

Arrest

nr. 264 781 van 2 december 2021
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. LOOS
Rotterdamstraat 53
2060 ANTWERPEN

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie.

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, op 29 juli 2021 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 9 juni 2021 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, ongegrond verklaard wordt.

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 nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 7 oktober 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 oktober 2021.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die *loco* advocaat B. LOOS verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat M. DUBOIS, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

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

Op 30 januari 2017 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard.

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

Op 9 maart 2018 beslist de gemachtigde opnieuw dat de voornoemde medische verblijfsaanvraag ongegrond is. Tevens beslist hij op 9 maart 2018 tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Deze beide beslissingen werden door de Raad vernietigd bij arrest nr. 210 348 van 28 september 2018.

Op 11 februari 2019 beslist de gemachtigde van de bevoegde minister opnieuw de medische verblijfsaanvraag van 16 juli 2016 ongegrond te verklaren. De Raad vernietigt deze beslissing op 29 juli 2019 bij arrest nr. 224 352. Het bevel om het grondgebied te verlaten van 11 februari 2019 wordt eveneens op 29 juli 2019 vernietigd, namelijk bij arrest nr. 224 353.

Op 9 juni 2021, met kennisgeving op 1 juli 2021, wordt de aanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet opnieuw ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, waarvan de motieven luiden als volgt:

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

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

nationaliteit: Marokko

geboren te Oujda op (...).1970

adres: (...)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, 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 werden medische redenen ingeroepen voor E.A.M. (...) , die echter niet werden weerhouden (zie verslag arts-adviseur dd 27.5.2021 onder gesloten omslag)

Derhalve

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

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.

Wij herinneren eraan dat de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken enkel een advies dient te geven over de medische aspecten, gestaafd door een medisch attest (zie in dit verband het Arrest RvS 246385 van 12.12.2019).

Bijgevolg kan in het kader van dit advies geen rekening worden gehouden met gelijk welke interpretatie, extrapolatie of andere verklaring van de verzoeker, zijn raadsman of elke andere persoon buiten de medische wereld betreffende de medische situatie (ziekte, evolutie, mogelijke complicaties...) van de zieke persoon.

We herinneren eraan dat artikel 9ter bepaalt dat "de vreemdeling samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen overmaakt aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft". Het is derhalve aan de aanvragers om elk document dat zij van plan zijn neer te leggen, rechtstreeks aan de Dienst

Vreemdelingenzaken toe te zenden, als onderdeel van hun 9ter-aanvraag. Onze administratie is immers "niet verplicht de aanvraag van de verzoeker aan te vullen met stukken die binnen andere procedures zijn ingediend of die als bijlage bij een beroep zijn gevoegd " (RVV n°203976 van 18/05/2018).

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

Eveneens op 9 juni 2021 wordt aan de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten uitgereikt. Het beroep tegen deze beslissing is gekend onder rolnummer 264 575.

2. Over de rechtspleging

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

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een enig middel voert de verzoekende partij onder meer de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Zij betoogt:

"1. Vooraf: het juridische kader:

(...)

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

2.1. Verwerende partij nam reeds drie maal eerder de beslissing waarbij de aanvraag van verzoeker op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard.

Deze beslissingen werden telkens door Uw Raad vernietigd.

In arrest nr. 196 806 oordeelde Uw Raad dat er sprake is van een onzorgvuldige feitenvinding inzake de financiële toegankelijkheid via het RAMED-systeem.

In arrest nr. 210 348 oordeelde Uw Raad dat de financiële toegankelijkheid tot de benodigde medische zorgen nog steeds niet zorgvuldig werden onderzocht.

In arrest nr. 224 352 oordeelde Uw Raad een derde maal dat de financiële toegankelijkheid tot de benodigde medische zorgen nog steeds niet zorgvuldig werden onderzocht.

Naar aanleiding van dit laatste arrest paste de arts-adviseur het medisch advies lichtjes aan, zonder eventueel de kern van het probleem aan te pakken.

Nog steeds wordt niet aangetoond dat de nodige medische zorgen financieel toegankelijk zijn voor verzoeker.

2.2. Vooraf dient er op het gezag van gewijsde te worden gewezen van de drie voorgaande arresten van Uw Raad in verzoekers dossier. In het meeste recente arrest nr. 224 352 verwoordde Uw Raad dit als volgt:

"In het kader van een medische verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet moet worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong en dit onderzoek dient geval per geval rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (Parl.St. Kamer, 2005-2006, doe. nr. 51-2478/01, 35 en doe. nr. 51-2478/08, 9). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Dit redelijkheids criterium dient in de voorliggende zaak echter enigszins strenger te worden opgevat omdat de verwerende partij en de door haar aangestelde ambtenaar-geneesheer gehouden zijn het gezag van gewijsde van de arresten met nr. 196 809 van 18 december 2017 en nr. 210 348 van 28 september 2018 te respecteren. In deze arresten heeft de Raad immers eerdere beslissingen tot ongegrondheid van de voorliggende medische verblijfsaanvraag vernietigd, waarbij welbepaalde onzorgvuldigheden in de feitenvinding werden vast gesteld. De Raad benadrukt dat het gezag van gewijsde van voormelde arresten zich uitstrekt tot de onverbreekelijk met het dictum verbonden motieven, waarbij uitspraak wordt

gedaan over de tijdens het rechtsgeding betwiste rechtspunten waarover de partijen tegenspraak hebben kunnen voeren (cf. RvS 14 januari 2016, nr. 233.464). ”

2.3. De argumentatie van verzoeker in het kader van de vorige drie beroepsprocedures bij Uw Raad (tegen de negatieve beslissing van 20 juli 2017, 9 maart 2018 én 11 februari 2019) blijft integraal overeind.

Verzoeker voerde in zijn tweede beroepsprocedure bij Uw Raad tegen de beslissing dd. 9 maart 2018 (waarbij Uw Raad in arrest nr. 210 348 de negatieve beslissing vernietigde) de volgende argumenten aan:

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

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

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

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

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

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

“De nieuwe tekst voorziet onder meer de verhoging van de pensioenleeftijd naar 61 jaar in 2017, 62jaar in 2018 en uiteindelijk 63 jaar in 2019. ” ([..]).

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

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

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

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

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

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

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

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

De verzoekende partij kan worden gevolgd nu de ambtenaar-geneesheer zich beperkt tot een simpele affirmatie zonder enige analyse voor de verzoekende partij in concreto, namelijk dat zij onmogelijk

voorafgaand aan de vraag om hulp via AMO 54 dagen zal gewerkt hebben in een periode van 6 maand bij een terugkeer (Arrest RvV nr 196 809 van 18 december 2017)

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

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

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

Ook hierbij dienen er echter serieuze kanttekeningen geplaatst te worden.

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

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

In de bestreden beslissing stelt de arts-adviseur dat verzoeker een beroep kan doen op RAMED, dat ook de kosten voor medicatie dekt. Dit is echter te kort door de bocht.

De medicamenteuze behandeling van verzoeker wordt niet gedekt door RAMED.

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

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

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

"Niet veel van de medicatie van meneer blijkt beschikbaar in Marokko, enkel: Risperdal 2 mg: 570 DH Humalog mix 25: 508 Dh (contient 5 cartouches)

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

Heb bijkomende info gevraagd (ook naar programma 's voor diabetici maar zou me verbazen), mocht ik nog interessante info krijgen stuur ik het je zeker door. " (zie [...])

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Besluit

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

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

“Bovendien blijkt uit de rechtspraak van het EHRM dat het onderzoek naar een mogelijke schending van artikel 3 EVRM meer betreft dat een louter beantwoorden van de vraag of het voor betrokkene, gezien zijn huidige gezondheidstoestand, fysiek mogelijk is om te reizen of de vraag of de verwijdering een reëel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van de betrokkene. Het Hof heeft oog voor alle omstandigheden die een aanhangige zaak betreffen, en dus ook voor de algemene omstandigheden in het land van herkomst alsook de persoonlijke situatie van een vreemdeling in dat land van herkomst. Het is immers mogelijk dat factoren en omstandigheden, die op zichzelf genomen geen aanleiding geven tot een schending van artikel 3 EVRM, in hun combinatie wel aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 EVRM. Aldus motiveert het Hof in haar arresten, zelfs als reeds is vastgesteld dat de ziekte van betrokken vreemdeling heden zich niet in een kritiek of vergevorderd stadium bevindt, ook verder met betrekking tot de eventuele beschikbaarheid van een medische behandeling in het land van herkomst, en in mindere mate de toegankelijkheid ervan, alsook met betrekking tot de eventuele aanwezigheid van een sociale en familiale opvang in het land van herkomst, indien dit vereist is en indien hierover gegevens bekend zijn.” (RvV 14 februari 2013, nr. 97.196.)

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

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

Verzoeker kan deze kosten niet zelf dragen.

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

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

Verzoeker heeft geen contact meer met zijn familie in Marokko (zie [..]), en is compleet arbeidsongeschikt. Doordat hij een waslijst aan medicijnen dient te nemen op een dagelijkse basis, loopt de kostprijs van zijn behandeling hoog op. Zijn behandelende arts geeft aan dat deze behandeling nog voor onbepaalde duur voortgezet moet worden. Dit is voor verzoeker financieel gezien onmogelijk. Door deze financiële barrières zijn de weinige zorgen die in Marokko bestaan ontoegankelijk voor verzoeker. “ Om al deze redenen vindt verzoeker dat de bestreden beslissing niet op afdoende en zorgvuldige wijze gemotiveerd is en bovenstaande wettelijke bepalingen schendt.”

2.4. De bovenstaande kritiek blijft onveranderd van kracht. Verwerende partij maakt zich schuldig aan dezelfde fouten als bij het nemen van de drie eerdere negatieve beslissingen, en slaagt er nog steeds niet in om de financiële toegankelijkheid van de nodige zorgen aan te tonen.

Daarenboven houdt de bestreden beslissing een miskenning in van het gezag van gewijsde van zowel RvV arrest nr. 196 806, RvV arrest nr. 210 348 als RvV arrest nr. 224 352, zoals hierna zal blijken.

Verwerende partij verwijst in de bestreden beslissing wederom naar de twee systemen van gezondheidszorg die in Marokko bestaan, namelijk AMO en RAMED. Beide systemen worden hierna apart bekeken. Voorts neemt verwerende partij argumenten op omtrent de arbeidsongeschiktheid van verzoeker, verwijst ze naar hulp van familie, vrienden of kennissen en het IOM.

Deze aspecten van de bestreden beslissing worden hierna afzonderlijk bekeken, waarbij telkens zal worden verwezen naar de relevante passages in RvV arrest nr. 210 348 van 28 september 2018 én RvV arrest nr. 224 352 van 29 juli 2019, aangezien Uw Raad zich al eerder over deze zaken heeft uitgesproken.

Vooreerst wordt er echter stilgestaan bij de basisgezondheidszorg die aangeboden wordt door de Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB), aangezien verwerende partij hiernaar voor de eerste maal verwijst.

2.4.1. De arts-geneesheer stelt het volgende omtrent de ESSB in de bestreden beslissing:

“De basisgezondheidszorg wordt zowel in de steden als op het platteland aangeboden door Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB). [..]

De staat voorziet in twee soorten 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. ”

En

“Tevens zijn er basisgezondheidszorginstellingen in stedelijke en landelijke gebieden (ESSB 's o f Etablissements de Soins de Santé de Base), die gratis gezondheidsdiensten aanbieden: zowel consultaties en medicijnen zijn bij deze basisgezondheidszorginstellingen gratis voor alle burgers, ongeacht hun verzekeringsstatus. P21-28

Deze laatste bevindingen bevestigen aldus dat zowel de zorgen als medicatie gratis kunnen verstrekt worden zonder hospitalisatie. ”

Deze conclusie van verwerende partij, namelijk dat zowel de zorgen als medicatie gratis kunnen worden verstrekt in ESSB's, blijkt echter niet uit de bronnen in het administratief dossier.

Nergens blijkt om te beginnen dat verzoeker alle nodige zorgen én medicatie gratis kan verkrijgen in een ESSB.

Zoals de arts-geneesheer zelf aangeeft, is ‘de beschikbare’ medicatie gratis. Nergens blijkt echter welke medicatie men juist kan verkrijgen in een basisgezondheidscentrum.

De bron van verwerende partij spreekt zelf ook over de ‘beschikbare medicatie’ die gratis is:

“Consultations and medicines available at the Basic Healthcare Facilities (ESSBs or Etablissement de Soins de Santé de Base) are free for all citizens no matter their insurance status. ”

(p. 28 Country Fact Sheet. Access to Healthcare .Morocco)

Verder dient er benadrukt te worden dat een ESSB een basisgezondheidscentrum vormt, dat bestaat naast de gewone ziekenhuizen, ondersteunende onderzoekscentra en de universitaire ziekenhuizen (zie bestreden beslissing). Hoewel de nodige informatie ontbreekt, mag er aangenomen worden dat in een ESSB oftewel tazzs'sgezondheidscentrum enkel fo/sAgezondheidszorg wordt verschaft.

