in een publiek hospitaal. Voor CNOPS-leden gaat het worden de medicatie en behandeling in een publiek ziekenhuis tot 100% terugbetaald. Voor RAMED-begunstigden is de behandeling in referentiecentra gratis.

Mensen ouder dan 60 jaar kunnen aanspraak maken op een ouderdomspensioen op voorwaarde dat ze een bepaald aantal dagen via arbeid hebben bijgedragen tot het belastingsysteem.¹² Betrokkene is 70 jaar oud en verbleef tot 62-jarige leeftijd in zijn land van herkomst. Het is dus niet onwaarschijnlijk dat betrokkene in het land van herkomst heeft bijgedragen om tot dergelijk pensioen te komen. Het is overigens ook onwaarschijnlijk dat betrokkene, zoals de advocaat aanhaalt, geen enkele band meer zou hebben met het land van herkomst, een land waar hij toch bijzonder lang verbleef vooraleer naar België te komen.

Niets verhindert betrokkenen om terug te keren. Het staat betrokkenen 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 overeen Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type 2 met rétinopathie, nefropathie, sensori-motorische polyneuropathie, athérosclérose (coronairlijden en ischemische cardiomyopathie met angor, arteritis stadium 2 OL, AHT en hyperlipidemie), gewrichtsslijtage (discopathie, poly-artrose), benigne prostaathypertrofie en depressie bij Mr. R. (...) geen reëel risico inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit, noch een reëel risico 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 of het land van terugname, met name Marokko."

De verzoekende partij verwijt de verwerende partij en de ambtenaar-geneesheer bij hun beoordeling geen rekening te hebben gehouden met het feit dat zij bij haar aanvraag omstandig zou hebben aangetoond dat zij vreest dat de noodzakelijke medische zorgen voor haar in Marokko niet toegankelijk zullen zijn omdat zij deze niet kan betalen. Zij wijst erop dat noch zijzelf noch haar echtgenote een pensioen ontvangen of in staat zijn een eigen inkomen te verwerven en dat zij in Marokko omwille van hun lange afwezigheid nergens terecht kunnen. Zij verduidelijkt aan de hand van studies dat de kosten voor behandelingen en medicijnen in Marokko zeer hoog zijn en stelt dat zij noch haar echtgenote een ziekteverzekering hebben en dat zij er omwille van hun leeftijd geen meer kunnen krijgen. Verder voert zij aan dat zij worden onderhouden door hun kinderen in België, meer bepaald de dochter, bij wie zij al 9 jaar inwonen en van wie zij volledig afhankelijk zouden zijn. Zij verwijt de verwerende partij en de ambtenaar-geneesheer bij het nemen van de bestreden beslissing geen rekening te hebben gehouden met deze elementen en een onafdoende afweging te hebben gemaakt door de omstandigheden die het dossier kenmerken te negeren.

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer omtrent de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen het volgende antwoordt in het advies:

