

Arrest

nr. 238 768 van 22 juli 2020
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. VANBESIEN
St. Guibertusplein 14
2222 ITEGEM**

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, op 19 maart 2020 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 13 januari 2020 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van diezelfde gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 13 januari 2020 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 20 mei 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 23 juni 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. WUYTS, die *loco* advocaat S. VANBESIEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. BRACKE, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 22 november 2019 dient de verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond 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).

1.2. De arts-adviseur geeft op 9 januari 2020 een medisch advies.

1.3. Op 13 januari 2020 wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf ongegrond verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, waarvan de motieven luiden als volgt:

“(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 22.11.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door

[...]

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

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor M., S. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 09.01.2019 (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).

(...)”

1.4. Op dezelfde datum wordt eveneens een bevel om het grondgebied te verlaten afgegeven. Dit is de tweede bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

“(...)

BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

De heer

[...]

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 7 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten:

*Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum.
(...)"*

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoeker voert een enig middel aan dat hij uiteenzet als volgt:

"Verzoeker meent volgende middelen te kunnen aanvoeren tegen de motivatie van de bestreden beslissing:

Niet naleving van substantiële of op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, met name de schending van artikelen 9ter, 52 en 62, le lid van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980. Schending van het KB 17/05/2007; Schending van art. 3 van de Wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen. Schending van art. 3 EVRM. Schending van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, waaronder het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel. Artikel 62, le lid van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980 schrijft voor dat de administratieve beslissingen met redenen omkleed moeten worden. Artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen bepaalt dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die ten grondslag liggen aan die beslissing en dat de gegeven motivering afdoende dient te zijn.

De bestreden beslissing stelt het volgende:

"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 M., S. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 9 januari 2019 (zie verslag in gesloten omlag 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). "

Verzoeker kan met deze argumentatie niet akkoord gaan.

Er wordt verwezen naar het volgende verslag van de arts-adviseur: "Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. M. S. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf bij onze diensten ingediend op 22.11.2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

10.10.2019 Consultatieverslag van Dr. E. V. E.: de inflammatoire ziekteactiviteit ontsnapt aan therapie met Otezla, dus stop Otezla en herstart Arava — medicatie: Arava en Dovobet.

02.07.2019 Consultatieverslag van Dr. E. V. E.: anamnestic eerder weinig beterschap qua pijn onder Otezla (Arcoxia gestopt) en Dovobet, klinisch is de psoriasis beter, maar nog steeds ziekteactiviteit op articulaire vlak (arthritis DIP beide handen), matige hypercholesterolemie: voorlopig medicatiebeleid verder. 17.04.2019 Aankoopbewijs van de apotheek voor 1 verpakking Otezla goed voor ongeveer 3 maanden behandeling à 2x 30 mg/d 11.04.2019 Consultatieverslag van de raadplegingen op 26/02 en 11/04/2019 van Dr. E. V. E.: diagnose van psoriatische arthritis sinds 2009 met start Ledertrexate en in juli 2016 associatie van Arava: in oktober 2017 switch naar Ledertrexate IM gezien gastro-intestinale intolerantie — medicatie: stop Ledertrexate + foliumzuur na 3 weken + Arava onmiddellijk en start Otezla in opstijgende dosering tot 2x 30mg/d 15.10.2019 en 11.04.2019 SMG van Dr, E. V. E.: psoriatische artrose — medicatie: Otezla, Ledertrexaat en foliumzuur.

Bespreking:

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 47-jarige man die sinds 2009 gediagnosticeerd werd met en behandeld wordt voor psoriasis arthritis.

Psoriasis arthritis is een vorm van ontstekingsreuma in de gewrichten van psoriasispatiënten. De psoriasis valt bij betrokkene vooral de kleine vingergewrichten (proximale en distale interphalangeale gewrichten = PIP en DIP) van beide handen aan. In het verleden had Mr. M. ook last in de basisgewrichten van de linker tenen 2 en 3 (MCP II en III). Als actuele medicatie weer houd ik:

- Leflunomide (Arava): onderdrukt het immuunsysteem

- Betamethason + calcipotriol (Dovobet): een corticosteroïde om het immuunsysteem te onderdrukken gecombineerd met een vitamine D-analoog

Betrokkene heeft nood aan (3-maandelijke) opvolging door een reumatoloog. In de toekomst zou hij eventueel in aanmerking komen voor anti-TNF medicatie (TNFremmers). Mr. M. kan met zijn aandoening reizen en werken.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst: Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:

- Aanvraag Medcoi van 17.04.2018 met het unieke referentienummer BMA 11051 En een overzicht met de beschikbare medicatie voor Mr. M. in Marokko volgens recente MedCOI dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een reumatoloog beschikbaar is in Marokko.