Het is hoogst twijfelachtig of verzoeker kan geholpen worden in een ESSB.

Ter herinnering, verzoeker heeft nood aan de volgende medicatie (hetgeen ook de arts-geneesheer niet betwist) ter behandeling van de diabetes Type II en de psychische problemen:

Insuline Lispro;

- *Insuline degludec;*
- *Empagliflozine;*
- *Meformine;*
- *Cetirizine;*
- *Aripiprazol;*
- *Pregabaline;*
- *Pantoprazol;*
- *Simvastatine;*
- *Ramipril.*

Verder dient verzoeker opgevolgd te worden door een uroloog, internist/endocrinoloog en een psychiater.

Nergens blijkt dat àl deze medicatie en opvolging beschikbaar is in de basisgezondheidscentra (ESSB's). Gezien het grote aantal verschillende medicijnen, zowel voor de diabetes Type II als de cocktail van antipsychotica en antidepressiva, is het uiterst twijfelachtig of deze allen voorhanden zijn in de basisgezondheidscentra.

Daarbij komt dan nog dat een uroloog, internist/endocrinoloog en psychiater specialisten zijn. De zorgen die deze specialisten verschaffen, vallen geenszins onder de noemer ‘te/sgezondheidszorg’, waardoor we mogen aannemen dat ze niet gratis consulteerbaar zijn in een ESSB.

Wanneer we tot slot kijken naar de bron waarnaar verwerende partij verwijst, nl. p. 21 en 28 van de ‘Country Fact Sheet. Access to Healthcare:Morocco’, blijkt dat er effectief gratis medicatie kan worden verkregen in de ESSB's, maar dat er ernstige problemen zijn met betrekking tot de beschikbaarheid van medicatie:

“Medicines in the public sector

According to the CESE, the system of conservation and distribution of medicines in the public sector is not efficient due to many issues of storage, conservation, expired medicines, late deliveries and frequent shortages. 32 In the ESSBs, the CESE notes that the medicines are free but that their number is not

sufficient, the management of their stocks not optimal, the deliveries are not frequent and consequently the shortages frequent. " (p. 21)

In de publieke sector (waaronder de ESSB's vallen) is het systeem van bewaring en distributie van medicatie niet efficiënt omwille van vele problemen met betrekking tot de opslag, de bewaring, late leveringen, vervallen medicatie en frequente tekorten aan medicijnen. In de ESSB's is het aantal medicijnen dat beschikbaar is, niet voldoende. Het beheer van de voorraden is niet optimaal en de leveringen zijn niet frequent. Als een gevolg van dit alles zijn er bijgevolg frequent tekorten aan medicijnen.

Op basis van deze landeninformatie kan men onmogelijk concluderen dat alle nodige zorgen én medicatie gratis beschikbaar is voor verzoeker in de ESSB's. Uit de bron van verwerende partij blijkt net dat dit niet het geval is, en er frequent tekorten aan medicatie zijn in de basisgezondheidscentra. Doordat verzoeker maar liefst 10 verschillende medicijnen dient in te nemen, en dient opgevolgd te worden door drie verschillende specialisten (die geen basisgezondheidszorg verschaffen), zal de nodige zorg voor hem niet beschikbaar en toegankelijk zijn in de basisgezondheidscentra.

2.4.2. Verwerende partij verwijst verder nogmaals naar het AMO systeem. De motivering van de bestreden beslissing op dit punt komt niet tegemoet aan de kritiek van Uw Raad in RvV arrest nr. 210 348:

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

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

Het gezag van gewijsde van RvV arresten nr. 196 809, nr. 210 348 én nr. 224 352 werd op dit punt geschonden. Het laatste arrest Uw Raad, nr. 224 352 van 29 juli 2019, stelt hierover het volgende:

"Zoals de verzoekende partij terecht opmerkt, hult de ambtenaar-geneesheer zich in zijn nieuw medisch advies van 14 januari 2019 - net als in het advies van 6 maart 2018 dat leidde tot de vorige ongegrondheidsbeslissing - in stilzwijgen omtrent de voorwaarde dat werknemers 54 dagen van geleverde bijdrage in een periode van 6 maanden, voorafgaand aan de ziekte, moeten kunnen aantonen vooraleer ze in aanmerking komen voor de financiële steun van de AMO. De ambtenaargeneesheer beperkt zich tot de loutere affirmatie dat het AMO-systeem een verplichte verzekering is die werknemers, zelfstandigen en gepensioneerden uit de publieke en private sector dekt, alsook studenten. Bovendien stelt de ambtenaar-geneesheer zelf dat het project "tot op heden (...) nog niet in de volledige opzet (is) geslaagd", dat er reeds dekking is voor werknemers en studenten, en dat het percentage van terugbetaling voor personen die onder het AMO-systeem vallen varieert tussen de 70 en 100 procent.

Enig concreet onderzoek of de verzoekende partij zelf - die niet terugkeert naar Marokko als werknemer of student - of haar specifieke aandoeningen hiervoor überhaupt in aanmerking komen, ontbreekt. Bovendien wordt ook met deze vage motivering niet onderzocht of de verzoekende partij feitelijk in de mogelijkheid zal zijn om, bij haar terugkeer naar Marokko, de nodige 54 dagen bijdrage te leveren teneinde in aanmerking te komen voor financiële steun op basis van het AMO-systeem.

De Raad stelt dan ook vast dat de ambtenaar-geneesheer wederom heeft nagelaten om enige concrete analyse door te voeren omtrent de specifieke situatie van de verzoekende partij, met name of zij gelet op de verplichting om 54 dagen voorafgaand aan de vraag om hulp gewerkt te hebben in een periode van 6 maanden om in aanmerking te komen voor financiële tegemoetkoming via AMO. Deze gebrekkige feitenvinding houdt niet enkel een miskennen in van de zorgvuldigheidsplicht in het raam van artikel 9ler, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, maar zij houdt ook een miskennen in van het gezag van

gewijsde van 's Raads arresten met nr. 196 809 van 18 december 2017 en nr. 210 348 van 28 september 2018. " (eigen markering)

Ook nu ontbreekt nog steeds enige concrete analyse omtrent verzoekers specifieke situatie, meerbepaald de voorwaarde dat men 54 dagen dient te werken in een periode van 6 maanden vooraleer men in aanmerking kan komen voor de financiële steun van de AMO. Verwerende partij neemt hierover nog steeds geen argumenten op in de bestreden beslissing.

Daarenboven maakt deze voorwaarde om in te stappen in de AMO dat de continuïteit van de behandeling van verzoeker niet gegarandeerd kan worden. Zelfs indien hij medisch gezien in de mogelijkheid zou zijn om te werken (quod non), zou verzoeker immers pas ten vroegste 6 maanden na terugkeer steun van de AMO kunnen krijgen. Hierdoor komt er een onderbreking in de noodzakelijke medische behandelingen van verzoeker, met alle gevolgen van dien.

2.4.3. Ook wat betreft de RAMED, schiet de motivering en het onderzoek van verwerende partij voor een vierde maal tekort.

3.4.3.1. Nog steeds blijkt niet of de medicamenteuze behandeling voor verzoekers ernstige psychologische problemen gedekt wordt door het RAMED-systeem wanneer verzoeker niet opgenomen is in een ziekenhuis.

Uw Raad oordeelde hierover op 28 september 2018 in arrest nr. 210 348 als volgt:

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

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

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

Het meest recente arrest van Uw Raad met nr. 224 352 van 29 juli 2019, stelt hierover het volgende:

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

geneesheer enkel verwijst in voetnoot 9 met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen voor de behandeling van diabetes, blijkt dan weer dat - zoals de verzoekende partij terecht opmerkt - de kritiek van de verzoekende partij en de Raad met betrekking tot het RAMED-systeem nog steeds van kracht is. Immers wordt in dit zeer recente document aangegeven dat de kosten van medicatie enkel worden gedekt als de patiënt in een ziekenhuis verblijft, en niet in het geval van de verzoekende partij, die nood heeft aan een ambulante behandeling waarbij zij dus niet in een ziekenhuis verblijft, maar wel dagelijks een groot aantal medicijnen dient in te nemen ter behandeling van onder meer haar psychische aandoening. Bovendien blijkt uit dit document dat er zich in de praktijk zelfs problemen voordoen met betrekking tot de toegankelijkheid van medicatie zelfs als men in een ziekenhuis verblijft, omwille van onderfinanciering en de hoge druk op het systeem omwille van het hoge aantal personen dat er gebruik van maakt. Een rapport van 2017, vermeld in dit BDA-document, toont aan dat een groot aantal van de patiënten de kosten van medicatie zelf moet dragen.

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

Verwerende partij verwijst naar de artikelen 121, 122 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65- 00 van 3 oktober 2002 'portant Code de la couverture médicale de base'.

Artikel 123' van deze wet bepaalt dat de 'volledige of gedeeltelijke dekking van de in artikel 121 bedoelde prestaties mag alleen worden verleend voor ziekten en letsels waarvoor ziekenhuisopname, behandeling of onderzoek in openbare ziekenhuizen, openbare gezondheidsinstellingen en gezondheidsdiensten onder het gezag van de staat noodzakelijk is', [vrije vertaling]

Artikel 121 van de Marokkaanse wet nr. 65-00 beschrijft welke prestaties gedekt worden door RAMED, waaronder "médicaments et produits pharmaceutiques administrés pendant les soins " oftewel 'medicijnen en farmaceutische producten die tijdens de behandeling worden toegediend', [vrije vertaling] Verwerende partij concludeert hieruit het volgende:

"Er kan dus niet gesteld worden dat enkel zorgen worden terugbetaald bij hospitalisatie van de patiënt: uit de tekst van het hierboven vermelde artikel 123 blijkt dat ook de zorgen worden terugbetaald die worden verstrekt in publieke hospitalen, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Men kan dus een gespecialiseerde arts raadplegen tewerkgesteld in een publiek hospitaal zonder dat hospitalisatie vereist is. "

Hierbij moeten echter een aantal kanttekeningen gemaakt worden: 3.4.3.2. Om te beginnen blijkt uit de motieven van de bestreden beslissing nog steeds niet of de kosten van verzoekers medicamenteuze behandeling (waarbij hij 10 verschillende medicijnen dient te nemen) worden gedekt door RAMED.

Verwerende partij concludeert zelf dat 'men dus een gespecialiseerde arts [kan] raadplegen tewerkgesteld in een publiek hospitaal zonder dat hospitalisatie vereist is', maar rept met geen woord over de vereiste medicamenteuze, ambulante behandeling. De bestreden beslissing verschaft hierover geen duidelijkheid.

Ook de Marokkaanse Wet nr. 65-00 van 3 oktober 2002, waarop de argumentatie van verwerende partij is gebouwd, biedt geen duidelijkheid.

Artikel 121 van deze wet stelt weliswaar dat medicijnen en farmaceutische producten onder de dekking van de ziekteverzekering RAMED vallen, maar voegt daar aan toe dat het moet gaan om medicijnen en farmaceutische producten die tijdens de behandeling worden toegediend. Het is niet duidelijk of het hierbij de behandeling in het ziekenhuis gedurende de hospitalisatie wordt bedoeld, of dat ook ambulante behandeling (waarbij geen hospitalisatie nodig is) hierbij inbegrepen is.

Ook artikel 123 biedt hierover geen uitsluit, en verduidelijkt niet of verzoekers medicamenteuze ambulante behandeling gedekt wordt door deze ziekteverzekering. Kan verzoeker zijn benodigde dagelijkse medicatiecocktail gratis verkrijgen in publieke hospitalen, openbare gezondheidsinstellingen of bij gezondheidsdiensten van de staat terwijl hij een ambulante behandeling volgt, of gaat het enkel om de medicatie die men krijgt tijdens een residentiële behandeling? Kan verzoeker bij een raadpleging van een gespecialiseerde arts of psychiater ineens gratis medicatie meenemen voor de komende maanden, tot zijn volgende consultatie met deze specialist? Dit valt ten sterkste te betwijfelen, en blijkt geenszins uit de informatie in de bestreden beslissing.

3.4.3.3. Indien we vervolgens kijken naar de bron waarop het advies van de arts-adviseur is gebaseerd, namelijk de 'Country Fact Sheet. Access to Healthcare:Morocco 2019, blijkt dat verzoekers ambulante medicamenteuze behandeling niet valt onder de dekking van RAMED.

Vooreerst dient opgemerkt te worden dat dit rapport gepubliceerd werd in het jaar 2019, maar gebaseerd is op informatie die werd verzameld tussen 01/06/2018 en 30/11/2018.

Verder werd dit rapport opgesteld door verwerende partij. De arts-adviseur baseerde het advies op één enkele bron, namelijk de 'Country Fact Sheet: Morocco', hetgeen integraal werd opgesteld door de Belgische overheid. Verwerende partij gebruikte zichzelf als bron. Daarom is het extra van belang om te kijken naar de bronnen waarop deze Country Fact Sheet is gebaseerd.