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De publieke gezondheidszorg is in Marokko heel gecentraliseerd. De staat en het Ministerie voor Gezondheid hebben een centrale rol in het implementeren van het overheidsbeleid wat betreft de volksgezondheid en de organisatie, financiering en aanbod van de gezondheidszorg. De publieke instellingen omvatten ongeveer 75% van de in het land aangeboden gezondheidszorg. Er bestaan verschillende types van gezondheidscentra die ook een brede waaier aan voorzieningen aanbieden. De basisgezondheidszorg wordt zowel in de steden als op het platteland aangeboden door Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB). Daarnaast zijn er de algemene ziekenhuizen en ondersteunende onderzoeksentra. Tenslotte zijn er vijftal universitaire ziekenhuizen.⁵ Marokko hanteert verschillende strategieën om de gezondheidszorg voor iedereen, dus ook voor de mensen die in meer ruraal gebied wonen, zo toegankelijk mogelijk te maken.⁶ De staat voorziet twee soorten van gratis gezondheidsdiensten. Ten eerste zijn de consultaties en beschikbare medicijnen in de ESSB's gratis voor alle burgers, of men nu een ziekteverzekering heeft of niet. Daarnaast zijn ook alle medische diensten aangeboden in publieke instellingen (van basiszorg tot zorg op het tertiaire niveau) gratis voor mensen aangesloten bij RAMED (zie verder). Zij moeten eerst wel op consultatie in hun referentiecentrum van waaruit ze dan worden doorverwezen.⁷ Er bestaan in Marokko twee soorten van ziekteverzekering. Er is de verplichte ziekteverzekering of Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Deze ziekteverzekering werd in 2005 geïmplementeerd en dekt werknemers en gepensioneerden van de formele sector (publiek en privaat) en hun gezin, en studenten. Het is de bedoeling dat op termijn ook zelfstandigen kunnen instappen in dit systeem. Die wet werd reeds goedgekeurd maar moet nog worden geïmplementeerd. Voor wat de terugbetaling van de medische kosten betreft, kunnen werknemers en gepensioneerden uit de publieke sector en studenten terecht bij de Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), terwijl de Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) verantwoordelijk is voor werknemers en gepensioneerden uit de private sector.⁸ Mensen aangesloten bij de AMO worden voor ongeveer 70% gedekt qua medische kosten. Toch worden de kosten van bepaalde ziekten zoals langdurige, ernstige of ziekten met bijhorende dure behandelingen, voor een groter deel gedekt. De Marokkaanse overheid stelde hiervoor een lijst op. Op deze lijst staan onder meer ook cardiovasculaire aandoeningen, waar betrokkene overigens aan lijdt. Voor CNOPS-begunstigden gaat dit van 90 tot 100% van de kosten, voor CNSS-begunstigden betreft tot 70 tot 100%.⁹ Naast AMO is er ook de Régime d'Assistance Médicale (RAMED), een ziekteverzekering die in 2012 werd geïmplementeerd en zich specifiek richt op het arme en kwetsbare deel van de bevolking. Wanneer men zich niet kan aansluiten bij AMO en moeilijk de kosten van een behandeling kan betalen, dan kan men terecht bij RAMED. RAMED dekt het aangesloten lid, zijn/haar echtgeno(o)t(e), kinderen tot 21 jaar (die geen eigen inkomen hebben, studenten tot 26 jaar), kinderen met een mentale of fysieke handicap die niet kunnen werken (los van hun leeftijd), en kinderen ouder dan 21 jaar maar die volledig afhankelijk zijn van hun ouders.¹⁰ Betrokkene lijdt onder meer aan diabetes. Marokko werkte de voorbije jaren aan informatie- en screeningcampagnes om diabetes te voorkomen en patiënten een betere follow-up te bezorgen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie implementeerde Marokko een operationele strategie voor de bestrijding van diabetes en legde het criteria vast om patiënten te kunnen doorverwijzen van de primaire gezondheidszorg naar hogere niveaus van zorg. Marokko nam verschillende maatregelen zoals het jaarlijks organiseren van detectiecampagnes waarbij men zo'n 500.000 mensen bereikt, de gratis distributie van medicatie voor

diabetici (waaronder dus ook insuline), huisartsen bijscholen over diabetes ter ondersteuning van endocrinologen, het oprichten van referentiecentra waar mensen met diabetes en hypertensie op consultatie kunnen gaan bij specialisten als endocrinologen, cardiologen en oftalmologen. Zo zijn er 23 referentiecentra waar patiënten terecht kunnen met diabetes en hypertensie, nadat ze werden doorverwezen in één van de ESSB's. Diabetes type 1 en 2 staan op de lijst van lange termijnsziekten wat met zich meebrengt dat AMO-begunstigden een grotere dekking van de medische kosten kunnen genieten. Voor CNSS-begunstigden betekent 70% van de kostprijs van medicatie, 70% van de behandeling in een privaat ziekenhuis en 90% van de behandeling in een publiek hospitaal. Voor CNOPS-leden gaat het worden de medicatie en behandeling in een publiek ziekenhuis tot 100% terugbetaald. Voor RAMED-begunstigden is de behandeling in referentiecentra gratis.

Mensen ouder dan 60 jaar kunnen aanspraak maken op een ouderdomspensioen op voorwaarde dat ze een bepaald aantal dagen via arbeid hebben bijgedragen tot het belastingsysteem.¹² Betrokkene is 70 jaar oud en verbleef tot 62-jarige leeftijd in zijn land van herkomst. Het is dus niet onwaarschijnlijk dat betrokkene in het land van herkomst heeft bijgedragen om tot dergelijk pensioen te komen. Het is overigens ook onwaarschijnlijk dat betrokkene, zoals de advocaat aanhaalt, geen enkele band meer zou hebben met het land van herkomst, een land waar hij toch bijzonder lang verbleef vooraleer naar België te komen.