De medicatie: Leflunomide en Betamethasone is beschikbaar. De beschikbaarheid van het vitamine D-analoog, calcipotriol in Marokko werd via MedCOI niet meer nagegaan, vermits het kan vervangen worden door c(h)olecalciferol, een vitamine D-analoog dat beschikbaar is in Marokko.

In de toekomst zou het nodig kunnen zijn dat er overgegaan wordt naar een medicamenteuze behandeling met anti-TNF medicatie: adalimumab, etanercept, golimumab en infliximab zijn beschikbaar 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 waarde aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uit gevoerde 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 Soms de Santé de Base (ESSB). Daarnaast zijn er de algemene ziekenhuizen en ondersteunende onderzoekcentra. Tenslotte zijn er een vijftal universitaire ziekenhuizen.

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. 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.

Er bestaan in Marokko twee soorten van ziekteverzekering. Er is de verplichte ziekteverzekering of Assurance Maladie Obligatoire (AMD). 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. '

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. Voor CNCPS-begunstigden gaat deze dekking van 90 tot 100% van de kosten, voor CNSS-begunstigden betreft dit 70 tot 100%. °

Naast AMO is er ook de Régime d Assistance Médicale (RAMED), een ziekteverzekering die in 2012 werd geïmplementeerd en die 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. Mr. M. legt geen attest van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer, voor. Er is dus geen indicatie dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst en mits het uitvoeren van arbeid kan bijdragen tot de eventuele kosten die gepaard gaan bij het bekomen van de nodige zorgen.

Overigens is het onwaarschijnlijk dat betrokkene in Marokko, het land waar hij tenslotte meer dan 37 jaar verbleef geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben waarop hij zou kunnen terugvallen voor tijdelijke hulp/opvang bij het bekomen van de nodige zorgen.

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

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de psoriasis arthritis bij Mr. M. geen reëel risico inhoudt 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, nl. Marokko. "

Allereerst dient te worden vastgesteld dat de ernst en het bestaan van de ziekte van verzoeker wordt erkend door verwerende partij en dat er hieromtrent dan ook geen discussie bestaat.

De arts-adviseur stelt immers:

"Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 47-jarige man die sinds 2009 gediagnosticeerd werd met en behandeld wordt voor psoriasis arthritis. "

Het is duidelijk dat deze situatie nog steeds het geval is (stuk 3).

De kwestie is dus of er voldoende adequate medische zorg is in het land van herkomst, zijnde Marokko, en of deze toegankelijk is.

De arts-adviseur is van mening dat deze vraag positief dient te worden beantwoord, gezien de noodzakelijke medische zorgen volgens hem beschikbaar en toegankelijk zijn in Marokko.

1.

Eerst en vooral wenst concludant erop te wijzen dat er duidelijk sprake is van een gebrekkig ziektecontrole en ziektebeeld.

De voorbije jaren is er sprake geweest van ernstige hervallen waaruit gebleken is dat de traditionele therapieën en geneesmiddelen onvoldoende zijn. Hierdoor is concludant reeds overgeschakeld op meer experimentele medicatie en behandelingen, waarvan de efficiëntie nog niet zeker is.

Ten gevolge van de laatste onderzoeken is concludant heden overgeschakeld op "Arava". Arava is echter een experimenteel medicijn waarvan de efficiëntie nog niet zeker is én heeft daarenboven een heel hoge kostprijs:

"Conclusies:

De klinische effectiviteit van leflunomide lijkt vergelijkbaar met methotrexaat en sulfasalazine. Ook de frequentie en de ernst van bijwerkingen verschillen in de klinische studies niet veel. Wel zijn voor

"When a child comes in with meningitis, we must perform a lumbar puncture, but we can't because we don't have the equipment to do it," said a doctor who asked not to be identified by name because complaining might cost him his job. "So we try to use our instincts to guess if they're sick or not." A group of trainee doctors in the hallway were discussing a recent case of a baby with breathing problems. Lacking a respirator, all they had been able to do was rub his chest. The infant had died. "Monitors don't even work," said one of the doctors. "Once, the machine in pediatrics indicated 265" as a pulse, "which doesn't even exist — and the baby was already dead. We didn't realize he was dead right away."