De Country Fact Sheet stelt het volgende omtrent RAMED:

"Beneficiaries of the RAMED receive free primary, secondary and tertiary care services at public hospitals on the condition that they first consult in their reference health centre (mentioned on their RAMED card) from where they can be referred to a more specialised public hospital. [...]" (p. 34)

"Medical services covered by the RAMED regime in public facilities are:

- Drugs and pharmaceuticals products given during treatment [...]" (p. 35)

Met betrekking tot de kosten van de medicatie, stelt de Country Fact Sheet het volgende:

"Access to this package is free for RAMED beneficiaries who consult in a public facility. It should be noted that medicines are free of charge only if administered during treatment (whether outpatient or inpatient) in a public facility. Otherwise they are not reimbursed and RAMED beneficiaries must buy them at the pharmacy. This is one of the major sources of dissatisfaction among RAMED beneficiaries." (p. 36 - eigen markering)

Hier geeft verwerende partij, de auteur van dit rapport, aan dat ook outpatients in aanmerking komen voor gratis medicatie. Verzoekers medicamenteuze behandeling zou dus gedekt kunnen worden door RAMED.

Indien we echter kijken naar de bron van deze stelling, blijkt een heel ander en zelfs tegenovergesteld beeld.

De Country Fact Sheet: Morocco verwijst in voetnoot 84 naar 'Vie éco (La), Les bénéficiaires du RAMED déplorent la non-prise en charge totale des dépenses de médicaments (Beneficiaries of the RAMED regret that the cost of medicines is not fully supported), 26 January 2016 (<http://lavieeco.com/news/economie/les-beneficiaires-du-ramed-deplorent-la-non-prise-en-charge-totale-des-depenses-de-medicaments-htmiy>).

Deze bron, met als titel 'RAMED begunstigden betreuren het feit dat de kosten voor geneesmiddelen niet volledig gedekt worden', geeft net aan dat RAMED enkel geneesmiddelen dekt voor gebruik in het ziekenhuis, en dat ambulante behandelingen betaald moeten worden door de patiënten.

De subtitel van deze bron luidt immers als volgt: 'Me régime ne couvre que les médicaments à usage hospitalier, l'ambulatoire est supporté par les patients.' [Het plan heeft alleen betrekking op geneesmiddelen voor gebruik in het ziekenhuis; de ambulante behandeling is voor rekening van de patiënten - vrije vertaling]

Deze bron waarop de Country Fact Sheet zich baseert, verduidelijkt verder hoe het komt dat ambulante medicamenteuze behandelingen niet gedekt wordt door RAMED, gezien artikel 121 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65-00, waarnaar ook de arts-adviseur verwijst:

« La question est maintenant de savoir si l'achat des médicaments par les patients couverts par le Ramed n'est pas incompatible avec le principe de base du régime qui est d'assurer une prise en charge totale de ses bénéficiaires. L'Agence nationale de Vassurance maladie (ANAM) rappelle que l'article 121 de la loi 65-00 régissant le régime de la couverture médicale de base précise que parmi les prestations garanties par le régime figurent les médicaments et produits administrés pendant les soins dans les hôpitaux. Par conséquent, en dehors de l'hospitalisation, les patients doivent acheter leurs médicaments nécessaires aux soins ambulatoires. Et l'Agence de régulation de citer l'article 123 de la loi 65-00 qui souligne que «la prise en charge totale ou partielle ne peut intervenir que pour les maladies et blessures nécessitant une hospitalisation, des soins ou des examens pratiqués dans les hôpitaux, établissements publics de santé et services de santé relevant de l'Etat». Il est clairement établi que l'hôpital ne fournit que les produits à usage hospitalier. Mais là encore, les structures publiques de santé sont défaillantes car, selon l'étude, 20% des médicaments nécessaires en cas d'hospitalisation ne sont pas disponibles ! »

Vrije vertaling : De vraag is nu of de aankoop van geneesmiddelen door patiënten die onder de Ramed vallen niet onverenigbaar is met het basisprincipe van de regeling, namelijk het garanderen van een volledige dekking van de begunstigden. Het nationale ziekteverzekeringsagentschap (ANAM) wijst erop dat artikel 121 van wet nr. 65-00 betreffende de medische basisdekking bepaalt dat de uitkeringen die onder het stelsel vallen, geneesmiddelen en producten omvatten die tijdens de behandeling in een ziekenhuis worden toegediend. Daarom moeten patiënten buiten het ziekenhuis hun medicijnen die nodig zijn voor ambulante zorg aanschaffen. En de regelgevende instantie haalt artikel 123 van Wet 65-00 aan, waarin wordt benadrukt dat "volledige of gedeeltelijke dekking alleen kan worden geboden voor ziekten en verwondingen waarvoor ziekenhuisopname, zorg of onderzoek in ziekenhuizen, openbare gezondheidsinstellingen en gezondheidsdiensten onder de jurisdictie van de staat nodig is". Het staat

duidelijk vast dat het ziekenhuis alleen middelen levert voor gebruik in het ziekenhuis. Maar ook hier falen de volksgezondheidsstructuren, want volgens de studie is 20% van de geneesmiddelen die nodig zijn in geval van een ziekenhuisopname niet beschikbaar!

Deze bron waarop de Country Fact Sheet: Morocco zich baseert, verduidelijkt de visie van de Marokkaanse overheid (en meer bepaald l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie - ANAM) op de artikelen 121 en 123 van de wet nr. 65-00. Volgens ANAM, die verantwoordelijk is voor de regelgeving rond RAMED en de correcte toepassing van de Marokkaanse wetgeving, handelt artikel 121 slechts over geneesmiddelen die tijdens een behandeling in het ziekenhuis worden toegediend. Patiënten die niet in het ziekenhuis liggen, moeten hun medicijnen die nodig zijn voor ambulante zorgen (zoals verzoeker) zelf aanschaffen. Het agentschap ANAM verduidelijkt ook dat artikel 123 enkel handelt over zorgen tijdens hospitalisatie.

Er kan bijgevolg geen twijfel meer bestaan omtrent de vraag of verzoekers ambulante medicamenteuze behandeling gedekt wordt door RAMED. Het Agence Nationale de l'Assurance Maladie, de Marokkaanse overheidsinstelling bevoegd voor de correcte toepassing van de Marokkaanse wetgeving, stelt zeer duidelijk dat artikel 121 en 123 van de wet nr. 65-00 géén dekking voorziet voor ambulante patiënten, die bijgevolg zelf hun geneesmiddelen moeten aanschaffen.

De auteur van het rapport Country Fact Sheet: Morocco (lees - de Belgische staat) ging uiterst intellectueel oneerlijk te werk door te stellen dat ook outpatients in aanmerking komen voor gratis medicatie, terwijl haar bron net het tegenovergestelde aangeeft. Er is geen andere bron voorzien in de Country Fact Sheet: Morocco die de stelling dat ook een outpatient medicamenteuze behandeling gedekt wordt door RAMED, kan onderbouwen.

Verwerende partij ging dan weer onzorgvuldig te werk door te verwijzen naar artikel 121 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65-00 ter motivatie van de financiële toegankelijkheid van de nodige zorgen, terwijl uit de bronnen van verwerende partij blijkt dat ambulante patiënten zoals verzoeker, zelf moeten opdraaien voor de kosten van hun medicatie.

3.4.3.4. Verwerende partij zag voorts de informatie over het hoofd in het administratief dossier waaruit duidelijk blijkt dat de kosten voor verzoekers medicatie niet gedekt worden door RAMED, hoewel de aandacht van verwerende partij reeds in 3 eerdere beroepsprocedures bij Uw Raad hierop werd gevestigd.

Zo voegde verzoeker bij zijn aanvraag tot medische regularisatie informatie toe die Fedasil had verkregen via de Cel Vrijwillige Terugkeer van Caritas International omtrent de financiële toegankelijkheid van de medicatie. Uit deze informatie, afkomstig van een gezaghebbende bron, bleek reeds dat de kosten van verzoekers' medicatie niet gedekt worden door RAMED:

"Ziekteverzekering is mogelijk, voor zijn profiel zou dit RAMED zijn, maar dit dekt seen enkele kost voor medicatie, enkel hospitalisatie en scans. (zie verzoekschrift tot medische regularisatie dd. 16/07/2016 en administratief dossier)

Ondanks het feit dat deze informatie als stuk bij de aanvraag tot medische regularisatie werd gevoegd, in het verzoekschrift cfr. artikel 9ter Vw zelf expliciet werd ingeroepen, én telkens bij de verschillende beroepsprocedures bij Uw Raad werd aangehaald, hield verwerende partij hier op geen enkel moment rekening mee.

Ten overvloede dient opgemerkt te worden dat de Marokkaanse wet nr. 65-00 dateert van het jaar 2002, en de bovenstaande informatie bijgevolg zeker niet gedateerd is.

Ten tweede vestigde verzoeker meermaals de aandacht op het rapport van Human Rights Watch van februari 2016 (hetgeen eveneens van recentere datum is dan de wet nr. 65-00), waaruit blijkt dat outpatients zoals verzoeker zelf dienen te betalen voor hun medicatie:

"In theory, people who qualify for R.4MED can receive essential healthcare services in public hospitals and public health centers around the country, but the facilities that they have access to may not always provide them with the care and medicines that they need. Indeed, public health facilities often suffer from underfunding, poor quality of reception and care, and are difficult to access for rural Moroccans. Similarly, RAMED only covers medications dispensed from public pharmacies. With few exceptions, public pharmacies only supply medications to patients during hospitalization. Thus, RAMED's coverage only extends to "drugs and pharmaceuticals administered during [inpatient I treatment. " Outpatients have to fill and pay for their prescriptions at private pharmacies. " (p. 24)

[..]

"However, in practice, this insurance coverage is not effective as very few healthcare providers offer palliative care and RAMED does not cover medications for outpatients. " (p. 5) (eigen onderlijning - zie administratief dossier)

Human Rights Watch is een gezaghebbende bron, waardoor deze informatie niet zomaar aan de kant mocht worden geschoven.

De argumentatie van Uw Raad in arrest nr. 224 352 van 29 juli 2019 is opnieuw van toepassing:

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

3.4.3.5. Tot slot zag verwerende partij de informatie over het hoofd in het administratief dossier, waaruit de algemene problematische financiële toegang tot de nodige zorgen blijkt, en waaruit blijkt dat zelfs personen die vallen onder de dekking van RAMED én in een ziekenhuis verblijven, omwille van financiële barrières niet de nodige zorgen kunnen krijgen. Hieruit blijkt duidelijk het verschil tussen de theorie (de Marokkaanse wet nr. 65-00) en de praktijk. Verwerende partij ging enkel uit van een theoretische toegang tot de nodige zorgen, en liet het na om rekening te houden met de informatie omtrent de reële toegang.

Uit document BDA-20181029-MA-6914 (zie administratief dossier) blijkt dat er ook problemen bestaan met betrekking tot de toegankelijkheid van medicijnen terwijl men in publieke ziekenhuizen verblijft:

'All available treatments and medicines in public health facilities are free for RAMED beneficiaries but they must first consult in their local reference centre from which they can be referred to higher levels of care. However, in practice it is not always possible for RAMED beneficiaries to benefit from free treatment of free medicines in public healthcare facilities because the system is under-financed and under a lot of pressure due to the number of non-payins users. According to a 2017 report from the National Observatory of Human Rights (Observatoire National des Droits de l'Homme- ONDH), RAMED beneficiaries still have to pay a large percentage of the medical costs out of pocket: their 2015 survey indicates that only 20% of RAMED beneficiaries had all their costs covered. "

Ook Uw Raad sprak zich in arrest nr. 224 352 van 29 juli 2019 reeds uit over de problematische toegankelijkheid van medicatie in ziekenhuizen:

"Bovendien blijkt uit dit document dat er zich in de praktijk zelfs problemen voordoen met betrekking tot de toegankelijkheid van medicatie zelfs als men in een ziekenhuis verblijft, omwille van onderfinanciering en de hoge druk op het systeem omwille van het hoge aantal personen dat er gebruik van maakt. Een rapport van 2017, vermeld in dit BDA-document, toont aan dat een groot aantal van de patiënten de kosten van medicatie zelf moet dragen. "

Uit het rapport 4Country Fact Sheet: Morocco' blijkt dan weer de volgende problemen met betrekking tot de reële financiële toegang tot de nodige zorgen.