Niets verhindert betrokkenen om terug te keren. Het staat betrokkenen 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 overeen Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Om na te gaan of de verwerende partij en de ambtenaar-geneesheer op kennelijk redelijke en zorgvuldige wijze, met inachtneming van alle elementen aangebracht voor het verstrekken van het advies en het nemen van de bestreden beslissing tot het besluit kwamen dat de verzoekende partij niet afdoende heeft aangetoond dat de medische behandeling voor haar in Marokko niet toegankelijk zou zijn, is het voor de Raad essentieel minstens te beschikken over de volledige door de verzoekende partij ingediende aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet en van alle aan deze aanvraag toegevoegde stukken om te kunnen beoordelen of alle door de verzoekende partij aangehaalde elementen in de aanvraag, en de onderbouwing ervan door middel van toegevoegde stavingsstukken, in rekening werden gebracht en of de grieven van de verzoekende partij terecht zijn. De Raad dient vast te stellen dat het administratief dossier, en daarnaast ook de nota met opmerkingen van de verwerende partij, slechts de eerste bladzijde van de aanvraag van 12 april 2019 bevat. Hierin wordt slechts verduidelijkt wie de verzoekende partij is en dat zij een aanvraag in toepassing van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet wil indienen “*gebaseerd op volgende overwegingen:*”, waarna de volgende bladzijde(n) ontbreken, met daarbij vermoedelijk de uiteenzetting van de redenen waarom de aanvraag wordt ingediend, een inventaris en stavingsstukken. Het valt niet uit te sluiten dat de verzoekende partij in het vervolg van haar aanvraag duiding geeft bij de problemen inzake de financiële toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling en opvolging in Marokko voor haar aandoeningen, temeer zij in haar verzoekschrift stelt de verwerende partij te verwijten met bepaalde elementen betreffende haar specifieke (familiale) situatie geen rekening te hebben gehouden. De Raad heeft er echter het raden naar wat de verzoekende partij heeft aangevoerd, of zij haar argumenten concretiseert en of zij deze heeft onderbouwd met stukken.

In ieder geval kan niet worden uitgesloten dat de verzoekende partij in de ontbrekende bladzijden van haar aanvraag concreet verduidelijkt heeft waaruit zij meent te kunnen afleiden dat haar behandeling niet toegankelijk zal zijn in Marokko.

Aldus kan niet worden nagegaan of de verwerende partij en de ambtenaar-geneesheer op kennelijk redelijke wijze de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet ontvankelijk doch ongegrond hebben verklaard, stellende dat de verzoekende partij de kosten zal kunnen dragen van de noodzakelijke medische zorgen, hierbij rekening houdend met de specifieke elementen die haar dossier kenmerken.

Bijgevolg kan niet afgeleid worden waarop de oordeelsvorming van de verwerende partij is gegrond. Evenmin kan er worden nagegaan of de administratie uit de inlichtingen waarover zij beweerde te beschikken wel de juiste conclusie getrokken heeft. Daar de administratie deze determinerende informatie niet (volledig) ter beschikking van de Raad gesteld heeft, maakt ze de wettigheidscontrole op haar beslissing onmogelijk (RvS 17 februari 1998, nr. 71.867).

Het middel is in de aangegeven mate gegrond.

Bijgevolg dient de eerste bestreden beslissing te worden vernietigd.

De Raad stelt vast dat de verwerende partij het in de voorliggende situatie klaarblijkelijk zelf nuttig en nodig heeft geacht om haar bevoegdheid tot het afleveren van een bevel om het grondgebied te verlaten slechts uit te putten nadat werd beschikt over de door de verzoekende partij ingediende verblijfsaanvraag op medische gronden. Op die manier, zo oordeelt de Raad, heeft de verwerende partij zich geconformeerd aan artikel 74/13 van de vreemdelingenwet dat oplegt dat zij bij het nemen van een beslissing tot verwijdering onder meer rekening houdt met de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land en met het gezins- en familieleven. De Raad stelt vast dat de verwerende partij door aldus te handelen erkent dat de uitkomst van deze aanvraag bepalend kan zijn voor het al dan niet afleveren van een bevel om het grondgebied te verlaten. Er kan aldus een feitelijke samenhang worden vastgesteld. Gelet op het feit dat er grond is tot de nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing, moet ook de tweede bestreden beslissing worden vernietigd.

3. 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. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

4. Kosten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissingen van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 28 mei 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 ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Artikel 3

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zeventien oktober tweeduizend negentien door:

mevr. J. CAMU,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

De griffier,

C. VAN DEN WYNGAERT

kamervoorzitter,

griffier.

De voorzitter,

J. CAMU