(The New York Times, Morocco's Health Care System in Distress, 2013 <https://www.nytimes.com/2013/03/28/world/middleeast/fewer-than-3Q-percent-of-moroccanshave-health-insurance.html>)

"2.3 Main challenges within the Moroccan health system An analysis of the Moroccan health system identifies the following problems:

- Difficulties in accessing health care for the poorest and for rural populations with a disparity between access and demand of care for certain illnesses, in particular chronic illnesses. The level of use of health care services is, in half the cases, linked to financial support. (MoH 2007).
- Non-satisfactory management of public hospitals, which suffer from a range of inefficiencies, making them unable to compete with private hospitals. These hospitals have a certain number of problems linked to:

- o centralised management;

- o lack of autonomy;

- o lack of coordination with BHCs;

- o deficiency in managerial competence;

- o traditional management of medicines which encourages their depletion;

- o poor quality of reception and care; and o a mismatch between technical facilities and the human resources required to make them work.

- Lack of a policy to manage and develop human resources. At this level, the following issues are of note including:

- o lack of staff to tackle the increase in demand of care, voluntary departures and retirements as well as the extension in hospital infrastructure, in particular with regard to the creation of new UHCs;

- o non-transparent management approaches which cause internal social conflict linked to posting and staff movement;

- o scarce number of programmes for continuous education and training;

- o lack of fiscal advantages linked to grade, constraints, responsibility and working in certain areas;

- o employment of public sector staff by the private sector (consequence of the managed full time system (MFT)² which permits specific health care professionals to practice medicine freely) ;

- o problem of absenteeism and corruption, as well as a lack of a feeling of responsibility among some health care professionals; and o lack of social programmes as a means to motivate staff

- The absence of medicine policies in general particularly in regard to:

- o insufficient use of generic medicines; and o no benchmark for care therefore no clarity in the policy for fixing prices, charging for surgery, reimbursement of certain medicines and no freedom given to pharmacists to substitute some medicines for others.

- Lack of a partnership policy with local communities and civil society, vital factors for human development.

- Lack of a partnership policy with the private sector, which works at the fringes of the health care system without sharing in professional training and ethical training. "

(Global Health Workforce Alliance, Morocco Case Study: Health Care Environments in Morocco, 2010, 22-23,

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

"Particularly in rural communities, the extreme paucity of medical supplies and professionals renders insurance coverage useless.

Given the floundering state of many healthcare facilities and the financial disarray plaguing its first insurance scheme, the Ministry must take a pragmatic approach by prioritizing quality and equity of care."

11

(The GlobePost, Lack of Doctors Make Morocco's Health Coverage Plan Useless, 2018,

<https://theulobepost.com/2018/06/07/health-care-morocco-insurance/>)

"Public sector doctors began a 1-week strike on April 29 because of what they said were deteriorating working conditions. Hundreds of doctors clad in black vests took to the streets of Rabat to protest Health Minister Anas Doukkali's and the government's ignoring their claims.

Moulay Abdellah el-Montadar Alaoui, secretary-general of the Independent Union of Public Sector Doctors, said nearly 1,000 doctors from across Morocco had resigned, pending ministry approval.

"It's a week of ire against the government for its indifference towards our legitimate rights and demands," said Alaoui. "We are simply asking the government to fulfil our demands to improve the degrading health-care sector but it is turning a deaf ear."

(The Arab Weekly, Morocco's public health-care and education sectors facing worst crisis, 2019, <https://thearabweeklv.com/moroccos-public-health-care-and-education-sectors-facinuworst-crisis>)

"This note identifies three main issues and proposes a set of short- and longer-term policy measures for each. The publicly financed and run health care system does not meet healthcare needs of the majority of the Moroccans. Only half of the population uses health services when experiencing an illness, indicating that people who live outside big cities either cannot or will not pay for poorer quality services in rural health facilities. While in the short term limited use of healthcare services because of inability or unwillingness to pay may not significantly affect levels of morbidity and mortality resulting from non-communicable diseases, the impact is likely to grow exponentially in the next two decades. Despite recent attempts by the government to expand population coverage, improve system governance, and increase the quality of care, Morocco's health care system remains predominantly state owned and managed, yet highly fragmented. On one hand, the system is not truly pluralistic because of negligible participation of providers and consumers in system governance. On the other hand, the execution of all main healthcare functions are segmented across several government agencies, or applicable to different population segments. In addition, low and poorly allocated public outlays for health care result in inefficiencies in the allocation and use of public resources, as well as in high private out-of-pocket expenditures. If a publicly funded health insurance scheme is intended to provide universal coverage for an essential package of services, a significant restructuring of the existing institutional architecture and of the legislative and regulatory framework will be needed to make it a reality."