Bijna 50 procent van de bevolking heeft geen toegang tot de publieke ziekteverzekering, en moeten daardoor de kosten zelf betalen, tenzij ze zich een privé ziekteverzekering kunnen veroorloven:

"Healthcare is still difficult to access for the poorer sections of society as almost 50% of the population has no access to public health insurance meaning that they have to pay all costs out pocket unless they can pay for a private insurance. In late 2017 only 20% of the population was covered by the RAMED, the Medical Assistance System which provides free healthcare for the most deprived sections in society. " (p. 13)

76 % van de gebruikers van openbare gezondheidszorg dient te betalen voor diensten die in theorie gratis moeten zijn. Voorts is er sprake van corruptie in de gezondheidszorg. 38 % van de Marokkanen die toegang hebben tot de publieke gezondheidszorg, geven aan dat ze smeergeld moesten betalen om behandeld te worden:

"The public healthcare sector suffers from a recurrent lack of budget which badly affects the quality of the healthcare provided. Many press articles, health professional and NGOs deplore a lack of equipment or maintenance, a lack of budget and personnel, issues concerning hygiene and the state of the infrastructure. According to a Moroccan NGO defending the right to access healthcare (Réseau Marocain pour le Droit à la Santé), 95% of the patients who benefit from a private health insurance or from the mandatory health insurance (AMO) choose to consult in a private facility. This NGO adds that the poor and vulnerable sections of society consult in public facilities because they do not have any other option and that even there 76% of the users must pay for services that are supposedly free.

This situation leads to the development of corruption with the Moroccan health sector being one of the more corrupted according to the CESE and to Transparency International. According to this last NGO, 38% of the Moroccans who access public healthcare said they had to pay bribes to be treated. " (p. 17-18)

"According to the CESE, the system of conservation and distribution of medicines in the public sector is not efficient due to many issues of storage, conservation, expired medicines, late deliveries and frequent shortages. In the ESSBs, the CESE notes that the medicines are free but that their number is not

sufficient, the management of their stocks not optimal, the deliveries are not frequent and consequently the shortages frequent. "(p. 21)

"The two main obstacles to access healthcare in Morocco are:

- [...]

- *Economic*: in 2018 only 55.6% of the population was covered by a public health insurance (AMO or RAMED), leaving 45.4% of the Moroccan population without insurance. " (p. 26)

RAMED kampt met vele problemen, zoals een gebrek aan financiering en personeel, hetgeen leidt tot een slechte kwaliteit van de infrastructuur en diensten, een gebrek aan materialen, lange wachtlijsten, corruptie, etc:

"The RAMED was implemented in 2012 and provides medical assistance to the poorest sections of society. By the end of 2017, 11.7 million persons were beneficiaries of the RAMED, 90% of whom are considered poor and 10% vulnerable. 75 However, it should be noted that the Moroccan public healthcare and the RAMED still face many challenges such as a lack of financing and human resources resulting in poor quality of infrastructures and services, lack of equipment, long waiting lists, corruption, etc. " (p. 35)

In theorie zorgt RAMED voor gratis gezondheidszorg in de publieke ziekenhuizen en - instellingen, in de praktijk blijkt dat deze gratis zorg niet gegarandeerd is gezien de lange wachtlijsten en slechtonderhouden of onbestaande medische apparatuur en voorzieningen. Het rapport geeft aan dat personen gedekt door RAMED, in de praktijk nog steeds een groot deel van de medische kosten zelf moeten betalen. Uit onderzoek in 2015 blijkt dat bij slechts 20 procent van de gebruikers van RAMED, al hun kosten werden gedekt:

"Flaws of the RAMED: a lack of investments in the public sector

The RAMED is an ambitious program that aims to provide medical assistance to the poorest and vulnerable categories of the population. However, the RAMED system is in crisis because of the lack of public investment in public hospitals. Indeed, if in theory RAMED beneficiaries should benefit from free health services in public facilities, it is actually not guaranteed because of long waiting lists and ill-maintained or inexistent medical equipment and facilities. In fact, the RAMED has put a lot of pressure on the public health sector as there were more people than expected to benefit from the RAMED for free (the 'door' category) while the budget of the MoH was not increased accordingly.

This is also singled out by the latest report of the National Observatory of Human Rights (Observatoire National des Droits de l'Homme- ONDH) according to which the RAMED has put the public healthcare sector under pressure with an unbalanced equation: an increased number of beneficiaries with free coverage (compared to before the RAMED), less paying patients and a lack of investment of the MoH in the public facilities. This has also affected the organisation of public facilities and the quality of care and has created long waiting lists. 86 According to the ONDH report, RAMED beneficiaries still have to pay a large percentage of the medical costs out of pocket: their 2015 survey indicates that only 20% of RAMED beneficiaries had all their costs covered. " (p. 36) (eigen markering)

Verwerende partij ging uiterst onzorgvuldig te werk door enkel te kijken naar een theoretische financiële toegankelijkheid van de nodige zorgen, zonder rekening te houden met de problemen in de praktijk. Zoals hierboven werd aangegeven en zoals blijkt uit de stukken in het administratief dossier, zijn deze problemen nochtans talrijk.

3.4.4. Voorts verwijst verwerende partij naar steun door het IOM, en haalt ze aan dat het onwaarschijnlijk is dat verzoeker geen familie, vrienden of kennissen heeft in Marokko waarbij hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en (financiële) hulp.

Ook hierover nam Uw Raad reeds argumenten op in arrest nr. 210 348:

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

gespecialiseerde opvolging door een psychiater en antipsychotica en antidepressiva behoeft, evenals aan diabetes mellitus en urologische problemen die met medicatie worden behandeld en waarvoor opvolging door een specialist is vereist.

In arrest nr. 224 352 van 29 juli 2019 bevestigde Uw Raad deze argumentatie nogmaals.

Verwerende partij maakt nog steeds niet duidelijk of het IOM steun kan verlenen voor het bekostigen van medische behandelingen.

De enige steun die verwerende partij vermeldt van het IOM, heeft betrekking op opleidingen met het oog op een toetreding tot de arbeidsmarkt, hulp bij het zoeken naar werk of het opstarten van een zaak als zelfstandige. Verzoeker is echter arbeidsongeschikt (zie infra), waardoor deze 'bijstand' van IOM zinloos is. De enige steun die overblijft, is steun bij accommodatie/huur en extra bagage. Er blijkt ergens nergens concreet waarop verzoeker nu net aanspraak kan maken (welk bedrag voor de huur? Wat zijn de voorwaarden? Hoelang krijgt hij deze bijdrage, mocht hij in aanmerking komen?) Dit garandeert geenszins de financiële toegang tot een waslijst aan medicatie die verzoeker op dagelijkse basis dient te nemen.

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

3.4.6. Tot slot lijkt verwerende partij te suggereren dat verzoeker niet arbeidsongeschikt is.

In arrest nr. 210 348 stelde Uw Raad het volgende over dit onderwerp:

Waar de verweerder stelt dat de verzoeker geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dat er zich in het administratief dossier geen element bevindt dat erop wijst dat verzoeker in het land van herkomst geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt en waar hij stelt dat de verzoeker niet aannemelijk maakt dat hij nooit zou kunnen werken in Marokko en daardoor kunnen genieten van het AMO-systeem, gaat de verweerder voorbij aan het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 6 maart 2018 heeft erkend dat de verzoeker volgens de attesterende psychiater in september 2017 nog meer dan 66% arbeidsongeschikt zou zijn. wat een logisch gevolg is van al de psychofarmaca die hij inneemt. In het voorliggende medisch advies wordt ook nergens Verwerende partij kan niet dienstig verwijzen naar vroegere administratieve documenten uit het jaar 2011 waarin melding werd gemaakt van een zekere arbeidscapaciteit. Uit het feit dat verzoeker eventueel tien (10) jaar geleden wel kon werken, kan me actueel geen enkele conclusie trekken. Het attest van de behandelende psychiater van september 2017 is van recentere datum, en laat niets aan de verbeelding over: verzoeker is meer dan 66 % arbeidsongeschikt. De medische situatie van verzoeker is sindsdien niet gewijzigd.

Verwerende partij meent verder dat de psychiater het nalaat om te vermelden waarom verzoekende partij arbeidsongeschikt is. Het feit dat de behandelende psychiater aangeeft dat verzoeker meer dan 66 % arbeidsongeschikt is, zonder verder in detail te gaan hierover, betekent niet dat de conclusie van deze specialist zomaar aan de kant kan worden geschoven, wel integendeel. Voorts blijken uit de overige medische attesten duidelijk de medische problemen waarmee verzoeker kampt, en die aan de oorzaak liggen van zijn arbeidsongeschiktheid. De medische problemen waarmee verzoeker kampt (Diabetes Mellitus, urologische problemen en een angststoornis waarvoor opvolging door een psychiater, antipsychotica en antidepressiva nodig zijn) worden door verwerende partij niet betwist.

De medische situatie van verzoeker is verder sinds september 2017 niet geëvolueerd. Er werd een uitgebreid medisch dossier (met veelvuldige actualisaties) overgemaakt aan verwerende partij, waardoor deze hiervan ook op de hoogte is. De conclusie van de behandelende psychiater van september 2017 omtrent de arbeidsongeschiktheid van verzoeker is dan ook nog steeds van kracht.

Dit wordt geïllustreerd door het feit dat op 20/04/2018 dr. Stefan Moreel (de huisarts) aangaf dat verzoeker om psychische redenen niet in staat is om het openbaar vervoer te nemen, en op 03/05/2018 de psychiater aangaf dat verzoeker een ernstige vorm van een angststoornis heeft, met moeilijkheden om te verblijven in kleine ruimtes, wachtzalen, kamers met gesloten ramen en drukke ruimtes.

Tot slot wordt de boutade van verwerende partij, namelijk dat de algemene tendens in ons land, gesteund door het RIZIV, erin bestaat dat voor de aandoeningen van verzoeker {alle aandoeningen of enkel zijn psychologische problemen?} een aan gepaste werksituatie, eventueel deeltijds, positief zou zijn, niet gesteund door bronnen in het administratief dossier.

Verwerende partij gaat hiermee in tegen de conclusie van de behandelende specialist, maar laat het na om zelfs maar een bron te vermelden. Dit is een onzorgvuldige werkwijze, en volstaat niet om de conclusies van de behandelende psychiater (een specialist) te weerleggen.

Uit al het voorgaande blijkt dat verwerende partij voor de vijfde (5e) maal een gebrekkig onderzoek voerde naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Marokko voor verzoeker. In deze omstandigheden heeft verwerende partij allerminst op redelijke, afdoende en zorgvuldige wijze onderzocht of verzoeker wel effectief toegang zal kunnen krijgen tot de nodige behandeling. Hierdoor bestaat het risico op een schending van artikel 9ter Vw. en artikel 3 EVRM. Om al deze redenen vindt verzoeker dat de bestreden beslissing niet op afdoende en zorgvuldige wijze gemotiveerd is en bovenstaande wettelijke bepalingen schendt

3.2. De verwerende partij antwoordt hierop het volgende in haar nota met opmerkingen:

“Verzoeker stelt in een eerste en enig middel een schending voor van de artikelen 3 en 13 EVRM, van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

Hij betoogt dat nog steeds niet onderzocht wordt of de medische zorgen voor hem financieel toegankelijk zijn. Zijn argumentatie uit vorige annulatieberoepen zou integraal overeind blijven. De verwerende partij zou zich schuldig maken aan een te optimistische inschatting van de hulp die de instanties AMO en RAMED kunnen bieden. Er zou geen concrete precieze weergave gegeven worden van de toegankelijkheid tot het AMO-systeem. Na terugkeer zou hij eerst moeten werken en vervolgens gedurende een periode bijdragen moeten betalen aan de ziekteverzekering AMO, vooraleer hij in aanmerking zou kunnen komen voor de financiële steun. De continuïteit van de behandeling zou hierdoor in gedrang komen. Zijn medicamenteuze behandeling zou niet gedekt worden door RAMED, daar dit enkel de kosten dekt van een medicamenteuze behandeling indien een patiënt opgenomen is in het ziekenhuis, wat niet het geval is.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat de ambtenaargeneesheer, nadat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen een vorige 9ter beslissing vernietigde, d.d. 27.05.2021 een nieuw advies opstelde dat onder meer luidt als volgt:

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 49-jarige man met: 1) Zwaarlijvigheid (BMI 31,7kg/m²) waardoor hij lijdt aan 2) Insuline-behoevende ouderdomssuikerziekte (diabetes mellitus type II) 3) Arteriële hypertensie (hoge bloeddruk) 4) Hypercholesterolemie (te veel cholesterol/triglyceriden in het bloed) 5) Een ernstige angststoornis (paniekstoornis met pleinvrees = agorafobie) sinds 2012 6) Een obstructief mictiepatroon ten gevolge een goedaardige prostaatvergroting (BPH = benigne prostaat hypertrofie)

De urologische symptomen, LUTS (Lower Urinary Tract Symptomatology) vereisen niet absoluut een medicamenteuze behandeling en volgens het SMG d.d. 20/04/2016 werd er gedurende 6 maanden een behandeling met Tamsulosine en een voedingssupplement (Profyt) ingesteld. Op de medicatiefiche van 09/03/2019 wordt enkel nog het voedingssupplement (≠ medicatie) vermeld. Urologische follow-up is aangewezen.