(World Bank Group. Kingdom of Morocco : Health Policy Note Towards a More Equitable and Sustainable Health Care System - Policy Challenges and Opportunities, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/19229>)

Zoals aangehaald is er aldus sprake van een gebrekkige gezondheidsvoorziening in Marokko daar waar verzoeker nood heeft aan gespecialiseerde zorgen.

Daarnaast blijkt dat het systeem van de gezondheidszorg in Marokko niet alleen op zich al zeer duur is, maar daarnaast ernstig is aangetast door corruptie.

"Morocco knows two healthcare systems: private and governmental, the first of which is only accessible by money and the second is often associated with decreased quality of care which may also apply to the private sector.

Experiences from people seeking health care in Morocco show everything but a humane and accessible healthcare system. Patients of governmental hospitals are required to pay for equipment such as sterile syringes or bandages.

Prescribed medications are always excessive in amount, aimed at increased turnover of the collaborating pharmacy and often not affordable by the (on average, poor) population. In a country where 41.3% of the population lives in rural areas with no fixed income or form of social security, disease and illness result in decrease of income, progressive poverty, and stress. Furthermore, corruption is common within the wards to receive attention from the nurses or get the doctor to check up on a patient.

And when care in hospitals is provided, a large proportion of the population is not capable of covering the medical costs."

Morocco World News, Examples of Morocco's continually failing health care system, 2018, <https://www.morocoworldnews.com/2018/03/241860/morocco-continually-failinsz-healthcare-system/>

Adequate health insurance is vital when travelling to Morocco. The national health service isn't always great and the few good private hospitals are expensive. You may prefer a policy that pays the medical facility directly rather than you having to pay on the spot and claim later, although in practice most Moroccan doctors and hospitals insist on payment upfront. If you have to claim later, make sure you keep all documentation. Carry proof of your insurance with you; this can be vital for avoiding any delays to treatment in emergency situations. (Lonely Planet, Health, <https://www.lonelyplanet.com/morocco/health>)

Critics charge that the system is crippled by corruption, both large and small. The Central Commission for the Prevention of Corruption, a Moroccan governmental institution, published an investigation in 2011 on corruption in the health sector. Three people out of 10 said they had resorted to bribery to receive health care.

“There is a lot of small corruption in these hospitals because doctors and nurses are not paid well, ” Dr. Naciri Bennani of the doctor 's union said. (The New York Times, Morocco's Health Care System in Distress, 2013, <https://www.nytimes.com/2013/03/28/world/middleeast/fewer-than-30-percent-of-moroccanshave-health-insurance.html>)

Het valt echter op dat, hoewel dit duidelijk aangegeven stond in de aanvraag 9ter van concludant, dat de arts-adviseur nergens ingaat op de adequaatheid van de medische voorziening in Marokko of op de toegankelijkheid hiervan in het kader van corruptie.

Niettemin is dit essentieel omdat concludant anders geen verdere medische toegang heeft tot gespecialiseerde dokters en/of medicatie wat voor hem levensbedreigend is.

Dat de noodzakelijke behandeling aldus niet beschikbaar en toegankelijk is in Marokko moge bijgevolg duidelijk zijn.

Het moge dan ook duidelijk zijn dat de beslissing van DVZ dient vernietigd te worden, wegens schending van de aangehaalde wetsartikelen, het zorgvuldigheidsbeginsel en het evenredigheidsbeginsel.

Tenslotte haalt de arts-adviseur nog eenvoudigweg aan dat verzoeker wel nog familie en vrienden in Marokko zal hebben die hem financieel zouden kunnen ondersteunen.

Deze eenvoudige redenering van de arts-adviseur is echter onbegrijpelijk.

Het is immers zo dat de ouders van verzoeker reeds geruime tijd geleden overleden zijn en dat zijn zus. de enige uit het gezin die nog overblijft, ondertussen ook overleden is in Nederland.