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

De diabetes mellitus type II moet, naast een hypocalorisch diabetesdieet en minstens 30min. Lichaamsbeweging per dag (2x 60min./dag voorgeschreven door Dr. Daems), onder controle gehouden worden met insuline lispro (Humalog), insuline glargine (Toujeo) of insuline degludec (Tresiba), metformine (Glucophage, Metformine) en empagliflozine (Jardiance). Hoewel er in het voorliggende medische dossier geen gewag wordt gemaakt van diabetische neuropathie (zenuwaandoening/zenuwpijn ten gevolge van langdurig verhoogde bloedsuikerspiegels) blijkt, volgens de attesterende endocrinoloog, betrokkene nood te hebben aan een pijnstiller voor zenuwpijn, pregabaline (Lyrica). Opvolging bij een internist/endocrinoloog om de 3 maanden met controle van de bloedsuikerspiegels en bijsturen van dieet en medicatie is aangewezen.

De angststoornis (paniekstoornis met pleinvrees) vereiste een cocktail van de atypische antipsychotica, aripiprazol (Abilify) en risperidon (Risperdal), en de antidepressiva, escitalopram (Sipralexa, Escitalopram), trazodon (Trazolan) en mirtazapine (Remergon, Mirtazapine), hoewel de laatste crisisopname in de psychiatrie (EPSI) dateert van 07/05/2013 volgens het SMG d.d. 18/04/2016 en 14/12/2017. Verdere opvolging en bijsturing van de medicatie door een psychiater is aangewezen. Volgens de medicatiefiche d.d. 19/03/2019 neemt Mr. E.A. (...) enkel nog Abilify.

Als actuele medicatie weerhoud ik de medicatie, die werd vermeld op de meest recente medicatiefiche d.d. 19.03.2019 en de geneesmiddelenvoorschriften d.d. 03/10/2019: - Insuline lispro (Humalog), een

bloedsuiker (glycemie) verlagend middel - Insuline degludec (Tresiba), een glycemie verlagend middel - Empagliflozine (Jardiance), een bloedsuiker verlagend middel - Metformine (Metformine), een bloedsuiker verlagend middel - Cetirizine (Cetirizine), een antihistaminicum tegen de bijwerkingen van de antipsychotica - Aripiprazol (Abilify), een atypisch antipsychoticum - Pregabaline (Lyrica), pijnstillers voor neuropathische pijn - Pantoprazol (Pantomed), een maagzuursecretieremmer - Simvastatine (Simvastatin), een cholesterol verlagend middel - Ramipril (Ramipril), een ACE-inhibitor die de bloeddruk verlaagt

Opmerking: - Eumovate zalf is sinds januari 2020 niet meer in België te verkrijgen¹. Er is geen specialiteit meer op basis van clobetason (een matig werkzaam preparaat). - Mobilisin crème op basis van flufenaminezuur of de crème magistraal voorgeschreven is een crème tegen pijnlijke gewrichten, waarvan de doeltreffendheid niet bewezen is en dus ook geen levensnoodzakelijke behandeling - Magnecaps, een voedingssupplement met magnesium, werd niet vermeld in het Gecommuniceerd Geneesmiddelenrepertorium, is geen medicamenteuze behandeling. Magnesium is voldoende aanwezig in de voeding.

Volgens de attesterende huisarts zou betrokkene "op advies van de specialist (wie?)" definitief meer dan 66% arbeidsongeschikt zijn (19/03/2019). Er wordt geen attest voorgelegd van de erkenning van deze arbeidsongeschiktheid door een officiële instantie. Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen, noch een medische nood aan mantelzorg.

(...)Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging bij een huisarts, internist, endocrinoloog, psychiater, psycholoog, uroloog en diëtist in Marokko beschikbaar is. Zowel ambulante opvolging, in-hospitaal opvolging en behandeling van korte en lange duur, alsook psychiatrische crisisopvang is beschikbaar. Een glucometer en glucose teststrips voor zelfmeting van de glycemie is beschikbaar in Marokko.

(...) Tamsulosine, insuline lispro, metformine, cetirizine, aripiprazol, risperidon, escitalopram, mirtazapine en pregabaline zijn beschikbaar. Insuline degludec is momenteel niet beschikbaar. Het kan echter vervangen worden door andere langwerkende insuline-analogen die wel beschikbaar zijn, nl. insuline glargine of insuline detemir⁴. Trazodon is momenteel niet beschikbaar. Dit behoort tot dezelfde klasse van antidepressiva als mirtazapine, zodat men de dosis van mirtazapine kan verhogen om de afwezigheid van trazodon in de cocktail op te vangen. Trazodon kan ook vervangen worden door zijn therapeutisch equivalent⁵, het antidepressivum amitriptyline -bijvoorbeeld, dat wel beschikbaar is in Marokko, of door clomipramine of imipramine die ook beschikbaar zijn.

Op basis van resultaten uit de Medcoi-databank blijkt dat de vereiste medische zorgen en de medicatie aanwezig zijn in Marokko. Verzoeker betwist ook niet dat de nodige zorgen en opvolging beschikbaar zijn in het herkomstland, maar hij betwist wel de financiële toegankelijkheid ervan en meent dat ondanks vorige vernietigingsarresten, de verwerende partij zich opnieuw schuldig maakt aan dezelfde fouten.

Verzoeker kan niet gevolgd worden.

Uit het medisch advies van 27.05.2021 blijkt immers dat er ook werd ingegaan op de financiële toegankelijkheid specifiek voor verzoeker.

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

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen heeft reeds vastgesteld dat de terugbetaling van de medische kosten in het kader van het RAMED-systeem zich niet beperkt tot de zorgen die verschaft worden in het kader van een hospitalisatie:

RVV nr. 222 412 van 7 juni 2019 (eigen markering, eigen onderlijning)

Vervolgens betoogt verzoekster dat de arts-adviseur onterecht besluit dat zij een beroep kan doen op het RAMED systeem, doch dat zulks enkel de terugbetaling van zorgen in het kader van een hospitalisatie betreft. In dit verband wordt vastgesteld dat uit de artikelen 121, 122 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65-00 "portant code de la couverture médicale de base" die verzoekster citeert, iets anders blijkt. Artikel 123 van deze wet, bepaalt: "La prise en charge totale ou partielle au titre des prestations citées a l'article 121 ci-dessus ne peut intervenir que pour les maladies et blessures nécessitant l'hospitalisation, des soins ou des examens pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires de l'Etat." Eigen vertaling: "De gehele of gedeeltelijke tenlasteneming van de prestaties vermeld in artikel 121 hierboven gebeurt slechts voor ziektes en verwondingen waarvoor een hospitalisatie nodig is, zorgen verstrekt of onderzoeken verricht in publieke hospitalen, openbare gezondheidsinstellingen en gezondheidsdiensten van de Staat". Hieruit blijkt dat verschillende zorgen worden terugbetaald, met name zowel aandoeningen en verwondingen waarvoor hospitalisatie nodig is, als zorgen verstrekt en onderzoeken verricht in een publiek hospitaal, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Verzoekster kan dus niet worden gevolgd dat enkel zorgen worden terugbetaald bij hospitalisatie van de patiënt: uit de tekst van het hierboven vermelde artikel 123 blijkt dat ook zorgen worden terugbetaald die worden verstrekt in publieke hospitalen, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Zij

kan dus een gespecialiseerde arts raadplegen tewerkgesteld in een publiek hospitaal zonder dat hospitalisatie vereist is. Verzoeksters betoog dat de terugbetaling door het RAMED systeem niet mogelijk is, mist dus feitelijke grondslag. Waar verzoekster uit deze "code de la couverture médicale de base" lijkt te besluiten dat ook haar medicatie enkel bij hospitalisatie verzekerd zou zijn, kan worden verwezen naar voorgaande uiteenzetting over haar misvatting omtrent deze tekst en naar het feit dat er in het medisch advies wordt aangetoond dat de voor haar noodzakelijke geneesmiddelen beschikbaar zijn én op de lijst met terugbetaalde medicatie staan. Verzoekster toont de onjuistheid van deze vaststellingen niet aan."

Het is dus niet zo dat er enkel terugbetaling is van de zorgverstrekking ingeval van hospitalisatie, maar ook ingeval van (ambulante) zorgverstrekking in publieke hospitalen, in gezondheidsdiensten van de staat en in openbare gezondheidsinstellingen.

Verzoekende partij toont niet aan dat hij niet kan verzorgd worden in publieke hospitalen of openbare gezondheidsinstellingen, zonder dat die zorgverstrekking noodzakelijkerwijs met een hospitalisatie zou moeten gepaard gaan. Dit geldt des te meer nu uit de resultaten van de Medcoidatabank blijkt dat de vereiste zorgen zowel 'inpatient' als 'outpatient' (=ambulant) beschikbaar zijn.

Bovendien wordt in het medisch advies van de ambtenaargeneesheer eveneens gemotiveerd dat de beschikbare medicijnen in de 'Etablissements de Soins de Santé de Base' (ESSB) gratis zijn voor alle burgers of men nu een ziekteverzekering heeft of niet. Verzoeker toont niet aan dat hij zich zo nodig niet kan wenden tot de ESSB om zijn vereiste medicatie te verkrijgen.

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

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

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

Een schending van de artikelen 3 en 13 EVRM, van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel wordt niet aannemelijk gemaakt.

Het enig middel is niet ernstig."

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

Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn.

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

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

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

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde. (...) De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft. Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.”

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de Vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen van toepassing is op twee onderscheiden gevallen, met name: (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de aanvrager, of (2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

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

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

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

De bestreden beslissing stelt dat de medische elementen die werden aangehaald in hoofde van de verzoekende partij niet worden weerhouden, waarbij uitdrukkelijk wordt verwezen naar het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer van 27 mei 2021, dat in gesloten omslag werd gevoegd bij deze beslissing.

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

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

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

18/04/2016 SMG van Dr. E.V. (...) (psychiater): IDDM, PTSD met diffuse angststoornissen, neemt sinds 2012 Risperidone - zeer ernstige angststoornis vermoedelijk passend in chronische PTSD - medicatie: Ability, Mirtazapine, Risperdal, Escitalopram, Metformine en Humalog; EPSI op 07/05/2013

20/04/2016 SMG van Dr. I.E. (...) (uroloog): DM type II, hallucinatoire psychose, LUTS (BHP 18cc) - obstructief mictiepatroon - medicatie: Tamsulosine en Profyt

21/04/2016 SMG van Dr. T.D. (...) (internist-endocrinoloog): psychose en DM 2 in de voorgeschiedenis, actueel DM 2 - medicatie: insuline en consultatie 1x/3mnd

07/04/2016 Consultatieverslag van Dr. T. Daems: in België sinds 2004 (administratief dossier overname NED 29/12/2009), obese DM 2 patiënt (BMI 30,97kg/m², HbA1c 7,4%) - medicatie: Humalog mix, Metformine, Isotretinoïne, Aripiprazol, Risperdal, Tamsulosine en Cimetidine, hypocalorisch diabetesdieet en 30min lichaamsbeweging per dag

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

26/10/2017 Attest van werkonbekwaamheid van Dr. S.M. (...) (huisarts): op advies van specialist (welke?) is betrokkene >66% arbeidsongeschikt

03/10/2017 Medisch attest van Dr. M.K. (...) (psychiater): sinds 05/08/2016 hier in behandeling na intakefase op 22 oktober (2015?) en plaatsing op de behandelwachtlijst met overbruggingsgesprekken

14/09/2017 Medisch attest van Dr. E. V. (...): sinds 2014 opgevolgd o.w.v. diffuse angsten als onderdeel van PTSD met auditieve hallucinaties - medicatie: Abilify, Escitalopram, Mirtazapine en Sulpiride; en >66% arbeidsongeschiktheid

20/12/2017 SMG van Dr. <onleesbaar>: folliculitis decalvans - medicatie: Isotretinoïne

14/12/2017 SMG van Dr. E. V. (...): IDDM, PTSD+diffuse angststoornis, neemt sinds 2012 Risperidone - zeer ernstige angststoornis vermoedelijk passend in chronische PTSD - medicatie: Abilify, Risperdal, Mirtazapine, Escitalopram en Trazolan; EPSI PZ Stuivenberg op 07/05/2013

18/12/2017 SMG van Dr. T. D. (...): DM 2 en psychose - medicatie: insuline, antipsychotica, ambulante opvolging

18/09/2017 Consultatieverslag van Dr. T. D. (...): geen diabetesconventie mogelijk gezien OCMW-statuuat - medicatie: Humalog, Toujeo Solostar, Metformine, Lyrica en Cetirizine - BMI 32,1 en HbA1c 8,6%

23/01/2018 SMG van Dr. S.V.D.V. (...) (uroloog): DM II, psychose, LUTS o.w.v. BPH - BPH met piasklachten - medicatie: Tamsulosine

16.10.2018 SMG van Dr. V.D.V. (...): diabetes type II, psychose en piasklachten door benigne prostaathypertrofie waarvoor Tamsulosine

18.10.2018 SMG van Dr. Daems: diabetes type II, een chronische aandoening met risico op cardiovasculaire complicatie waarvoor therapie met insuline

21.06.2018 Consultatieverslag diabetologie

10.10.2018 SMG van Dr. M. (...): alopecia decalvans, een ontsteking van de hoofdhuid met definitief haarverlies behandeld met Isotretinoïne

26.10.2017 Attest van arbeidsongeschiktheid

25.10.2018 SMG van Dr. V. (...): PTSD en een ernstige maagstoornis met onveranderde medicamenteuze therapie

14.09.2017 SMG van Dr. V. (...) met vermelden van arbeidsongeschiktheid Geen datum: Attest voor dringende medische hulp

18.12.2017 Consultatieverslag van Dr. T.D. (...) van de raadpleging op 21/06/2018: aanvaardbare metabole controle, levensmoe

20.04.2018 Medisch attest van Dr. S.M. (...): is om psychische redenen niet in staat om openbaar vervoer te nemen

03.05.2018 Medisch attest van Dr. M. K. (...): ernstige vorm van een angststoornis met moeilijkheden om te verblijven in kleine ruimtes, wachtzalen, kamers met gesloten ramen en drukke ruimtes

19.03.2019

- Medisch attest x2 van Dr. S.M. (...): definitief meer dan 66% arbeidsongeschikt op advies van de specialist (op basis van paniekstoornis met agorafobie en een aantal lichamelijke beperkingen)
- Medicatiefiche: Cetirizine, Eumovate zalf, Humalog, Isotretinoïne, Jardiance, Lipofiele crème TMF, Lyrica, Magnecaps, Metformine, Pantomed, Profyt en Flufenaminezuur magistrale zalf

Zonder datum (dus ongeldig) Geneesmiddelenvoorschriften van Dr. Tania Daems voor glucometer strips en naaldjes.

12.09.2019 Geneesmiddelenvoorschriften van Dr. E.V. (...): Paroxetine, Trazodone, Ability en Sulpiride.

03.10.2019 Geneesmiddelenvoorschrift van Dr. T.D. (...): Lyrica, Metformine, Simvastatine, Ramipril, Tresiba, Humalog en Pantomed.

Het voorgelegde medische dossier bevat ook niet medische stukken:

19.05.2016 en 03.05.2016 E-mail uitwisseling tussen Mevr. J.D. (...) van Fedasil en Mevr. S.F. (...) van de Cel Vrijwillige terugkeer, waarvan akte.

12.02.2019 E-mail uitwisseling tussen Mr. Niek Everts en Mevr. S.B. (...) in verband met vrijwillige terugkeer naar Marokko en vraag naar gratis behandelingen aldaar; bijgevoegd is de kostprijs voor Ability, Sulpiride, Lyrica, Metformine, Simvastatine en Humalog op een medicatieschema waarop geen datum, geen identiteitsgegevens van een patiënt en geen identiteit van een arts wordt vermeld.

05.02.2020 - 26.09.2019 Overzicht van geplande raadplegingen: dit draagt medisch inhoudelijk niets bij en is geen bewijs dat de raadpleging ook effectief heeft plaatsgevonden.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 49-jarige man met:

- 1) Zwaarlijvigheid (BMI 31,7kg/m²) waardoor hij lijdt aan
- 2) Insuline-behoevende ouderdomssuikerziekte (diabetes mellitus type II)
- 3) Arteriële hypertensie (hoge bloeddruk)
- 4) Hypercholesterolemie (te veel cholesterol/triglyceriden in het bloed)
- 5) Een ernstige angststoornis (paniekstoornis met pleinvrees = agorafobie) sinds 2012
- 6) Een obstructief mictiepatroon ten gevolge een goedaardige prostaatvergroting (BPH = benigne prostaat hypertrofie)

Bespreking:

De urologische symptomen, LUTS (Lower Urinary Tract Symptomatology) vereisen niet absoluut een medicamenteuze behandeling en volgens het SMG d.d. 20/04/2016 werd er gedurende 6 maanden een behandeling met Tamsulosine en een voedingssupplement (Profyt) ingesteld.

Op de medicatiefiche van 09/03/2019 wordt enkel nog het voedingssupplement (* medicatie) vermeld. Urologische follow-up is aangewezen.

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

De diabetes mellitus type II moet, naast een hypocalorisch diabetesdieet en minstens 30min. lichaamsbeweging per dag (2x 60min./dag voorgeschreven door Dr. Daems), onder controle gehouden worden met insuline lispro (Humalog), insuline glargine (Toujeo) of insuline degludec (Tresiba), metformine (Glucophage, Metformine) en empagliflozine (Jardiance).

Hoewel er in het voorliggende medische dossier geen gewag wordt gemaakt van diabetische neuropathie (zenuwaandoening/zenuwpijn ten gevolge van langdurig verhoogde bloedsuikerspiegels) blijkt, volgens de attesterende endocrinoloog, betrokkene nood te hebben aan een pijnstiller voor

zenuwpijn, pregabaline (Lyrica). Opvolging bij een internist/endocrinoloog om de 3 maanden met controle van de bloedsuikerspiegels en bijsturen van dieet en medicatie is aangewezen.

De angststoornis (paniekstoornis met pleinvrees) vereiste een cocktail van de atypische antipsychotica, aripiprazol (Ability) en risperidon (Risperdal), en de antidepressiva, escitalopram (Sipralaxa, Escitalopram), trazodon (Trazolan) en mirtazapine (Remergon, Mirtazapine), hoewel de laatste crisisopname in de psychiatrie (EPSI) dateert van 07/05/2013 volgens het SMG d.d. 18/04/2016 en 14/12/2017. Verdere opvolging en bijsturing van de medicatie door een psychiater is aangewezen. Volgens de medicatiefiche d.d. 19/03/2019 neemt Mr. El Arabi enkel nog Ability.

Als actuele medicatie weerhoud ik de medicatie, die werd vermeld op de meest recente medicatiefiche d.d. 19.03.2019 en de geneesmiddelenvoorschriften d.d. 03/10/2019:

- Insuline lispro (Humalog), een bloedsuiker (glycemie) verlagend middel
- Insuline degludec (Tresiba), een glycemie verlagend middel
- Empagliflozine (Jardiance), een bloedsuiker verlagend middel Metformine (Metformine), een bloedsuiker verlagend middel
- Cetirizine (Cetirizine), een antihistaminicum tegen de bijwerkingen van de antipsychotica
- Aripiprazol (Ability), een atypisch antipsychoticum
- Pregabaline (Lyrica), pijnstiller voor neuropathische pijn
- Pantoprazol (Pantomed), een maagzuursecretieremmer
- Simvastatine (Simvastatin), een cholesterol verlagend middel
- Ramipril (Ramipril), een ACE-inhibitor die de bloeddruk verlaagt

Opmerking:

- Eumovate zalf is sinds januari 2020 niet meer in België te verkrijgen . Er is geen specialiteit meer op basis van clobetason (een matig werkzaam preparaat).
- Mobilisin crème op basis van flufenaminezuur of de crème magistraal voorgeschreven is een crème tegen pijnlijke gewrichten, waarvan de doeltreffendheid niet bewezen is en dus ook geen levensnoodzakelijke behandeling.
- Magnecaps, een voedingssupplement met magnesium, werd niet vermeld in het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium, is geen medicamenteuze behandeling. Magnesium is voldoende aanwezig in de voeding.

Volgens de attesterende huisarts zou betrokkene "op advies van de specialist (wie?)" definitief meer dan 66% arbeidsongeschikt zijn (19/03/2019). Er wordt geen attest voorgelegd van de erkenning van deze arbeidsongeschiktheid door een officiële instantie.

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

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

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

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

- Aanvraag Medcoi 02/04/2021 met het unieke referentienummer BMA 14652
- Aanvraag Medcoi 18/07/2019 met het unieke referentienummer BMA 12571
- Aanvraag Medcoi 11/11/2020 met het unieke referentienummer BMA 14162
- Aanvraag Medcoi 20/12/2020 met het unieke referentienummer BMA 13129
- Aanvraag Medcoi 18/07/2019 met het unieke referentienummer BMA 12581
- Aanvraag Medcoi 26/03/2021 met het unieke referentienummer BMA 14614
- Aanvraag Medcoi 17/08/2020 met het unieke referentienummer BMA 13826
- Aanvraag Medcoi 16/03/2021 met het unieke referentienummer BMA 14566

Medische zorg:

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

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

Een glucometer en glucose teststrips voor zelfmeting van de glycemie is beschikbaar in Marokko.

En een overzicht van de beschikbare noodzakelijke medicatie voor Mr. E.A. (...) in Marokko volgens recente MedCOI dossiers.

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

Eerst en vooral dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandeling in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. 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 privésysteem 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 onderzoekscentra. Tenslotte zijn er vijftal universitaire ziekenhuizen. 'Marokko hanteert verschillende strategieën om de gezondheidszorg voor iedereen, dus ook voor de mensen die in meer rurale gebieden 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 (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 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. Betrokkene lijdt onder meer aan diabetes type 2, deze staat vermeld op de lijst van langdurige ziektes. Voor CNOPS-begunstigden gaat dit van 90 tot 100% van de kosten, voor CNSS-begunstigden betreft tot 70 tot 100%.

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.

Wat betreft het betoog van verzoeker dat hij geen beroep kan doen op het RAMED systeem, doch dat zulks enkel de terugbetaling van zorgen in het kader van een hospitalisatie betreft, dient het volgende te worden gesteld. In dit verband wordt vastgesteld dat uit de artikelen 121, 122 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65-00 "portant code de la couverture médicale de base" iets anders blijkt. Artikel 123 van deze wet, bepaalt: "La prise en charge totale ou partielle au titre des prestations citées a l'article 121 ci-dessus ne peut intervenir que pour les maladies et blessures nécessitant l'hospitalisation, des soins ou des examens pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires de l'Etat." Eigen vertaling: "De gehele of gedeeltelijke tenlasteneming van de prestaties vermeld in artikel 121 hierboven gebeurt slechts voor ziektes en verwondingen waarvoor een hospitalisatie nodig is, zorgen verstrekt of onderzoeken verricht in publieke hospitalen, openbare gezondheidsinstellingen en gezondheidsdiensten van de Staat". Hieruit blijkt dat verschillende zorgen worden terugbetaald, met name zowel aandoeningen en verwondingen waarvoor hospitalisatie nodig is, evenals zorgen verstrekt en onderzoeken verricht in een publiek hospitaal, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Er kan dus niet gesteld worden dat enkel zorgen worden terugbetaald bij hospitalisatie van de patiënt: uit de tekst van het hierboven vermelde artikel 123 blijkt dat ook zorgen worden terugbetaald die worden verstrekt in publieke hospitalen, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Men kan dus een gespecialiseerde arts raadplegen tewerkgesteld in een publiek hospitaal zonder dat hospitalisatie vereist is. (verwerpingsarrest 222412)

Tevens zijn er basisgezondheidszorginstellingen in stedelijke en landelijke gebieden (ESSB's of Etablissements de Soins de Santé de Base), die gratis gezondheidsdiensten aanbieden: zowel consultaties en medicijnen zijn bij deze basisgezondheidszorginstellingen gratis voor alle burgers, ongeacht hun verzekeringsstatus. P21-28

Deze laatste bevindingen bevestigen aldus dat zowel zorgen als medicatie gratis kunnen verstrekt worden zonder hospitalisatie.

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

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkenen in Marokko geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp.

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

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de obesitas met arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus type II, de angststoornis (paniekstoornis met agorafobie) en de prostaathypertrofie bij Mr. E.A. (...) geen reëel risico inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland of het land van terugname, nl. Marokko."

Uit dit advies blijkt dat de ambtenaar-geneesheer – opnieuw - verscheidene elementen van de voorgelegde specialistische verslagen bevestigt. Zo wordt bevestigd dat de verzoekende partij lijdt aan

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

In het kader van een medische verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet moet worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong en dit onderzoek dient geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (Parl.St. Kamer, 2005-2006, doc. nr. 51-2478/01, 35 en doc. nr. 51-2478/08, 9). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Dit redelijkheidscriterium dient in de voorliggende zaak echter enigszins strenger te worden opgevat omdat de verwerende partij en de door haar aangestelde ambtenaar-geneesheer gehouden zijn het gezag van gewijsde van de arresten met nr. 196 809 van 18 december 2017, nr. 210 348 van 28 september 2018 en nr. 224 352 van 29 juli 2019 te respecteren. In deze arresten heeft de Raad immers eerdere beslissingen tot ongegrondheid van de voorliggende medische verblijfsaanvraag vernietigd, waarbij welbepaalde onzorgvuldigheden in de feitenvinding werden vastgesteld. De Raad benadrukt dat het gezag van gewijsde van voormelde arresten zich uitstrekt tot de onverbrekkelijk met het dictum verbonden motieven, waarbij uitspraak wordt gedaan over de tijdens het rechtsgeding betwiste rechtspunten waarover de partijen tegenspraak hebben kunnen voeren (cf. RvS 14 januari 2016, nr. 233.464).