Verzoeker heeft dan ook geen enkele directe familie meer waarop hij enig beroep kan doen.

Verzoeker heeft dan ook geen familie of vrienden meer in Marokko die hem bekend zijn, waar hij enig contact mee heeft en die hem zouden kunnen ondersteunen.

Daarnaast is de verdere redenering dat concludant zou kunnen werken omdat hij geen attest tot arbeidsongeschiktheid heeft opgevraagd, onbegrijpelijk.

Het feit dat concludant immers lijdt aan "psoriasis arthritis" waardoor hij zijn gewrichten niet of zeer moeilijk kan plooiën, met name zijn handen en vingers, heeft natuurlijk tot gevolg dat hij hiermee onmogelijk kan werken.

Daarenboven wijst concludant erop dat indien de arts-adviseur hieromtrent enige vragen had. dat hij steeds concludant had kunnen onderzoeken teneinde zich hiervan te vergewissen of om meer informatie hieromtrent vragen, hetgeen niet gebeurd is.

Met deze gegevens is door verwerende partij onterecht geen rekening gehouden.

Het moge dan ook duidelijk zijn dat de beslissing van DVZ dient vernietigd te worden, wegens schending van de aangehaalde wetsartikelen, het zorgvuldigheidsbeginsel en het evenredigheidsbeginsel.”

2.2.1. Verzoeker voert in zijn middel onder meer de schending aan van de motiveringsplicht, zoals vervat in artikel 62 van de vreemdelingenwet en in artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, en van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. De motieven van de eerste bestreden beslissing steunen *in casu* op het advies van de arts-adviseur T.d.W. van 9 januari 2020 waarnaar in de eerste bestreden beslissing wordt verwezen en dat tezelfdertijd aan de verzoeker ter kennis werd gebracht. De motieven van het advies worden aldus verondersteld deel uit te maken van de (eerste) bestreden beslissing. Verzoeker citeert dit medisch advies zelf in zijn middel en geeft hiermee aan de motieven van de (eerste) bestreden beslissing te kennen.

Het medisch advies van 9 januari 2020 luidt als volgt:

“(…)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. M. S. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 22.11.2019. Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

10.10.2019 Consultatieverslag van Dr. E. V. E.: de inflammatoire ziekteactiviteit ontsnapt aan therapie met Otezla, dus stop Otezla en herstart Arava - medicatie: Arava en Dovobet.

02.07.2019 Consultatieverslag van Dr. E. V. E.: anamnestic eerder weinig beterschap qua pijn onder Otezla (Arcoxia gestopt) en Dovobet, klinisch is de psoriasis beter, maar nog steeds ziekteactiviteit op articulairvlak (arthritis DIP beide handen), matige hypercholesterolemie; voorlopig medicatiebeleid verder.

17.04.2019 Aankoopbewijs van de apotheek voor 1 verpakking Otezla goed voor ongeveer 3 maanden behandeling à 2x 30mg/d

11.04.2019 Consultatieverslag van de raadplegingen op 26/02 en 11/04/2019 van Dr. E. V. E.: diagnose van psoriatische artritis sinds 2009 met start Ledertrexate en in juli 2016 associatie van Arava; in oktober 2017 switch naar Ledertrexate IM gezien gastro-intestinale intolerantie - medicatie: stop Ledertrexate + foliumzuur na 3 weken + Arava onmiddellijk en start Otezla in opstijgende dosering tot 2x 30mg/d 15.10.2019 en 11.04.2019 SMG van Dr. E. V. E.: psoriatische artrose - medicatie: Otezla, Ledertrexate en foliumzuur.

Bespreking:

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 47-jarige man die sinds 2009 gediagnosticeerd werd met en behandeld wordt voor psoriasis artritis.

Psoriasis artritis is een vorm van ontstekingsreuma in de gewrichten van psoriasispatiënten'.

De psoriasis valt bij betrokkene vooral de kleine vingergewrichten (proximale en distale interphalangeale gewrichten= PIP en DIP) van beide handen aan. In het verleden had Mr. M. ook last in de basisgewrichten van de linkertenen 2 en 3 (MCP II en III).