De verzoekende partij voert aan dat de ambtenaar-geneesheer wederom een onzorgvuldig onderzoek heeft gevoerd naar de financiële toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen in Marokko. In het medisch advies van 14 januari 2019 wordt hieromtrent als volgt gemotiveerd:

“Eerst en vooral dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandeling in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. 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 privésysteem 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 onderzoekscentra. Tenslotte zijn er vijftal universitaire ziekenhuizen. 'Marokko hanteert verschillende strategieën om de gezondheidszorg voor iedereen, dus ook voor de mensen die in meer rurale gebieden 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 (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 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. Betrokkene lijdt onder meer aan diabetes type 2, deze staat vermeld op de lijst van langdurige ziektes. Voor CNOPS-begunstigden gaat dit 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 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.

Wat betreft het betoog van verzoeker dat hij geen beroep kan doen op het RAMED systeem, doch dat zulks enkel de terugbetaling van zorgen in het kader van een hospitalisatie betreft, dient het volgende te worden gesteld. In dit verband wordt vastgesteld dat uit de artikelen 121, 122 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65-00 "portant code de la couverture médicale de base" iets anders blijkt. Artikel 123 van deze wet, bepaalt: "La prise en charge totale ou partielle au titre des prestations citées à l'article 121 ci-dessus ne peut intervenir que pour les maladies et blessures nécessitant l'hospitalisation, des soins ou des examens pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires de l'Etat." Eigen vertaling: "De gehele of gedeeltelijke tenlasteneming van de prestaties vermeld in artikel 121 hierboven gebeurt slechts voor ziektes en verwondingen waarvoor een hospitalisatie nodig is, zorgen verstrekt of onderzoeken verricht in publieke hospitalen, openbare gezondheidsinstellingen en gezondheidsdiensten van de Staat". Hieruit blijkt dat verschillende zorgen worden terugbetaald, met name zowel aandoeningen en verwondingen waarvoor hospitalisatie nodig is, evenals zorgen verstrekt en onderzoeken verricht in een publiek hospitaal, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Er kan dus niet gesteld worden dat enkel zorgen worden terugbetaald bij hospitalisatie van de patiënt: uit de tekst van het hierboven vermelde artikel 123 blijkt dat ook zorgen worden terugbetaald die worden verstrekt in publieke hospitalen, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Men kan dus een gespecialiseerde arts raadplegen tewerkgesteld in een publiek hospitaal zonder dat hospitalisatie vereist is. (verwerpingsarrest 222412)

Tevens zijn er basisgezondheidszorginstellingen in stedelijke en landelijke gebieden (ESSB's of Etablissements de Soins de Santé de Base), die gratis gezondheidsdiensten aanbieden: zowel

consultaties en medicijnen zijn bij deze basisgezondheidszorginstellingen gratis voor alle burgers, ongeacht hun verzekeringsstatus. P21-28

Deze laatste bevindingen bevestigen aldus dat zowel zorgen als medicatie gratis kunnen verstrekt worden zonder hospitalisatie.

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

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkenen in Marokko geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp.

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

De verzoekende partij werkt opnieuw uit waarom zij meent dat uit het advies van de ambtenaar-geneesheer niet afdoende blijkt dat de noodzakelijke zorgen voor haar financieel toegankelijk zullen zijn in Marokko. Zij volhardt in haar grieven waar zij opnieuw stelt dat in het advies niet tegemoet wordt gekomen aan de nood aan duidelijkheid omtrent de vraag of het AMO, het IOM of vrienden, kennissen en familie de kosten van de noodzakelijke zorgen en medicatie op zich zullen nemen, rekening houdend met het feit dat zij alleenstaand is, (deels) arbeidsongeschikt en in Marokko geen inkomsten uit arbeid heeft.

Het komt de Raad toe het gezag van gewijsde van zijn eerdere vernietigingsarresten te eerbiedigen. Omtrent voorgaande punten oordeelde de Raad in zijn meest recente vernietigingsarrest van 29 juli 2019 met nr. 224 352 het volgende:

“De Raad wijst erop dat hij in zijn arrest nr. 196 809 van 18 december 2017, waarbij een vorige ongegrondheidsbeslissing van 20 juli 2017 werd vernietigd, onder meer het volgende vernietigingsmotief heeft gehanteerd:

“Wat betreft de financiële toegankelijkheid verwijst de ambtenaar-geneesheer naar AMO (Assurance Medicale Obligatoire), die bestemd is voor werknemers zowel uit de publieke als private sector. Om in aanmerking te komen dienen werknemers 54 dagen van bijdrage te leveren in een periode van zes maanden, voorafgaand aan de ziekte, alvorens zij financieel kunnen worden gesteund door de AMO. De verzoekende partij betoogt dat de continuïteit van haar behandeling in het gedrang komt indien zij zou moeten rekenen op het AMO systeem, nu zij er onmogelijk direct na aankomst beroep op zal kunnen doen nu zij geen 54 dagen in een periode van 6 maand voorafgaand zal gewerkt hebben. Daarnaast wijst zij erop dat zij reeds bij de aanvraag om machtiging tot verblijf een stuk voorlegde waaruit blijkt dat zij niet in aanmerking zou komen voor AMO.

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

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

terugbetaald door de CNOPS (publieke sector) en de CNSS (private sector) -> zie hiervoor ook de website van ANAM.”

Zoals de verzoekende partij terecht opmerkt, hult de ambtenaar-geneesheer zich in zijn nieuw medisch advies van 14 januari 2019 – net als in het advies van 6 maart 2018 dat leidde tot de vorige ongegrondheidsbeslissing – in stilzwijgen omtrent de voorwaarde dat werknemers 54 dagen van geleverde bijdrage in een periode van 6 maanden, voorafgaand aan de ziekte, moeten kunnen aantonen vooraleer ze in aanmerking komen voor de financiële steun van de AMO. De ambtenaar-geneesheer beperkt zich tot de loutere affirmatie dat het AMO-systeem een verplichte verzekering is die werknemers, zelfstandigen en gepensioneerden uit de publieke en private sector dekt, alsook studenten. Bovendien stelt de ambtenaar-geneesheer zelf dat het project “tot op heden (...) nog niet in de volledige opzet (is) geslaagd”, dat er reeds dekking is voor werknemers en studenten, en dat het percentage van terugbetaling voor personen die onder het AMO-systeem vallen varieert tussen de 70 en 100 procent.

Enig concreet onderzoek of de verzoekende partij zelf – die niet terugkeert naar Marokko als werknemer of student – of haar specifieke aandoeningen hiervoor überhaupt in aanmerking komen, ontbreekt. Bovendien wordt ook met deze vage motivering niet onderzocht of de verzoekende partij feitelijk in de mogelijkheid zal zijn om, bij haar terugkeer naar Marokko, de nodige 54 dagen bijdrage te leveren teneinde in aanmerking te komen voor financiële steun op basis van het AMO-systeem.

De Raad stelt dan ook vast dat de ambtenaar-geneesheer wederom heeft nagelaten om enige concrete analyse door te voeren omtrent de specifieke situatie van de verzoekende partij, met name of zij gelet op de verplichting om 54 dagen voorafgaand aan de vraag om hulp gewerkt te hebben in een periode van 6 maanden om in aanmerking te komen voor financiële tegemoetkoming via AMO. Deze gebrekkige feitenvinding houdt niet enkel een miskenning in van de zorgvuldigheidsplicht in het raam van artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet, maar zij houdt ook een miskenning in van het gezag van gewijsde van 's Raads arresten met nr. 196 809 van 18 december 2017 en nr. 210 348 van 28 september 2018.

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

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

Om aanspraak te kunnen maken op het RAMED-systeem, moet men bewijzen dat men geen begunstigde is van AMO en dat men onvoldoende inkomsten heeft om de medische uitgaven te dekken. Er bestaat eveneens een vorm van sociale zekerheid voor personen die zich inschrijven in het systeem. Hieronder zijn vergoedingen vervat voor arbeidsongeschiktheid bij ziekte of werkloosheid.”

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

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

“(…) Daarnaast blijkt uit het advies van de ambtenaar-geneesheer niet dat deze rekening hield met alle informatie door de verzoekende partij verstrekt bij de aanvraag. Zo blijkt uit de correspondentie tussen Fedasil en Caritas International van 19 mei 2016, waarvan een kopie in het administratief dossier terug te vinden is, dat de contactpersoon van Caritas International – gevraagd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de voor de verzoekende partij noodzakelijke zorgen – antwoordt dat “(...) Ziekteverzekering is mogelijk, voor zijn profiel zou dit RAMED zijn, maar dit dekt geen enkele kost voor medicatie, enkel hospitalisatie en scans. (...)”. Omtrent RAMED stelt de ambtenaar-geneesheer in het advies slechts hetgeen hoger werd geciteerd. Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer geheel voorbij gaat aan de informatie van Caritas International van 2016 verstrekt door de verzoekende partij.

Gelet op het voorgaande is de conclusie van de ambtenaar-geneesheer dat de verzoekende partij ook een beroep kan doen op RAMED te kort door de bocht, temeer de verzoekende partij wijst op het Rapport van Human Rights Watch van februari 2016 waarvan een kopie van de relevante pagina's werd toegevoegd. Uit dit recente rapport blijkt onder meer dat “In theory, people who qualify for RAMED can receive essential healthcare services in public hospitals and public health centers around the country, but the facilities that they have access to may not always provide them with the care and medicines that they need. Indeed,, public health facilities often suffer from underfunding, poor quality of reception and

care, and are difficult to access for rural Moroccans. RAMED only covers medications dispensed from public pharmacies. With few exceptions, public pharmacies only supply medications to patients during hospitalization. Thus, RAMED's coverage only extends to 'drugs and pharmaceuticals administered during (inpatient) treatment'. Outpatients have to fill and pay for their prescriptions at private pharmacies". (...)”

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

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

RvV 231281-Pagina20

- Omwille van de controverse rond de betaling en behandeling van diabetes heeft de overheid een speciaal programma opgezet waar iedereen gratis behandeld wordt onafhankelijk van hun verzekeringsstatus⁹ - In het kader van de urologische problematiek dient vermeld dat de medicatie, Tamsulosine, in België ook ten laste is van de patiënt. Controle door een arts is verzekerd in alle verzekeringsssystemen¹⁰ - De huidaandoening is geen aandoening, die de fysieke integriteit of een risico voor het leven inhoudt. Behandeling is hier niet levensnoodzakelijk

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

Echter, zoals de verzoekende partij terecht opmerkt, blijkt hieruit niet dat de kosten voor de medicatie voor de psychologische aandoening gedekt worden door RAMED. Uit het BDA-20151130-MA-6197, waarnaar in de voetnoot van het advies wordt verwezen, blijkt inderdaad dat ondanks de inspanningen in de mentale gezondheidszorg er gebrek is aan mensen en middelen en worden de gestelde doelen niet gehaald. Uit dit document blijkt allerm minst dat de medicatie gratis is of op een andere manier toegankelijk wordt gemaakt voor patiënten. Het bevat geen informatie omtrent de financiële toegankelijkheid. Dit blijkt evenmin uit de andere voetnoot die nochtans door de ambtenaar-geneesheer wordt toegevoegd, namelijk BDA-20170919-MA-6613, dat evenmin informatie bevat omtrent de financiële toegankelijkheid. Uit het document BDA-20181029-MA-6914, waarnaar de ambtenaar-geneesheer enkel verwijst in voetnoot 9 met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen voor de behandeling van diabetes, blijkt dan weer dat – zoals de verzoekende partij terecht opmerkt – de kritiek van de verzoekende partij en de Raad met betrekking tot het RAMED-systeem nog steeds van kracht is. Immers wordt in dit zeer recente document aangegeven dat de kosten van medicatie enkel worden gedekt als de patiënt in een ziekenhuis verblijft, en niet in het geval van de verzoekende partij, die nood heeft aan een ambulante behandeling waarbij zij dus niet in een ziekenhuis verblijft, maar wel dagelijks een groot aantal medicijnen dient in te nemen ter behandeling van onder meer haar psychische aandoening. Bovendien blijkt uit dit document dat er zich in de praktijk zelfs problemen voordoen met betrekking tot de toegankelijkheid van medicatie zelfs als men in een ziekenhuis verblijft, omwille van onderfinanciering en de hoge druk op het systeem omwille van het hoge aantal personen dat er gebruik van maakt. Een rapport van 2017, vermeld in dit BDA-document, toont aan dat een groot aantal van de patiënten de kosten van medicatie zelf moet dragen.

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

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

Weliswaar neemt de Raad kennis van het feit dat de ambtenaar-geneesheer ook heeft verwezen naar de mogelijkheid tot ondersteuning van het IOM en dat hij tevens stelt dat het onwaarschijnlijk is dat de

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

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

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet bij de totstandkoming van het advies van de ambtenaar-geneesheer is aannemelijk gemaakt. De bestreden beslissing die, zoals reeds gesteld werd, volledig aan dat advies is opgehangen, is derhalve met hetzelfde gebrek behept. De argumenten van de verwerende partij in haar nota met opmerkingen doen aan het voorgaande geen afbreuk.

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

De ambtenaar-geneesheer beperkt zich in zijn advies hoofdzakelijk tot een herneming van het advies dat heeft geleid tot voornoemd vernietigingsarrest waarbij werd vastgesteld dat het onzorgvuldig tot stand kwam. Hij gaat wel dieper in op het betoog van de verzoekende partij waar zij aanvoerde geen beroep te kunnen doen op het RAMED systeem. De ambtenaar-geneesheer motiveert in het advies van 27 mei 2021 hierover als volgt:

"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.

Wat betreft het betoog van verzoeker dat hij geen beroep kan doen op het RAMED systeem, doch dat zulks enkel de terugbetaling van zorgen in het kader van een hospitalisatie betreft, dient het volgende te worden gesteld. In dit verband wordt vastgesteld dat uit de artikelen 121, 122 en 123 van de Marokkaanse wet nr. 65-00 "portant code de la couverture médicale de base" iets anders blijkt. Artikel 123 van deze wet, bepaalt: "La prise en charge totale ou partielle au titre des prestations citées a l'article 121 ci-dessus ne peut intervenir que pour les maladies et blessures nécessitant l'hospitalisation, des soins ou des examens pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires de l'Etat." Eigen vertaling: "De gehele of gedeeltelijke tenlasteneming van de prestaties vermeld in artikel 121 hierboven gebeurt slechts voor ziektes en verwondingen waarvoor een hospitalisatie nodig is, zorgen verstrekt of onderzoeken verricht in publieke hospitalen, openbare gezondheidsinstellingen en gezondheidsdiensten van de Staat". Hieruit blijkt dat verschillende zorgen worden terugbetaald, met name zowel aandoeningen en verwondingen waarvoor hospitalisatie nodig is, evenals zorgen verstrekt en onderzoeken verricht in een publiek hospitaal, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Er kan dus niet gesteld worden dat enkel zorgen worden terugbetaald bij hospitalisatie van de patiënt: uit de tekst van het hierboven vermelde artikel 123 blijkt dat ook zorgen worden terugbetaald die worden verstrekt in publieke hospitalen, in openbare gezondheidsinstellingen en in gezondheidsdiensten van de staat. Men kan dus een gespecialiseerde arts raadplegen tewerkgesteld in een publiek hospitaal zonder dat hospitalisatie vereist is. (verwerpingsarrest 222412)"

De ambtenaar-geneesheer is van oordeel dat voldoende blijkt dat de verzoekende partij wel zal geholpen kunnen worden onder RAMED wat betreft de financiële toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen, meer bepaald omdat RAMED ondanks wat de verzoekende partij voorhoudt toch zou tussenkomen in de medische kosten als er geen sprake is van een hospitalisatie. Overigens wordt niet betwist dat de verzoekende partij geen nood heeft aan hospitalisatie.

De verzoekende partij meent dat de ambtenaar-geneesheer zich opnieuw schuldig maakt aan een onzorgvuldig onderzoek wat betreft het RAMED systeem en zet uiteen waarom allerm minst met de stelligheid van de ambtenaar-geneesheer kan worden aangevoerd dat er zekerheid bestaat over de tussenkoms t van RAMED als er geen sprake is van hospitalisatie.

De ambtenaar-geneesheer baseert zich op een arrest van de Raad om aan te tonen dat de kosten ook onder RAMED vallen. De Raad kan hierbij opmerken dat zijn arresten geen precedentenwaarde kennen. Voorts wordt in deze redenering uitgegaan van de letterlijke wettek st van de Marokkaanse wet nr. 65-00. De verzoekende partij plaatst hierbij verschillende vraagtekens in haar verzoekschrift. Zoals de verzoekende partij terecht opmerkt blijkt uit de geciteerde passage niet met zekerheid of uit de wettek st kan worden afgeleid dat enkel kosten bij hospitalisatie of ook de kosten bij ambulante behandeling inbegrepen zijn in de dekking. Verder verwijst de verzoekende partij dienstig naar het Country Fact Sheet: Acces to health care: Morocco van 2019, waarop de ambtenaar-geneesheer zich in het aangehaalde arrest baseert. De verzoekende partij stelt terecht dat deze studie in voetnoot 84 verwijst naar een studie die net aangeeft dat RAMED enkel geneesmiddelen dekt voor gebruik in het ziekenhuis en dat ambulante behandelingen betaald moeten worden door de patiënten zelf, hetgeen volgens deze voetnoot ook de interpretatie is van de aangehaalde artikelen van de Marokkaanse wet nr. 65-00 volgens het Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Ook het rapport van Human Rights Watch van februari 2016 geeft aan dat het de patiënt zelf is die dient te betalen voor de kosten wanneer hij of zij niet is gehospitaliseerd. Deze recente rapporten laten, zoals de verzoekende partij aangeeft, niet toe met zekerheid te kunnen stellen dat de kosten van haar behandelingen in realiteit onder RAMED zullen vallen als zij niet gehospitaliseerd is, ook al zou de wettek st – die dateert uit 2002 en dus ouder is dan de studies over de toepassing van RAMED waarop de verzoekende partij zich baseert – bedoelen dat ook de kosten bij ambulante behandeling gedekt zijn.

De Raad herhaalt dat hij in het recente vernietigingsarrest als volgt oordeelde:

“Om aanspraak te kunnen maken op het RAMED-systeem, moet men bewijzen dat men geen begunstigde is van AMO en dat men onvoldoende inkomsten heeft om de medische uitgaven te dekken. Er bestaat eveneens een vorm van sociale zekerheid voor personen die zich inschrijven in het systeem. Hieronder zijn vergoedingen vervat voor arbeidsongeschiktheid bij ziekte of werkloosheid.”

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

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

“(…) Daarnaast blijkt uit het advies van de ambtenaar-geneesheer niet dat deze rekening hield met alle informatie door de verzoekende partij verstrekt bij de aanvraag. Zo blijkt uit de correspondentie tussen Fedasil en Caritas International van 19 mei 2016, waarvan een kopie in het administratief dossier terug te vinden is, dat de contactpersoon van Caritas International – gevraagd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de voor de verzoekende partij noodzakelijke zorgen – antwoordt dat “(...) Ziekteverzekering is mogelijk, voor zijn profiel zou dit RAMED zijn, maar dit dekt geen enkele kost voor medicatie, enkel hospitalisatie en scans. (...)”. Omtrent RAMED stelt de ambtenaar-geneesheer in het advies slechts hetgeen hoger werd geciteerd. Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer geheel voorbij gaat aan de informatie van Caritas International van 2016 verstrekt door de verzoekende partij.

Gelet op het voorgaande is de conclusie van de ambtenaar-geneesheer dat de verzoekende partij ook een beroep kan doen op RAMED te kort door de bocht, temeer de verzoekende partij wijst op het Rapport van Human Rights Watch van februari 2016 waarvan een kopie van de relevante pagina's werd toegevoegd. Uit dit recente rapport blijkt onder meer dat “In theory, people who qualify for RAMED can receive essential healthcare services in public hospitals and public health centers around the country, but the facilities that they have access to may not always provide them with the care and medicines that they need. Indeed,, public health facilities often suffer from underfunding, poor quality of reception and care, and are difficult to access for rural Moroccans. RAMED only covers medications dispensed from public pharmacies. With few exceptions, public pharmacies only supply medications to patients during

hospitalization. Thus, RAMED's coverage only extends to 'drugs and pharmaceuticals administered during (inpatient) treatment'. Outpatients have to fill and pay for their prescriptions at private pharmacies". (...)”

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

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

RvV 231281-Pagina20

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

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

Echter, zoals de verzoekende partij terecht opmerkt, blijkt hieruit niet dat de kosten voor de medicatie voor de psychologische aandoening gedekt worden door RAMED. Uit het BDA-20151130-MA-6197, waarnaar in de voetnoot van het advies wordt verwezen, blijkt inderdaad dat ondanks de inspanningen in de mentale gezondheidszorg er gebrek is aan mensen en middelen en worden de gestelde doelen niet gehaald. Uit dit document blijkt allerm minst dat de medicatie gratis is of op een andere manier toegankelijk wordt gemaakt voor patiënten. Het bevat geen informatie omtrent de financiële toegankelijkheid. Dit blijkt evenmin uit de andere voetnoot die nochtans door de ambtenaar-geneesheer wordt toegevoegd, namelijk BDA-20170919-MA-6613, dat evenmin informatie bevat omtrent de financiële toegankelijkheid. Uit het document BDA-20181029-MA-6914, waarnaar de ambtenaar-geneesheer enkel verwijst in voetnoot 9 met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen voor de behandeling van diabetes, blijkt dan weer dat – zoals de verzoekende partij terecht opmerkt – de kritiek van de verzoekende partij en de Raad met betrekking tot het RAMED-systeem nog steeds van kracht is. Immers wordt in dit zeer recente document aangegeven dat de kosten van medicatie enkel worden gedekt als de patiënt in een ziekenhuis verblijft, en niet in het geval van de verzoekende partij, die nood heeft aan een ambulante behandeling waarbij zij dus niet in een ziekenhuis verblijft, maar wel dagelijks een groot aantal medicijnen dient in te nemen ter behandeling van onder meer haar psychische aandoening. Bovendien blijkt uit dit document dat er zich in de praktijk zelfs problemen voordoen met betrekking tot de toegankelijkheid van medicatie zelfs als men in een ziekenhuis verblijft, omwille van onderfinanciering en de hoge druk op het systeem omwille van het hoge aantal personen dat er gebruik van maakt. Een rapport van 2017, vermeld in dit BDA-document, toont aan dat een groot aantal van de patiënten de kosten van medicatie zelf moet dragen.

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

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

Waar de ambtenaar-geneesheer in zijn advies verwijst naar een arrest van de Raad en hij uitgaat van de letterlijke tekst van de bedoelde Marokkaanse wet, komt hij opnieuw niet tegemoet aan de vereiste aan te tonen dat de verzoekende partij beroep zal kunnen doen op RAMED, omdat evenmin is

aangetoond dat deze vergoed zullen worden onder een ander stelsel. De Raad wijst op de BDA documentatie en het rapport van Human Rights Watch, die nog steeds relevant zijn gelet op hun actuele karakter en het feit dat deze gebaseerd zijn op veldonderzoek over de toepassing van RAMED, terwijl de ambtenaar-geneesheer zich in zijn advies eerder stoelt op de wettekst van 2002 en de bedoeling van de wetgever maar niet op de toepassing in realiteit. Gelet op de historiek van het dossier kan van de ambtenaar-geneesheer een meer verregaande zorgvuldigheid worden verwacht zodat geen onduidelijkheid blijft bestaan of de verzoekende partij toegang zal hebben tot de noodzakelijke zorgen en opvolging wat de kosten betreft.

Zoals de verzoekende partij verder terecht voorhoudt, blijkt uit de bespreking van het ESSB systeem in het advies van de ambtenaar-geneesheer niet dat de verzoekende partij onder dit stelsel alle nodige zorgen en medicatie gratis zal kunnen verkrijgen. De ambtenaar-geneesheer geeft enerzijds aan dat het gaat om een systeem dat voorziet in basisgezondheidszorg, terwijl hij anderzijds te kennen geeft en niet betwist dat de verzoekende partij dient te worden opgevolgd door verschillende specialisten – zoals onder meer een psychiater, een internist en een uroloog -, waarvan zij niet onderzoekt of deze toegankelijk zijn via het ESSB systeem. Evenmin toont de ambtenaar-geneesheer aan dat alle noodzakelijke medicatie – waarvan zij de noodzaak niet ontkent – toegankelijk zal zijn voor de verzoekende partij. Van de ambtenaar-geneesheer mag worden verwacht dat deze gelet op de omstandigheden van de zaak specifiek nagaat of de noodzakelijke specialisten en medicatie vallen onder ESSB, temeer in het Country Fact Sheet betreffende Marokko, waarnaar eerder in de procedure naar werd verwezen, wordt gewezen op de frequente tekorten aan medicijnen in het ESSB stelsel.

De beschouwingen in de nota met opmerkingen doen aan het voorgaande geen afbreuk.

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

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet bij de totstandkoming van het advies van de ambtenaar-geneesheer is aannemelijk gemaakt. De bestreden beslissing die, zoals reeds gesteld werd, volledig aan dat advies is opgehangen, is derhalve met hetzelfde gebrek behept. De argumenten van de verwerende partij in haar nota met opmerkingen doen aan het voorgaande geen afbreuk.

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

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 9 juni 2021 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twee december tweeduizend eenentwintig door:

mevr. J. CAMU,

kamervoorzitter,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

J. CAMU