Als actuele medicatie weerhoud ik:

*- Leflunomide (Arava): onderdrukt het immuunsysteem
- Betamethason + calcipotriol (Dovobet): een corticosteroïde om het immuunsysteem te onderdrukken gecombineerd met een vitamine D-analoog*

Betrokkene heeft nood aan (3-maandelijke) opvolging door een reumatoloog. In de toekomst zou hij eventueel in aanmerking komen voor anti-TNF medicatie (TNF-remmers).

Mr. M. kan met zijn aandoening reizen en werken.

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

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is²

- Aanvraag Medcoi van 17.04.2018 met het unieke referentienummer BMA 11051

En een overzicht met de beschikbare medicatie voor Mr. M. in Marokko volgens recente MedCOI-dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een reumatoloog beschikbaar is in Marokko.

De medicatie: Leflunomide en Betamethasone is beschikbaar. De beschikbaarheid van het vitamine D-analoog, calcipotriol in Marokko werd via MedCOI niet meer nagegaan, vermits het kan vervangen worden door (h)olecalciferol, een vitamine D-analoog dat beschikbaar is in Marokko.

In de toekomst zou het nodig kunnen zijn dat er overgegaan wordt naar een medicamenteuze behandeling met anti-TNF medicatie³: adalimumab, etanercept, golimumab en infliximab zijn beschikbaar 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 openbaarsysteem 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 onderzoekscentra. Tenslotte zijn er een vijftal universitaire ziekenhuizen.⁴ 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. 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.⁶ 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.⁷ 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. Voor CNOPS-begunstigden gaat deze dekking van 90 tot 100% van de kosten, voor CNSS-begunstigden betreft dit 70 tot 100%.⁸ Naast AMO is er ook de Régime d'Assistance Médicale (RAMED), een ziekteverzekering die in 2012 werd geïmplementeerd en die 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 eigeninkomen 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.⁹ Mr. M. legt geen attest van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer, voor. Er is dus geen indicatie dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst en mits het uitvoeren van arbeid kan bijdragen tot de eventuele kosten die gepaard gaan bij het bekomen van de nodige zorgen. Overigens is het onwaarschijnlijk dat betrokkene in Marokko, het land waar hij tenslotte meer dan 37 jaar verbleef, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben waarop hij zou kunnen terugvallen voor tijdelijke hulp/opvang bij het bekomen van de nodige zorgen. Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomen genererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extrabagage.

Conclusie: Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de psoriasis arthritis bij Mr. M. geen reëel risico inhoudt 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, nl. Marokko.
(...)"*

2.2.2. Verzoeker voert tegen deze beoordeling *in concreto* aan dat er de voorbije jaren sprake is geweest van ernstige hervallen waaruit bleek dat de traditionele therapieën en geneesmiddelen onvoldoende zijn. Hij zou zijn overgeschakeld op meer experimentele medicatie en behandelingen, waarvan de efficiëntie nog niet zeker is. Zo zou hij zijn overgeschakeld op 'Arava', een experimenteel en duur medicijn.

De ambtenaar-geneesheer zou niet zijn nagegaan welke medicatie en behandelingen door de verschillende verzekeringen zouden worden terugbetaald. Gelet op de hoge kostprijs van de medicatie diende volgens verzoeker te worden nagegaan of dat medicijn ook wordt terugbetaald door de Marokkaanse ziekteverzekering. Uit de praktijk zou blijken dat het merendeel van de Marokkanen niet verzekerd is. De ambtenaar-geneesheer zou niet naar de praktijk hebben gekeken en ook niet zijn nagegaan of de medicijnen, die levensnoodzakelijk zijn, ook geleverd en terugbetaald worden in Marokko. Een adequate en gespecialiseerde behandeling, die zich zou opdringen, zou niet beschikbaar zijn in Marokko. De gezondheidszorg in Marokko zou ook zijn aangetast door corruptie. Hierop zou niet zijn ingegaan in het advies. Verzoeker wijst erop dat zijn ouders reeds gedurende geruime tijd zijn overleden en dat zijn zus ondertussen ook is overleden in Nederland. Hij zou geen enkele familie hebben waarop hij beroep kan doen. Door de psoriasis arthritis zou hij onmogelijk kunnen werken.

Uit een lezing van het advies blijkt dat de arts-adviseur vaststelde dat verzoeker sedert 2009 gediagnosticeerd werd met en behandeld wordt voor psoriasis arthritis en als actuele medicatie leflunomide (Arava) en betamethason + calcipotriol (Dovobet) weerhield. Er werd derhalve rekening gehouden met Arava, waar verzoeker in zijn verzoekschrift naar verwijst. De arts-adviseur stelde vervolgens vast, op basis van informatie afkomstig uit de MedCOI-databank, dat Leflunomide beschikbaar is in Marokko. Verzoeker betwist die vaststelling niet, doch meent dat de ambtenaar-geneesheer diende na te gaan of die medicatie, die volgens hem zeer duur is, zal terugbetaald worden door de Marokkaanse ziekteverzekering.

Waar verzoeker aanvoert dat de medicatie zeer duur is, merkt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) op dat zelfs indien verzoeker zal moeten instaan voor bepaalde kosten inzake zijn verzorging, er in het advies op wordt gewezen dat verzoeker geen attest van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer, heeft voorgelegd. Het is niet kennelijk onredelijk dat de ambtenaar-geneesheer hieruit afleidde dat er geen indicatie is dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst en aldus kan bijdragen tot de eventuele kosten die gepaard gaan bij het bekomen van de nodige zorgen. Verzoeker herhaalt thans dat het voor hem onmogelijk is om te werken, maar laat na deze bewering te staven met concrete stukken. Integendeel zelfs, uit het medisch advies dat hij neerlegde blijkt dat verzoeker wel degelijk werkt als winkelbediende. Dat hij door zijn aandoening niet zou kunnen werken, wordt door verzoeker niet aannemelijk gemaakt.

Verzoeker betwist ook niet dat niet aantoonbaar dat hij in Marokko, het land waar hij meer dan 37 jaar heeft verbleven, geen familie of kennissen meer zou hebben op wie hij eventueel beroep kan doen voor tijdelijke hulp en opvang. Het advies van de arts-adviseur kon dan ook in alle redelijkheid rekening houden met dit element.

Met betrekking tot de ziekteverzekering wordt in het advies uiteengezet wat 'AMO' en 'RAMED' inhouden. Zo wordt erop gewezen dat de verplichte ziekteverzekering, 'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)', in 2005 geïmplementeerd werd en dat deze werknemers en gepensioneerden van de formele sector (publiek en privaat), hun gezin en studenten dekt. De ambtenaar-geneesheer legde uit dat, voor wat de terugbetaling van de medische kosten betreft, werknemers en gepensioneerden uit de publieke sector en studenten terecht kunnen bij de 'Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS)', terwijl de 'Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)' verantwoordelijk is voor de werknemers en gepensioneerden uit de private sector. Verder werd erop gewezen dat mensen, aangesloten bij de AMO, voor ongeveer 70% gedekt worden *qua* medische kosten en dat de kosten van bepaalde ziekten, zoals langdurige, ernstige of ziekten met bijhorende dure behandelingen, voor een groter deel gedekt worden. Zo preciseerde verzoeker dat de Marokkaanse overheid hiervoor een lijst opstelde en dat voor CNOPS-begunstigden deze dekking van 90 tot 100% van de kosten gaat en voor CNSS-begunstigden dit 70 tot 100% betreft. De arts-adviseur vervolgde dat, naast AMO, de 'Régime

d'Assistance Médicale (RAMED)', een ziekteverzekering die in 2012 werd geïmplementeerd en die zich specifiek richt op het arme en kwetsbare deel van de bevolking, bestaat. De arts-adviseur specificieerde hierbij dat wanneer men zich niet kan aansluiten bij AMO en men moeilijk de kosten van een behandeling kan betalen, men terecht kan bij RAMED. Verzoeker maakt niet aannemelijk waarom hij niet terecht zou kunnen bij één van die twee ziekteverzekeringen.

Verzoeker toont niet aan om welke reden de arts-adviseur verder had moeten ingaan op de in het verzoekschrift aangehaalde corruptie in Marokko, nu uit de door hem geraadpleegde gezaghebbende bronnen is gebleken dat de verzorging er beschikbaar en toegankelijk is.

Een schending van de artikelen 9^{ter}, 52 en 62 van de vreemdelingenwet, van het koninklijk besluit van 17 mei 2007, van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel wordt niet aannemelijk gemaakt.

Het enig middel is niet gegrond.

3. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

De vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring worden verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op tweeëntwintig juli tweeduizend twintig door:

dhr. C. VERHAERT,	wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,
dhr. K. VERKIMPEN,	griffier.

De griffier,	De voorzitter,
--------------	----------------

K. VERKIMPEN

C. VERHAERT